



GYERMEKÚT

SZEMELVÉNYEK A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ TÉMAKÖRÉBŐL



CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG
KÖZPONT

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



GYERMEKÚT

SZEMELVÉNYEK A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ TÉMAKÖRÉBŐL

Családbarát Magyarország Központ
Budapest, 2022

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

Szerkesztők: Dr. Kereki Judit és Dr. Nyitrai Ágnes

A kötet összeállítása az alábbi kiadványok alapján történt:

Dávid Mária – Nyitrai Ágnes – Podráczky Judit: *A pedagógiai tanácsadás szerepe a kora gyermekkori intervencióban*. Módszertani kézikönyv. Budapest, 2018, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Gáspár Gabriella – Majoros István – Szarka Emese: *„Együttműködés a kora gyermekkori intervencióban” Szülők és szakemberek együttműködését támogató ágazatközi esetmegbeszélő csoport*. Módszertani háttéranyag. Budapest, 2018, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Gyirkis Ágnes – Kereki Judit – Komlósi Veronika – Rózsáné Czigány Enikő: *Felismerés és támogatás – a kora gyermekkori intervencióról*. Módszertani kézikönyv. Budapest, 2019, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Ilyés-Dubecz Dorottya – Magyar Eszter – Vidáné Ugrin Erzsébet: *Szülőedukációs csoportok – „SZÜ-LŐSÉG, GYÓNGYHALÁSZ”*. Módszertani háttéranyag. Budapest, 2018, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Kereki Judit – Tóth Anikó (szerk.) *Lépések*. I. kötet. Módszertani kézikönyv. Budapest, 2019, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 238–266. p.

Kereki Judit (szerk.) *Gyermekút*. 2., javított kiadás. Budapest, 2022, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Meszéna Tamásné (szerk.): *Kaleidoszkóp – Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög*. Módszertani kézikönyv. Budapest, 2019, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Nyitrai Ágnes – Korintus Mihályné – Hajduné Holló Katalin – Józsa Krisztián – Rózsa Sándor – Kereki Judit: *A gyermekfejlődési kérdőív alkalmazása a bölcsődében és az óvodában*. Budapest, 2021, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Szvatkó Anna – Borovics Brigitta – Eckhardt Dóra – Somlai Beáta: *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. Protokoll. Budapest, 2018, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Szvatkó A. – Göbel Orsolya – Lapis Andrea – Ódorné Mátyássy Ágnes – Rózsa Sándor: *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja*. 2., javított kiadás. Budapest, 2021, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Projekt szakmai vezető: Dr. Kereki Judit

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.

E-mail: ugyfelszolgalat@csalad.hu

www.gyermekut.hu

Budapest, 2022

TARTALOM

BEVEZETÉS A SZEMELVÉNYGYŰJTEMÉNYHEZ	6
1. TÉMAKÖR: A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ELVI KERETEI	9
I.1. A kora gyermekkori intervenció értelmezése (<i>Kereki Judit</i>)	10
I.2. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai (<i>Kereki Judit</i>)	14
I.3. A kora gyermekkori intervenció ellátó- és szolgáltatási rendszere (<i>Kereki Judit</i>)	19
I.6. Továbbküldési utak	29
I.6.1. A pre- és a perikoncepcionális szakasz	29
I.6.2. A várandósság szakasza.....	30
I.6.3. Perinatális szakasz – a megszületés után	31
I.6.4. A hazakerülés után	32
I.6.5. Bölcsődéből, óvodából és egyéb, nem egészségügyi ellátótól a pedagógiai szakszolgálat felé	34
I.6.6. Út a gyermekvédelemben.....	38
I.6.7. Családba fogadás	40
Irodalom.....	42
2. TÉMAKÖR: INTÉZMÉNYEK, SZAKEMBEREK, EGYÜTTMŰKÖDÉSEK	47
Intézményrendszer (<i>Kereki Judit</i>).....	49
I.3.1. Egészségügyi ellátások	49
I.3.2. Köznevelési intézmények, szolgáltatások	52
I.3.3. Szociális és gyermekvédelmi rendszer	61
I.3.4. Egyéb szereplők	71
I.4. Szakemberek, kompetenciák (<i>Kereki Judit</i>)	73
I.4.1. Egészségügyi ellátás	73
I.4.2. Köznevelés	81
I.4.3. Szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi terület.....	86
I.7.1. Teammunka a kora gyermekkori intervencióban.....	88
Irodalom.....	94
3. TÉMAKÖR: A GYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK JELLEMZÉSE	101
Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig (<i>Szvatkó Anna, Borovics Brigitta, Eckhardt Dóra, Somlai Beáta</i>).....	102
1. Gondolatok a szűrővizsgálatokról.....	102
2. Kontrollpontok az óvodai fejlődésben. Javaslatok az óvodai fejlődéskövető szűrések protokolljának bevezetésére	150
3. Összefoglaló ábrák a javasolt szűrési időpontokról és azok tartalmáról	173
6. A fejlődés nyomon követésére alkalmas kérdőív bemutatása (<i>Nyitrai Ágnes, Korintus Mihályné, Hajduné Holló Katalin, Józsa Krisztián, Rózsa Sándor, Kereki Judit</i>)...178	
A Gyermekfejlődési kérdőív kidolgozásának folyamata	178
A Gyermekfejlődési kérdőív felépítése és skálái	181
A Gyermekfejlődési kérdőívvel végzett empirikus kutatások áttekintése	184
A Gyermekfejlődési kérdőív főbb pszichometriai jellemzői.....	187
A Gyermekfejlődési kérdőív felvétele, pontozása és értékelése.....	189

Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja (<i>Szvatkó Anna, Gőbel Orsolya, Lapis Andrea, Ódorné Mátyássy Ágnes, Rózsa Sándor</i>)	195
Bevezetés	195
1. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokolljának főbb problémapontjai	196
2. Az iskolaérettségi vizsgálatok története és gyakorlata hazánkban.....	198
3. Európai iskolarendszerek az iskolaérettség perspektívájából	204
4. A pedagógiai szakszolgálatokban és az óvodapszichológiai hálózatban közreműködő szakemberek iskolaérettségi vizsgálatokkal kapcsolatos tapasztalatai.....	208
5. Az iskolába lépési vizsgálat eljárásrendje – fontos állomások.....	210
6. Az iskolába lépési vizsgálat új módszere	216
7. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat felhasználási lehetőségei más mérési helyzetekben	222
Befejezés	223
Irodalom.....	224

4. TÉMAKÖR: KIEMELT FIGYELMET IGÉNYLŐ GYERMEKEK

AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN	231
II.3. Az átlagtól eltérő fejlődés (<i>Futó Gabriella, Csepregi András, Kereki Judit, Szvatkó Anna</i>).....	233
II.3.1. A motoros funkciók eltérő fejlődése	235
II.3.2. A kognitív funkciók eltérő fejlődése	245
II.3.3. A kommunikáció eltérő fejlődése.....	251
II.3.4. Szabályozási zavarok	260
II.3.5. Szorongásos zavarok	274
Különleges bánásmódot igénylő gyermekek az ellátásban (<i>Baranyi Ildikó, Bertók Csilla, F. Földi Rita, Horváth Ágnes, Kereki Judit, Kiss Erika, Lengyel Anna, Mlinkó Renáta, Szabóné Harangozó Andrea, Szakács Katalin, Szénási Kornélia</i>)	279
Eltérő fejlődésű, illetve sajátos nevelési igényű gyermekek	280
Az integrált gondozás, nevelés előnye	304
Felismerés és támogatás – a kora gyermekkori intervencióról (<i>Gyírkis Ágnes, Kereki Judit, Komlósi Veronika, Rózsáné Czigány Enikő</i>)	306
5.3. Amit már a beszoktatáskor is tudni kell	306
Irodalom.....	317

5. TÉMAKÖR: A PEDAGÓGIAI ÉS A GYÓGYPEDAGÓGIAI TANÁCSADÁS	323
4. A pedagógiai tanácsadás (<i>Dávid Mária, Nyitrai Ágnes, Podráczky Judit</i>).....	325
4.1. A tanácsadás meghatározása és jellegzetességei.....	325
4.2. A pedagógiai tanácsadás sajátosságai	328
4.3. A tanácsadás módszerei	331
4.4. Az egyéni tanácsadás menete, lépései és azok dokumentálása.....	347
4.5. A csoportos tanácsadás sajátosságai – a szülőcsoportos beszélgetések vezetése.....	355
4.6. Tanácsadás a munkatársi közösségen belül – a nevelőközösség együttműködése	373

15. A gyógypedagógiai tanácsadás sajátosságai (<i>Borbély Sjoukje</i>)	377
15.1. Közelség, távolság – az intimitás dilemmája.....	377
15.2. Amikor értékrendbeli különbségek vannak szülő és szakember között.....	378
15.3. A tanácsadás egyéb lehetőségek buktatói.....	379
Irodalom.....	381
6. TÉMAKÖR: A SZÜLŐK TÁMOGATÁSA.....	385
Visszajelzés a szülőknek gyermekük fejlődésének alakulásáról (<i>Nyitrai Ágnes,</i> <i>Korintus Mihályné, Hajduné Holló Katalin, Józsa Krisztián, Rózsa Sándor, Kereki Judit</i>)	386
A fejlődésről való visszajelzés a bölcsődében	386
A fejlődésről való visszajelzés az óvodában	388
Néhány javaslat a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok számára	389
Szülőedukációs csoportok (<i>Ilyés-Dubecz Dorottya, Magyar Eszter,</i> <i>Vidáné Ugrin Erzsébet</i>)	392
Útmutató a módszertani háttéranyaghoz	392
1. A szülőedukációs csoport célja	392
2. Nyitott vagy zárt csoportként működnek a szülőedukációs tematikus foglalkozások?	393
3. A szülőedukáció mint fogalom	393
4. Néhány gondolat a nevelésről/növelésről.....	393
5. Képzéseink alapja: a tapasztalati tanulás Kolb modellje alapján	394
6. A csoportos tapasztalaton alapuló tanulás előnyei	399
7. A csoport működésének keretei.....	399
8. A csoportvezetés kihívásai, várható nehézségek	400
9. Etikai kérdések.....	401
10. A „Szülőség” – a szülői kompetenciafejlesztés aktualitása.....	401
11. A „Gyöngyhalász” – sérült gyermeket nevelő szülők kompetenciafejlesztése című képzés létjogosultsága.....	402
12. Speciális szempontok trénereknek a sérült gyermeket nevelő szülői csoportok vezetéséhez	403
13. A sérült gyermeket nevelő szülők és a nevelés.....	403
14. Speciális jelenségek	404
15. A két képzés tematikája	407
„Együttműködés a kora gyermekkori intervencióban.” Szülők és szakemberek együttműködését támogató ágazatközi esetmegbeszélő csoport (<i>Gáspár Gabriella,</i> <i>Majoros István, Szarka Emese</i>).....	410
II. Az esetmegbeszélésről általában	410
III. Az ágazatköziség és a „szerepköziség” meghatározó szerepe.....	414
IV. Egy új munkamód szükségessége – a szülő-szakember együttműködő csoport definíciója, jellemzői.....	421
Irodalom.....	424

BEVEZETÉS A SZEMELVÉNYGYŰJTEMÉNYHEZ

A 2017-ben indult EFOP-1.9.5 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* kiemelt projekt elsődleges célja egy hatékonyabban működő ellátórendszer kialakítása, melyben a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő, valamilyen szempontból speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik mielőbb hozzájuthatnak a pontos problémaazonosításon alapuló, szükségleteiknek megfelelő ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz. Ennek megvalósulása érdekében lényeges szempont, hogy a kisgyermekek szülei, családja és az őket ellátó szakemberek egységes tudással rendelkezzenek és egységes szemléletben gondolkodjanak a gyermek fejlődéséről, az eltérő, megkésett fejlődés felismeréséről, ismerjék az ellátórendszert, annak működését, a továbbküldési és a jelzési utakat. Mindez megalapozza a kora gyermekkori intervenció nemzetközi szintén is kiemelten hangsúlyozott alapelveinek, az ágazatok, szakterületek közötti szoros együttműködésnek, az interdiszciplináris teamtevékenységnek a rendszerben való megerősödését.

A projekt legfontosabb törekvései között elsődlegesen szerepelt a *szabályozott gyermekút* kialakítása, az intézménystruktúra működési szempontú korszerűsítése, a koordinatív funkció érvényesítése, a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, különös tekintettel a szolgáltatáshiányos területekre.

A szabályozott gyermekút használatához szükséges szakmai háttér biztosítása céljából korszerű szemléletű szakanyagok készültek, így a kora gyermekkori intervenció három nagy szakaszához, a fejlődési zavarok korai felismeréshez és szűréséhez, a probléma azonosításához és diagnosztizálásához, valamint a konkrét beavatkozásokhoz (korai fejlesztés, terápia-ellátás) illeszkedő módszertani kézikönyvek segítik a szakemberek további munkáját. Hazai fejlesztésű, egységes vizsgáló- és szűrési módszerek kerültek kidolgozásra és tesztelésre, például a kisgyermekek fejlődésének nyomon követését segítő, a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok számára kifejlesztett gyermekfejlődési kérdőív, a szenzoros integrációs vizsgálóeljárás, valamint az iskolába lépést megelőző komplex iskolakészültségi vizsgálat. Új protokollok, irányelvek biztosítanak támpontokat a gyermekútba való belépéshez: a koraszülöttek utógondozásának alapelveit leíró irányelvtervezet, az egységes szűrőrendszert bemutató, a mozgásterápiás és a mozgásfejlesztő módszereket rendszerező, valamint az iskolába lépést megelőző iskolakészültség vizsgálatához kapcsolódó protokoll. A projekt szakmai produktumai a projekt honlapjára kerülnek fel (www.gyermekut.hu), ahol mind a szakemberek, mind a szülők el tudják érni ezeket.

A projekt a szakemberek mentálhigiénés támogatásához is hozzájárult. A korai ellátás különböző szakterületeket reprezentáló szereplői vegyes összetételű szupervíziós, esetmegbeszélő csoportokban vettek részt. Mindemelllett a kora gyermekkori intervenció témájában a szülőkkel, a családdal együtt vegyes esetmegbeszélő csoportokban modellezték az interdiszciplináris teamműködést.

Fontos szempont volt még a projektben a partneri együttműködés kialakítása a családokkal, a szülők fokozottabb bevonása, informálása. A szülő támogató csoportokon belül a szülőiségre való felkészüléssel, a hétköznapi nevelési helyzetek megoldásával, a kora gyermekkori intervenció rendszerével, a gyermekek fejlődésével, fejlesztésével, a probléma felismerésével kapcsolatos információk átadása segítette a szülők ismereteinek bővülését, a megfelelő szülői kompetencia és felelősségérzet erősödését.

Az egységes gyermekút bevezetése a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek kompetenciáinak növelését, egységes szemléletük kialakítását igényli. A kora gyermekkori intervencióról való ismeretek, a bőséges, korszerű tudásanyag tananyagok formájában a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára egy nagy volumenű továbbképzési folyamatban került átadásra, melynek során a különböző szakterületekről érkező szakemberek (köztük védőnők, orvosok, gyógypedagógusok, pszichológusok, kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, családsegítők stb.) jellemzően vegyes képzési csoportokban, gyakorlatközpontú módszertani elvek alapján sajátították el a tudást.

Ahhoz, hogy ezek a pótolhatatlan információk minden képzési szegmensbe eljussanak, fontos szempont volt a képzési tartalmak graduális képzésben való megjelenése is. Ennek érdekében a felsőoktatási képzőintézmények rendszeresen összehívott műhelyei a különböző szakterületeken folyó képzések közös képzési kimeneteit, tartalmait és a projekt eredményeinek a graduális képzésbe történő becsatornázását voltak hivatottak elősegíteni. Ebben a folyamatban mind a pedagógusképző helyek, mind a bölcsészettudományi és a társadalomtudományi képzőhelyek részt vettek. *A Felsőoktatási képzőhelyek műhelyei* elemi projekt tevékenységeinek fő célja az volt, hogy segítséget nyújtson a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek felsőfokú képzését folytató képzőintézmények számára.

Az elemi projekt keretében zajló műhelymunkákban megerősítést nyert, hogy a kora gyermekkori intervenció témaköre nagyon különbözően jelenik meg az egyes képzésekben, az adott intézmény hagyományaitól, szakmai preferenciáitól és személyi feltételeitől függően. A felsőoktatást szabályozó dokumentumok a képzési és a kimeneti követelményekben rögzítettekhez igazodást írják elő a képzőintézmények számára, ám a tanulási eredményekben (kompetenciákban) megragadható kimeneti követelmények eléréséhez sokféle út vezet. Ezt figyelembe véve úgy gondoltuk, hogy a közös tudásbázis kialakításának lehetséges támogatója egy, a projekt keretében elkészült kiadványokból válogatott szemelvénygyűjtemény, amely rugalmasan felhasználható a képzésben és a kutatásban egyaránt.

A szemelvények kiválasztásánál törekedtünk arra, hogy lehetőség szerint a kora gyermekkori intervenció valamennyi témaköréhez kapcsolódóan és minél több projektkiadványból kerüljön be szemelvény a kötetbe. Fontos további szempont volt az is, hogy a tájékoztatás, a szemléletformálás és az ágazatközi együttműködés elősegítése szempontjából leginkább jelentőséggel bíró olvasmányokat kínáljuk az alapképzések hallgatóinak és oktatóinak.

A projekt kiadványaiból történő szemezgetés során kiválasztott szemelvényeket hat fő témakör mentén elrendezve kínáljuk az érdeklődő olvasóknak: érintjük a kora gyermekkori intervenció elvi kereteit, az intézmények működésével, a szakemberek kompetenciáival és az együttműködések lehetséges megvalósításával kapcsolatos kérdéseket, a 0–7 éves korosztály fejlődésének jellemzéséhez alkalmazható új eszközöket, a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek segítségét az ellátórendszerben, a pedagógiai és a gyógypedagógiai tanácsadást, valamint a szülők támogatásának lehetséges módjait. (A szemelvények összeállításakor – a könnyebb tájékozódás kedvéért – meghagytuk az eredeti kiadványok fejezeteinek, ábráinak és táblázatainak számozását, de ezt az elvet a lábjegyzetek esetében már nem követtük.)

Bízunk benne, hogy kötetünket haszonnal forgatják majd az oktatók, a kutatók és a hallgatók, s hogy az olvasmányok egyaránt hozzá fognak járulni a kora gyermekkori intervenció szemléletének és módszertani kultúrájának megismeréséhez, elfogadásához, a további kutatásokhoz és szakmai fejlesztésekhez, valamint az ágazatközi együttműködések fejlődéséhez.

Jó olvasást kívánunk!

A szerkesztők

1. TÉMAKÖR

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ELVI KERETEI

I.1. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÉRTELMEZÉSE

KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 15–17. p.

A kora gyermekkori intervenciónak nemzetközi szinten többfajta megközelítése létezik. Leggyakrabban a megkésett fejlődésű (developmental delay), illetve a diagnosztizált fogyatékos, valamint a megkésett fejlődés vagy fogyatékoság kockázatának kitett gyermekekre és családjaikra irányuló speciális szolgáltatásokat értik alatta, melyeket a születéstől a gyermek bizonyos életkoráig nyújtanak (általában a 0–3, 0–5, de vannak országok, ahol a 0–6 vagy éppen a 0–7 éves korúakra terjed a bevontak köre).¹ A hazai gyakorlatban a kora gyermekkori intervenció szűkebb értelmezése a nemzetközihez hasonló. Tágabb értelemben azonban a European Agency megközelítését² és a hazai definíciók³ evolúciójának eredményeit figyelembe véve egy komplexebb meghatározást használunk.

Ennek megfelelően a szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció magában foglalja a prekoncepcionális, illetve a perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását (KEREKI 2015a; KEREKI–SZVATKÓ 2015).

A kora gyermekkori intervenciók ellátások, szolgáltatások lehetnek általánosan hozzáférhetőek, mindenki számára nyitottak, azaz univerzálisak (ilyen pl. a védőnői szolgáltatás, a bölcsődei gondozás-nevelés, az óvodai nevelés), illetve célzottan több különböző, speciális támogatást igénylő csoportra fókuszáló (pl. a pedagógiai szakszolgálat által nyújtott olyan tevékenységek, mint a korai fejlesztés vagy a nevelési tanácsadás).

A rendszerszinten értelmezett kora gyermekkori intervenció folyamatának három nagy szakaszát különböztetjük meg: (1) észlelés (problémafelismerés), szűrés, jelzés; (2) problémaazonosítás, állapotmegismerés, diagnosztika; (3) habilitációs/rehabilitációs ellátás, (pszicho)te-

¹ Lásd például GURALNICK 2005; WALSH 2009; VELLA 2009; SVENDSEN 2009; BREIA 2009; DRLÍKOVÁ 2009; VETTEROVÁ 2015.

² A European Agency for Special Needs and Inclusive Education nemzetközi szervezet 19, majd 26 európai ország gyakorlata alapján leírt meghatározása szerint a *kora gyermekkori intervenció a nagyon fiatal gyermekek és családjuk számára nyújtott szolgáltatások/ellátások összessége, amelyben a család kezdeményezésére a gyermek bizonyos életszakaszában részesülnek, és minden olyan tevékenységet tartalmaz, amely a gyermek speciális támogatását szolgálja* (EADSNE 2005; 2010).

³ Lásd többek között ICSSZEM 2005; CZEIZEL 2009; KEREKI 2011; KEREKI et al. 2014.

rapiás, fejlesztő szolgáltatások (beleértve a gyógypedagógiai tanácsadást, a korai fejlesztést és gondozást). Ide soroljuk a juttatások rendszerét is.

Az első szakaszban a felismerés és a szűrés fázisai nehezen választhatók szét, hiszen sokszor a szűrés során történik meg az észlelés, a felismerés. A felismerés, szűrés, jelzés szakasza *preventív jellegű tevékenységekhez* kapcsolható, és valamilyen esemény vagy káros folyamat bekövetkezésének megelőzését szolgálja. A kora gyermekkori intervenció folyamatában az *észlelés, jelzés* alatt azt értjük, amikor az észlelő, jelző a 0–6 (7) éves korú gyermek testi, lelki, értelmi fejlődésében valamit gyanúsnak talál, ezért további szűrésre, vizsgálatra küldi, azaz a gyermeket a probléma további szűréséhez, illetve diagnosztizálásához, kezeléséhez értő szervezethez irányítja. Aki észleli a problémát, az nem azonosítja, de a szülőnek jelzi, és megnevezi azt az intézményt, szervezetet, szakembert, aminek és akinek a felkeresését a probléma azonosítása érdekében javasolja (KEREKI–LANNERT 2009).

A *szűrés* fogalmát leggyakrabban egészségügyi kontextusban használjuk. Az *egészségügyi szűrés* (lehetőleg) tünet-, illetve panaszmentes személyek vizsgálatát jelenti annak érdekében, hogy bizonyos rejtett betegségek fennállását kimutassa. Emellett az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, illetve az azokra hajlamosító kockázati tényezők felismerését is szolgálja (KEREKI–LANNERT 2009). A korai életkorokban a *gyógypedagógiai-pszichológiai szűrések* elvégzése a későbbi fejlődés szempontjából kihagyhatatlan, hiszen a fejlődési rizikók felfedésével segíti a kisgyermekek időben történő támogatáshoz jutását. A kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodelljének keretein belül értelmezve a „*szűrés egy adott időpontban előírt, vagy meghatározott időközönként végzett, egy-egy szakterületre jellemző, körülhatárolt módon és eszközzel kivitelezett, általában csoportos, ritkábban egyéni vizsgálat, amelynek célja a rejtett, nem szembetűnő, de kezelést igénylő állapot feltárása*” (KEREKI–SZVATKÓ 2015, 45).

A szűrést a folyamatban a kora gyermekkori intervenció második szakaszában az állapotmegismerés követi (bár az állapotmegismerésre a jelzés után is sor kerülhet). Ahogy az észlelés és a szűrés, ugyanúgy a szűrés és az állapotmegismerés sem kategorikusan szétválasztható tevékenységek. Az állapotmegismerés célja, hogy meghatározható legyen a gyermek fejlődéséhez optimális körülményeket, feltételeket nyújtó rendszerek összessége (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A vizsgálat, az állapotmegismerés fókuszában további összetevők állnak: a rizikótényezők vagy a fejlődési késés azonosítása; a fejlődési problémák megjelenési formájának és mértékének azonosítása/diagnosztizálása; a kisgyermek egyéni képességeinek, készségeinek feltárása és az egyénre szabott beavatkozás tervezése (Wyly 1997, in NATIONAL RESEARCH COUNCIL 2008; hiv. MLINKÓ 2018).

A *diagnosztika* önmagában az orvostudományhoz kötött szakkifejezés, amely a panasz okának feltárására, a beteg állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló orvosi eljárás.⁴ Abban a komplex, holisztikus szemléletben, amelyben a kora gyermekkori intervenciót kezeljük, a kategorizáló diagnosztika helyett szívesebben gondolkodunk egy szélesebb értelmű, a gyermek állapotát folyamatában és keresztmetszetében szemlélő, a környezeti hatásokat is figyelembe vevő megközelítésben, amely az állapotmegismerés keretében artikulálódik. A komplex diagnózis készítésében több szakember vesz részt. A diagnózis az orvos, a gyógypedagógus, a pszichológus és egyéb speciális szakterületet képviselő szakember együttműködésében megvalósuló alapos és specifikus vizsgálat eredményeképpen fogalmazódik meg. A fejlesztési stratégia kialakításában a szülők is fontos szereplők. A bio-pszicho-szociális kontextusba helyezett állapotmegismerés tehát széles körű

⁴ Az eredeti meghatározás a korábbi Állami Egészségügyi Ellátó Központ (most Országos Kórházi Főigazgatóság) Egészségtudományi Fogalomtárában található: <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Diagnosztika> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

intézményközi és intézményen belüli teammunkát feltételez. A pedagógiai szakszolgálatoknál a szűréstől a részletes állapotmegismerésig, a differenciáldiagnosztikáig terjednek a felismerés feladatkörei, melyekre terápiás, fejlesztő ellátás is épül (MLINKÓ 2018).

A kora gyermekkori intervenció harmadik szakaszában a vizsgálati folyamat lezárását és a diagnózis felállítását követő ellátások, szolgáltatások jelennek meg. A *habilitáció*, *rehabilitáció* fogalmát egymással szorosan összekapcsolva használjuk.

A *habilitáció* eredeti értelmében képesítést, képessé tevést jelent. Az egészségügy területén a rehabilitáció az az eljárás (képeségfejlesztés, eszközzel való ellátás), amelynek célja az elveszett képességek pótlása.⁵ A hazai gyakorlatban a rehabilitáció (neurorehabilitáció) fogalmának széles körű bevezetése a kora gyermekkori intervenció területére dr. Katona Ferenc munkásságához köthető az 1970-es, 80-as évektől kezdődően (KATONA 1979; 1986). A rehabilitációs szemlélet azt tükrözi, hogy a korai fejlődésneurológiai vizsgálat eredményei alapján a neuroterápiás beavatkozás (korábbi nevén neurorehabilitáció) preventív céllal, a tünetek manifesztálódása előtt megkezdhető, terápiás célkitűzésként pedig a még ki nem alakult funkciók fejlődésének támogatását jelöli meg. A gyakorlatban a rehabilitáció a ki nem alakult képességek, készségek kialakítását, fejlesztését jelenti orvosi, pedagógiai, szociális és jogi tevékenységek segítségével.

A gyermekegészségügyi *rehabilitáció* a korai életkorban (a funkciózavar felismerését és kivizsgálását követően azonnal) megkezdett és tartósan végzett komplex rehabilitációs tevékenység, melynek során az érzékszervi, idegrendszeri, a mozgásszerveket érintő és a belszervi károsodások, illetve rendellenességek okozta funkcionális zavarok elhárítása, a szövődmények kivédése és terápiája történik. A rehabilitációt olvasatunkban az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamatként értelmezzük, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.⁶ A rehabilitáció esetében a megmaradt képességekre, ezek fejlesztése által a társadalomba való *visszahelyezésre* helyeződik a hangsúly. Célja az egyén mindennapi életbe történő visszavezetése úgy, hogy a lehető legteljesebb életet tudja élni. A speciális szükségletű gyermekek gondozása során a rehabilitációs munka a társadalmi kirekesztődés folyamatának megállítását jelenti. Ez mindig egy komplex, több szakterületen dolgozó segítő szakember együttes teammunkáján alapul. A rehabilitációs tevékenység során nem a kliens áll egyedül a középpontban, hanem az érintett személy szűkebb, illetve tágabb környezete is (BÜKI–SZOLLÁR 2004; MESTERHÁZI 2000; KÖNCZEI 2009).

A szűkebb értelemben vett kora gyermekkori intervencióban érintett feladatköröknél, így a pedagógiai szakszolgálat érintett gyermekekre és családokra irányuló tevékenységeinél (pl. gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás, nevelési tanácsadás, logopédiai szolgáltatás) a kliens igényeit és szükségleteit figyelembe vevő egyéni beavatkozások (gondozás, fejlesztés, terápia, tanácsadás, konzultáció) vagy csoportos beavatkozások zajlanak (tréning, gondozás, fejlesztés, terápia, tanácsadás, konzultáció, mediáció, konfliktuskezelés). A gyermekekre irányuló intervenció azon leggyakoribb területei, melyek gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai vagy gyógytornász kompetenciát igényelnek, a következők: mozgás- és érzékelésfejlesztés, korai hallás- és látásnevelés; a kognitív funkciók, a verbális és a nonverbális kommunikáció fejlesztése, nyelvi funkciók fejlesztése, korai logopédiai fejlesztés; az önkiszolgálás, az önállóság, a szociális kapcsolódás és az alkalmazkodás fejlesztése. A szülőkre

⁵ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Habilitacio> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

⁶ Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról meghatározását vettük alapul.

irányuló tevékenységek az alábbiak: tájékoztatás, közös játék, otthoni fejlesztés. Az intervenció pszichológiai, orvosi kompetenciát igénylő, leggyakrabban azonosítható területei a gyermekeknél: regulációs zavarok (evés, alvás, ürítés, megnyugvás), szorongásos zavarok (szeparációs szorongás), a szociális kapcsolatok zavarai (kötődési zavarok) és a viselkedés korai zavarai (aktivitásproblémák). Ezek a területek a szülők esetében a traumafeldolgozás, a krízisintervenció és a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

I.2. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ CÉLCSOPORTJAI⁷

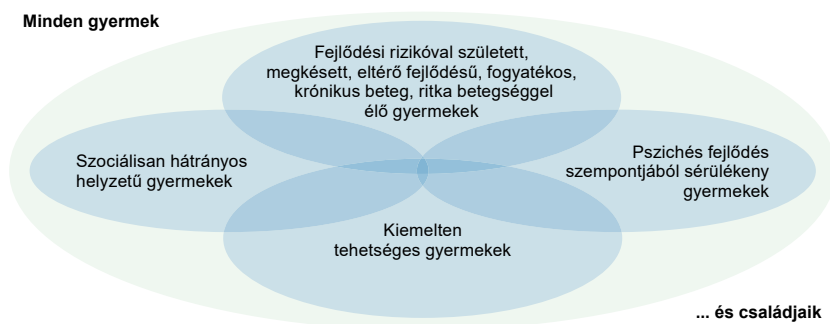
KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 18–21. p.

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció **prekoncepcionális és perikoncepcionális** szakaszában a felkészítő, prevenció-s tevékenységeknek van nagy szerepük. A prekoncepcionális szakaszban a családtervezésre való felkészülés folyamata a gyermekkortól a serdülőkoron át a családtervezési szándék és a családtervezési gondozás iránti igény megjelenéséig tart. A tudatos és eredményes családtervezésre gyakorlatilag már *gyermek- és serdülőkortól* fel lehet készíteni az adott korosztályt, az egészségügyi és a köznevelési rendszer együttműködésére alapozva. A **perikoncepcionális időszakban** a célcsoport a *gyermeket tervező pár*, a cél pedig az, hogy tervezett gyermekük tudatos és felelősségteljes döntés eredményeképpen, optimális időben jöjjön a világra (RÓSA et al. 2013). A fogamzás előtti gondozás és a genetikai tanácsadás az egészségügyi alap- és szakellátás keretében történik. A **várandósság időszakában** a *magzatra, a várandós anyára és a családjára* irányuló ellátások esetében elsősorban az egészségügyi és a szociális- gyermekjóléti rendszer szolgáltatásai kapnak hangsúlyt.

A **gyermek megszületése után** a kora gyermekkori intervenció felöleli a minden gyermekre és családjukra kiterjedő, a gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátásokat, szolgáltatásokat. Ezen belül az eltérő szükségletek felől közelítve a szolgáltatások az alábbi célcsoportokra irányulnak: (1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintettek: a fejlődési rizikóval született (pl. koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, illetve krónikus beteg és ritka beteg gyermekek; (2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és mindezen gyermekek családjai, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait alkotják (KEREKI 2015b; KEREKI–SZVATKÓ 2015; lásd 1. ábra).

⁷ Az alábbi fejezet Kereki Judit *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése* című könyvének, valamint *A kora gyermekkori intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében* című PhD-értekezésének vonatkozó részeire támaszkodik (lásd KEREKI 2017b; 2020).

1. ábra. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai (KEREKI 2015b nyomán)



A célcsoportok körülhatárolása összhangban van a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztásával, amely meghatározza azoknak a gyermekeknek a körét, akik pluszszolgáltatásokra jogosultak. A jogszabály a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek három csoportját különbözteti meg: a különleges bánásmódot igénylő, a hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű, valamint a tartós gyógykezelés alatt álló gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő (BTM), valamint a kiemelten tehetséges gyermekek.⁸

1. **A biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek** csoportjába tartoznak a fejlődési rizikóval született, a megkésett, eltérő fejlődésű, a fogyatékos, a krónikus beteg, illetve a ritka betegséggel élő gyermekek.

A fejlődési rizikó miatt preventív ellátásra jogosultak köre jelentős; esetükben azokat az előzetes jelzéseket tekinthetjük kockázati tényezőnek, amelyek valószínűleg a későbbi nem kívánatos fejlődési utak, elakadások oki hátterében állnak. A korai fejlődést veszélyeztető biológiai meghatározottságú rizikótényezők közül az egyik leggyakoribb a koraszülöttség, amely későbbi fejlődési problémák megjelenésének forrása lehet.

A felismert vagy detektált problémák előfordulásakor a legkorábbi életszakaszba tartozó kisgyermeknél nem szívesen használjuk a fogyatékos kifejezést. A 0–3 éves korosztály döntő többségének esetében az irányadó szakmai álláspont a fogyatékos csoportba való besorolást nem tartja szerencsésnek. A korai organikus sérülések inkább csak rizikótényezőkként azonosíthatóak, s mivel nem tudjuk, hogy a különböző állapotoknak milyen kimenetei várhatók a beavatkozások hatására, az érintett gyermekeket szívesebben nevezzük megkésett, eltérő fejlődésű gyermekeknek. Átlagtól eltérő vagy megkésett fejlődésű csoportokról beszélünk a fogyatékos állapotot eredményező állapotok, pl. a szindrómák, a központi idegrendszer rendellenességeinek következménye esetében, de a motoros funkciók, a hallás-, a látás-, a beszéd-, a kognitív funkciók atipikus fejlődésének előfordulásakor is. Az állapotot fogyatékosként a diagnosztizált fogyatékos gyermekek vonatkozásában nevezzük meg. Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának véleménye alapján a gyermek mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd-fogyatékos, több fogyatékos együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy

⁸ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 13.

magatartásszabályozási zavarral) küzd, abban az esetben sajátos nevelési igényüként azonosítják.⁹ A sajátos nevelési igény nem diagnosztikus kategória, hanem gyűjtőfogalom, amely az érintett számára többletjogokat biztosít.

További jogosultsági kategóriát képeznek a *krónikus beteg gyermekek* (és családjaik). Ellátásuk elsősorban az egészségügyi ágazathoz kötött, ám a gyermekkorban kialakuló krónikus betegségek mellé társuló egyéb betegségek és állapotok (fogyatékoságok) az ellátás több szempontú megközelítését igénylik (DUARTE et al. 2015). Krónikus betegségeknek nevezzük a hosszan tartó, általában lassú progressziójú betegségeket, amelyek sokszor a korai évelekből eredeztethetőek. A WHO egy 2005-ös anyagában a krónikus betegségek közé sorolja a mentális betegségeket, a hallás-, a látássérülést, a genetikai rendellenességeket stb. (WHO 2005), míg a később megjelenő anyagok inkább a fogyatékoságnak a klasszikus krónikus betegségekkel való összefüggéseit hangsúlyozzák (SINGH 2008; WHO, 2014). A hazai szabályozás a krónikus beteg és a fogyatékos csoportokat külön kezeli.¹⁰

A krónikus beteg gyermekek egy része a *ritka betegséggel élő gyermekek* körébe tartozik. Ezek a gyermekek olyan betegségben szenvednek, melyek az átlagos népességhez viszonyítva kevés embert érintenek, így előfordulásuk speciális kérdéseket vet fel (Európában egy betegség akkor tekinthető ritkának, ha 2000 lakosból kevesebb mint egy esetben fordul elő). Komoly, gyakran krónikus és súlyosbodó betegségek, egyes esetekben akután életet veszélyeztető kórállapotok tartoznak ide. Többségük együtt jár valamilyen fogyatékosággal: a betegek életminőségét gyakran rontja az önállóságuk csökkenése vagy elvesztése (POGÁNY 2019).

2. **A pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny gyermekek** és családjaik az ellátási szükséglet szempontjából külön csoportba sorolandók, bár jelentős átfedést mutatnak a többi célcsoporttal. Már a gyermekek legkorábbi életszakaszában előfordulhatnak olyan fejlődési elakadások, melyek többek között regulációs zavarokat (a figyelem és a megnyugvás zavarai, evészavarok, alvászavarok) vagy traumával, stresszrel összefüggő zavarokat (pl. kötődési zavarok) eredményeznek. Ide kapcsolódik a hospitalizáció és a poszttraumás stressz-zavar is, mely esetekben a későbbi tartós károsodások megelőzése érdekében az időben történő felismerés és a megfelelő ellátásba juttatás döntő jelentőségű. A pszichoszociális okok miatt veszélyeztetett (elhanyagolt, bántalmazott) gyermekek pszichés fejlődés szempontjából való érintettsége szintén indokolja besorolásukat.

A legkorábbi életkorban nyújtható pszichológiai szolgáltatások rövid múltra tekintenek vissza, bizonyos célzott szolgáltatási formák pedig még nem épültek be az állami ellátórendszer keretei közé (pl. perinatológiai szaktanácsadó, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens, csecsemő-szülő kapcsolati konzulens).

A jogszabály által körvonalazott különleges bánásmódot igénylő, ún. *beilleszkedési, (tanulási), magatartási nehézséggel (BTM) küzdő gyermekek* részben a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny ellátotti körből kerülnek ki. Ők a jogszabály meghatározása alapján azok a gyermekek (tanulók), akik a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartás-szabályozási hiányosságokkal küzdenek; közösségbe való beilleszkedésük, továbbá személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem

⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 25.

¹⁰ 5/2003. (II. 19.) ESZCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról.

minősülnek sajátos nevelési igényűnek.¹¹ Őket nevelési tanácsadás vagy az óvodai nevelés keretében látják el, a pedagógiai szakszolgálat szakemberével történő konzultáció mellett.

A lelki egészség szempontjából fontos szerepe van a megelőző ellátásoknak, szolgáltatásoknak, ezért indokolt kiemelniük a különböző rizikótényezők miatt preventív ellátásra jogosultak körét. Míg a kockázati tényezők egyik csoportját az egyéni, főképpen biológiai meg határozott sajátosságok, például a születéskori éretlenség, a tápláltsági állapot jelentik, a másik csoportot a környezeti rizikótényezők alkotják, például a házastársi konfliktusok, a családban történt negatív életesemények, de ide soroljuk azt is, ha a szülő szenved krónikus betegségben, ha fogyatékos vagy mentálisan beteg. A protektív tényezők között tarthatjuk számon a csecsemők könnyű temperamentumát, aktív válaszkészségét, a szoros kötődés kialakításának lehetőségét, az érzelmileg biztonságot nyújtó gondozói magatartást, valamint a család stabilitását, tágabb társadalmi támogatottságát. A kedvező fejlődési kimenetel háttérben álló tényezők között jelentős szerepet játszanak az anyai-családi változók, amelyek indokolják, hogy a kora gyermekkori intervenció kiterjedjen a rizikótényezők jelenlétével terhelt gyermekek körére. A gyermekek fejlődésének követése mellett cél kell, hogy legyen a családi változók jótékony befolyásolása, összességében a korai lelki egészségvédelem fókuszba állítása is (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

3. **A szociálisan hátrányos helyzet** különböző kategóriáinak kritériumait a gyermekvédelmi törvény alapján így összegezhettük:

Hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll: (1) a szülő(k) vagy a családba fogadó gyám alacsony iskolai végzettsége, (2) a szülő vagy a családba fogadó gyám alacsony foglalkoztatottsága, (3) a gyermek elégtelen lakókörnyezete, illetve lakáskörülményei, ha megállapítható, hogy a gyermek szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben vagy félkomfortos, komfort nélküli vagy szükség-lakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek.

Halmazottan hátrányos helyzetű (a) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében a szülő vagy a családba fogadó gyám alacsony iskolai végzettségére, az alacsony foglalkoztatásra vagy az elégtelen lakókörnyezetre vonatkozó kitételek közül legalább kettő fennáll, (b) a nevelésbe vett gyermek, (c) az utógondozói ellátásban részesülő és tanuló vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt.¹²

A szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek esetében a megfelelő környezeti feltételek és ingerek hiányában magasabb azoknak a kockázati tényezőknek az előfordulási valószínűsége, amelyek már a magzati fejlődést kedvezőtlenül befolyásolják, és/vagy a későbbi fejlődés során fejlődési elmaradás formájában manifesztálódnak (KEREKI 2010b), tüneti szinten az organikus érési zavar/éretlenség/sérülés képét mutatva. Ebben az esetben tehát nem csupán arról beszélünk, hogy a két halmaz metszetébe a megkésett, eltérő fejlődésű és egyben szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek kerülnek, hanem arról, hogy a környezeti hátrány biológiai hátrányként jelentkezik, és ennek következtében jelennek meg a közös metszetben a gyermekek.

¹¹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 3.

¹² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 67/A. § (1), (2).

4. **Kiemelten tehetséges gyermek** (tanuló) az, aki átlag feletti általános vagy speciális képességek birtokában magas fokú kreativitással rendelkezik, és felkelthető benne a feladat iránti erős motiváció, elkötelezettség.¹³ A 2011. évi köznevelési törvény a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei között felsorolja a kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozásának feladatát (Izsóné Szecsődi–Hujber 2015).

¹³ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 14.

I.3. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ELLÁTÓ- ÉS SZOLGÁLTATÁSI RENDSZERE¹⁴

KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 22–31. p.

A hazai kora gyermekkori intervenció intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekkel, illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek (beleértve a speciális támogatást igénylő gyermekeket és családjaikat; KEREKI 2011). Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, az állapotmegismerés, a diagnosztika szakaszához, valamint az ellátások, szolgáltatások, juttatások rendszeréhez kapcsolódik. A kora gyermekkori intervenció legfontosabb szereplői közé tartoznak a gyermekek és családjaik, akik nemcsak résztvevői a folyamatoknak, de aktív formálói is.

A kora gyermekkori intervencióban érintettek, így az iskoláskor előtti gyermekcsoportok ellátását, ezen belül a speciális támogatást igénylő gyermekek korai ellátását egyrészt ágazati alaptörvények és végrehajtási rendeleteik szabályozzák, másrészt számos további törvény és miniszeri vagy kormányrendelet. A legfontosabb ágazati törvények és rendeletek:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről és az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról és az 1/2000 (I. 7.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról és a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

A hazai jogszabályok áttekintése alapján az alábbi összesített táblázatban mutatjuk be a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézmények, illetve szakemberek listáját, a korai életkorra vonatkozó tevékenységekre fókuszálva.

¹⁴ Az alábbi fejezet Kereki Judit *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése* című könyvének, valamint *A kora gyermekkori intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében* című PhD-értekezésének vonatkozó részeire támaszkodik (lásd KEREKI 2017b; 2020).

1. táblázat. A kora gyermekkori intervenció rendszer szereplői (készítette: Kereki Judit)

Ágazat/terület	Ellátási szint	Intézmény	Szakember
Egészségügy ¹⁵	Alapellátás	Háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás	Háziorvos, vegyes praxisú háziorvos, házi gyermekorvos
		Védőnői szolgáltatás	Területi védőnő, iskolai védőnő
	Járóbeteg-szakellátás (szakrendelés és szakambulancia)	Csecsemő- és gyermekgyógyászati szakrendelés és szakambulancia	Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos
		Gyermekszemészeti és orthoptikai járóbeteg-szakrendelés és szakambulancia Speciális gyermekszemészeti járóbeteg-szakrendelés/szakambulancia (koraszülött gyermekek ellátására)	Szemészet szakorvos/gyermekszemészet szakorvos Általános asszisztens/szakasszisztens
		Gyermekneurológia szakrendelés/szakambulancia	Gyermekneurológia szakorvos
		Fejldésneurológiai szakrendelés	Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos, neonatológia szakorvos vagy gyermekneurológia szakorvos Gyógytornász Konduktor Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus/gyógypedagógus Csecsemő- és gyermekszakápoló, asszisztens Klinikai neurofiziológiai szakasszisztens Fizioterápiás szakasszisztens
		Csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégészeti járóbeteg-szakrendelés	Fül-orr-gégegyógyászat szakorvos/csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégegyógyászat szakorvos
		Audiológia járóbeteg-szakellátás	Audiológus szakorvos Foniátria szakorvos Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus vagy gyógy(szurdo)pedagógus vagy logopédus
		Foniátria járóbeteg-szakrendelés és szakambulancia	Foniátria szakorvos Logopédus
		Ortopédia járóbeteg-szakrendelés	Ortopédia szakorvos

¹⁵ 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

Egészségügy	Járóbeteg-szakellátás (szakrendelés és szakambulancia)	Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt/gyermek-szakpszichológiai szakrendelés	Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt- vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus/neuropszichológiai szakpszichológus/klinikai addiktológiai szakpszichológus/pszichológus
		Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt/gyermek-szakpszichológiai szakambulancia	Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt-/gyermek-szakpszichológus Pszichológus-/szakpszichológus-jelölt (csak szakpszichológusi felügyelettel) Segítő foglalkozású diplomás (pszichológus, gyógypedagógus) Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Szupervizor Pszichiáter szakorvos Gyermekpszichiáter szakorvos
		Neuropszichológiai szakrendelés	Neuropszichológus/szakpszichológus-jelölt/pszichológus Neurológia és pszichiátia szakorvos konzultációs lehetőséggel
		Neuropszichológiai szakambulancia	Neuropszichológus Pszichológus-/szakpszichológus-jelölt (csak szakpszichológusi felügyelettel) Segítő foglalkozású diplomás a terület nagyságától függően (gyógypedagógus) Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Gyermekneurológus szakorvos Szomatikus betegségnek megfelelő szakorvos
		Pszichoterápiás szakrendelés (klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképesítéssel)	Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta/ klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta-jelölt
		Pszichoterápiás szakambulancia (klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képesítéssel)	Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus pszichoterapeuta Szakpszichológus-jelölt/pszichológus, gyógypedagógus Általános asszisztens/szakasszisztens/szakápoló Szupervizor Gyermekpszichiáter szakorvos Szomatikus betegségnek megfelelő szakorvos
		Rehabilitációs tevékenységek és speciális rehabilitációs tevékenységek gyermekkorban	Rehabilitációs szakorvos (mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció gyermekrehabilitáció területén) csecsemő- és gyermekgyógyászati alapképesítéssel/fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás + csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosa Dietetikus, gyógytornász, fizioterápiás (szak)asszisztens, gyógymasszőr Gyermek, ifjúsági klinikai szakpszichológus/pszichológus Ergoterapeuta/rehabilitációs tevékenység terapeuta Gyógypedagógus Logopédus Szociális munkatárs

Egészségügy	Járóbeteg-szakellátás (szakrendelés és szakambulancia)	Gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg-szakrendelés és gondozás	Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos Pszichológus Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus/gyermekpszichológus/klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus Logopédus Gyógyfoglalkoztató Mentálhigiénés asszisztens Pszichopedagógus, gyógypedagógus Szociális munkás, védőnő Asszisztens
		Genetikai szakrendelés	Klinikai genetikai szakorvos vagy licencvizsgával rendelkező genetikai tanácsadó orvos
		Genetikai tanácsadás	Klinikai genetikai szakorvos vagy licencvizsgával rendelkező genetikai tanácsadó orvos Molekuláris genetikai vagy biológiai diagnosztikai szakképesítéssel rendelkező diplomás Általános asszisztens/szakasszisztens Genetikai szakasszisztens/humángenetikai szakasszisztens (csak a II. szintnél)
	Fekvőbeteg-szakellátás	Szülészeti-nőgyógyászat	Szülészeti-nőgyógyászat szakorvos Orvos rezidens, szakorvosjelölt Szakdolgozók (szülésznő, ápoló, dietetikus, gyógytornász) Kórházi védőnő
		Neonatólogiai osztály és „rooming-in” típusú újszülöttoztály	Neonatólógia szakorvos Gyógytornász, dietetikus Kórházi védőnő
		Intenzív neonatólogiai osztály (perinatális intenzív centrum, PIC II.)	Neonatólógia szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Gyógytornász, dietetikus Kórházi védőnő
		Perinatális (neonatólis) intenzív centrum (PIC III.)	Neonatólógia szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Gyógytornász, dietetikus Kórházi védőnő
		Csecsemő- és gyermekgyógyászati osztály	Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos Gyógytornász, dietetikus Gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, szociális munkás Óvodapedagógus
		Gyermekszemészeti/szemészeti osztály	Szemészet szakorvos Ápoló, dietetikus, gyógytornász
		Csecsemő- és gyermekfül-orr-gégegyógyászati osztály	Csecsemő- és gyermekfül-orr-gégegyógyászat szakorvos Dietetikus, gyógytornász

Egészségügy	Fekvőbeteg-szakellátás	Gyermekneurológiai osztály	Gyermekneurológia szakorvos Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus (elérhető intézményen kívül) Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász
		Fejlesztésneurológiai osztály	Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Gyermekneurológia szakorvos Ápoló, dietetikus, gyógytornász Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus Gyógypedagógus
		Ortopédia osztály	Ortopédia szakorvos Dietetikus, gyógytornász
		Rehabilitációs tevékenység gyermekkorban fekvőbeteg-ellátás	Rehabilitációs szakorvos (mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció gyermekrehabilitáció területén) csecsemő- és gyermekgyógyászati alapképesítéssel Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Ápoló, dietetikus, gyógytornász Ortopéd műszerész Ergoterapeuta (rehabilitációs tevékenység terapeuta, foglalkozásterapeuta) Gyermek-, ifjúsági klinikai szakpszichológus/pszichológus Logopédus Pedagógus Egyéb terapeuta
		Gyermekkorú súlyos központi idegrendszeri károsodottak, politraumatizáltak, égésbetegek, valamint tetraplegiás betegek, korai és kómás betegek rehabilitációja	Mozgásszervi rehabilitáció vagy orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat területén és csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosa Rehabilitációs szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos Szakdolgozók: ápoló, dietetikus, gyógytornász Gyógytestnevelő/konduktor/szomatopedagógus Ergoterapeuta/rehabilitációs tevékenység terapeuta Gyógypedagógus/fejlesztőpedagógus/szociálpedagógus Gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus Neuropszichológus
		Gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály	Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos Csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos Pszichoterapeuta Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus/klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus Pszichológus Pszichopedagógus/gyógypedagógus/logopédus Szociális munkás Ápoló, dietetikus, gyógytornász Foglalkozásterapeuta/művészetterapeuta/rehabilitációs tevékenység terapeuta

Egészségügy	Fekvőbeteg-szakellátás	<p>Gyermek- és ifjúságpszichiátriai (GYIP) rehabilitációs osztály</p>	<p>Gyermek- és ifjúságpszichiátria szakorvos; további szakorvos lehet: gyermekpszichiátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, pszichiátria, pszichoterápia, gyermekneurológia, pszichiátriai rehabilitációs szakorvos</p> <p>Pszichoterapeuta</p> <p>Klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus/klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus/pszichológus</p> <p>Gyógypedagógus/logopédus/pszichopedagógus/fejlesztőpedagógus/szociálpedagógus</p> <p>Gyógyfoglalkoztató/rehabilitációs tevékenység terapeuta</p> <p>Pedagógus</p> <p>Mentálhigiénés asszisztens</p> <p>Ápoló, dietetikus, gyógytornász</p> <p>Foglalkoztatásszervező/gyógypedagógiai asszisztens</p>
		<p>Speciális szakambulanciák (gyermekreumatológia, immunológia, ritka csonbetegségek, arthritis)</p>	<p>Reumatológus/reumatológia és fizioterápia szakorvosa</p> <p>Belgyógyász szakorvos</p> <p>Szülész-nőgyógyász szakorvos</p> <p>Általános asszisztens/szakasszisztens</p> <p>Szakápoló</p> <p>Gyógytornász/fizioterapeuta</p> <p>Fizioterápiás asszisztens/szakasszisztens</p>
Köznevelés ¹⁶	Alapfeladat	<p>Óvoda¹⁷</p>	<p>Óvodapedagógus, óvodapszichológus/iskolapszichológus, fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus (logopédus, oligofrénpedagógia szakos gyógypedagógiai tanár, tanulásban akadályozottak pedagógiája vagy pszichopedagógia szakos/szakirányon végzett gyógypedagógus)</p> <p>Dajka vagy gondozónő és takarító</p> <p>Szakorvos kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket nevelő óvodában</p>
		<p>Pedagógiai szakszolgálati intézmény</p> <ul style="list-style-type: none"> • járási pedagógiai szakszolgálat • megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat (a mozgásszervi, az érzékszervi, valamint a beszédfigyafetékoság megállapítása és kizárása esetén országos vagy több megyére kiterjedő feladatellátási kötelezettséggel bíró szakértői bizottság) 	<p>Értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus</p> <p>Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus</p> <p>Logopédus</p> <p>Látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus</p> <p>Hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus</p> <p>Pszichopedagógus, szomatopedagógus</p>

¹⁶ A részt vevő intézmények és szakemberek feladatait a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza.

¹⁷ Bár a köznevelés rendszerében az óvodás gyermek nem részesülhet korai fejlesztésben, de a szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az óvoda is, hiszen részt vesz az iskoláskor előtti gyermekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával).

Köznevelés	Alapfeladat		<p>Autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus Gyógytornász Konduktor Gyermekpszichiáter Klinikai gyermek-szakpszichológus Tanácsadó szakpszichológus Klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus Neuropszichológiai szakpszichológus A fogyatékoság típusának megfelelő szakorvos vagy gyermek- és ifjúsági pszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, illetve gyermekneurológia szakorvos Pedagógiai asszisztens Gyógypedagógiai asszisztens Neuropszichológiai szakpszichológus</p>
		Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)	<p>Óvodapszichológus/iskolapszichológus, fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus (logopédus oligofrénpedagógia szakos gyógypedagógiai tanár; tanulásban akadályozottak pedagógiája, vagy logopédia, vagy pszichopedagógia szakos gyógypedagógiai tanár vagy terapeuta; gyógy-pedagógus, tanulásban akadályozottak pedagógiája vagy logopédia vagy pszichopedagógia szakirányon) Dajka vagy gondozónő és takarító Szakorvos kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket nevelő óvodában</p>
Szociális ¹⁸	Alapszolgáltatások	Falu- és tanyagondnoki szolgálat	<p>Falugondnok Tanyagondnok</p>
		Támogató szolgálat	<p>Segítő Gondozó Terápiás munkatárs</p>
		Fogyatékos személyek nappali intézménye	<p>Segítő Gondozó Terápiás munkatárs</p>
Szociális	Szakosított szolgáltatások	Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona	<p>Ápoló Gondozó Szociális munkatárs Fejlesztőpedagógus Orvos Terápiás munkatárs (többek között gyógypedagógus: értelmi- leg akadályozottak pedagógiája szakirányon; hallássérültek pedagógiája szakirányon; látássérültek pedagógiája szakirányon; logopédia szakirányon; pszichopedagógia szakirányon; szomatopedagógia szakirányon; tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon; autizmus spektrum pedagógiája szakirányon; gyógytornász-fizioterapeuta)</p>

¹⁸ A részt vevő intézmények és személyek szakmai feladatait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, valamint az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. számú melléklete tartalmazza.

Gyermekjólét, gyermekvédelem ¹⁹	Alapellátások	Család- és gyermekjóléti szolgálat ²⁰	Családsegítő (többek között felsőfokú szociális alapvégzettséggel: általános szociális munkás, szociális munkás, okleveles szociális munkás, szociális szervező, szociálpolitikus, okleveles szociálpolitikus, szociálpedagógus; okleveles pszichológus, pszichopedagógus, mentálhigiénés szakember, szociológus, felekezeti szociális munkás, viselkedéselemző végzettségekkel) Szociális asszisztens
		Család- és gyermekjóléti központ	Esetmenedzser/tanácsadó Szociális diagnózist készítő esetmenedzser Óvodai és iskolai szociális segítő Szociális asszisztens
		Biztos Kezdet Gyerekház	Vezető (védőnő és/vagy csecsemő- és kisgyermekgondozó és/vagy bölcsődei gondozó/szakgondozó és/vagy óvodapedagógus és/vagy gyógypedagógus és/vagy fejlesztőpedagógus és/vagy gyermekpszichológus és/vagy pszichopedagógus és/vagy szociálpedagógus) Munkatárs (kisgyermeknevelő)
		Bölcsőde	Kisgyermeknevelő Bölcsődei dajka Orvos Gyógypedagógus Gyógytornász Konduktor Gyógypedagógiai asszisztens Szaktanácsadó
		Mini bölcsőde	Kisgyermeknevelő Bölcsődei dajka
		Munkahelyi bölcsőde	Szolgáltatást nyújtó személy/kisgyermeknevelő Segítő személy
		Családi bölcsőde	Szolgáltatást nyújtó személy/kisgyermeknevelő Segítő személy
		Családibölcsőde-hálózat	Koordinátor
		Napközbeni gyermekfelügyelet	Szolgáltatást nyújtó személy Nevelő vagy szakgondozó; gondozó vagy segédgondozó
		Napközbeni gyermekfelügyelet-hálózat	Koordinátor

¹⁹ A részt vevő intézmények és személyek szakmai feladatait az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (1. és 2. sz. melléklet), továbbá a 29/2012. (III. 7.) Kormányrendelet a közszolgálati tisztviselők képzéséről előírásairól 2. számú melléklete tartalmazza.

²⁰ 2016. január 1-jétől a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatás teljes integrációja valósul meg. A településen a család- és gyermekjóléti szolgálat nyújtja a minimumszolgáltatást, a járási székhelyen pedig a kötelező feladatellátásban működő család- és gyermekjóléti központ kiemelt feladata a veszélyeztetettséget észlelő jelzőrendszer koordinálása és a gyermekvédelmi rendszerben szereplők munkájának összehangolása.

Gyermekjólét, gyermekvédelem	Alapellátások	Alternatív napközbeni ellátások	Többek között betöltheti felsőfokú szociális szakképzettséggel: pszichológus, pszichopedagógus, gyógypedagógus; pedagógus szakképzettséggel vagy mentálhigiénés szakképzettséggel: óvodapedagógus, csecsemő- és kisgyermeknevelő (alapképzés) Gyermekotthoni asszisztens Gyógypedagógiai asszisztens (OKJ), mentálhigiénés asszisztens (OKJ), pedagógiai asszisztens
		Helyettes szülői hálózat	Szakmai vezető Helyettes szülő Helyettes szülői tanácsadó
		Gyermekek átmeneti otthona	Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekefelügyelő Családgondozó Pszichológiai tanácsadó Gyermekvédelmi ügyintéző vagy növendékügyi előadó
		Családok átmeneti otthona	Szakgondozó, gondozó Családgondozó Pszichológiai tanácsadó, jogász, fejlesztőpedagógiai tanácsadó
	Szakellátások	Nevelőszülői hálózat	Nevelőszülői tanácsadó Pszichológus, viselkedéselemző Nevelőszülő Gyermekgondozó Növendékügyi előadó (jogász, igazgatásszervező, közigazgatás-szervező, humánszervező, személyügyi szervező – felsőfokú szociális szakképzettséggel, pedagógus szakképzettséggel) Gyermekvédelmi ügyintéző
		Gyermekotthon	<i>Gyermekotthon és kizárólag menekültként elismert, kísérel nélküli kiskorúakat ellátó gyermekotthon:</i> Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekefelügyelő
			<i>Kísérel nélküli kiskorúakat ellátó (nem menekült) gyermekotthon:</i> Pszichológus vagy pszichológiai tanácsadó Növendékügyi előadó vagy gyermekvédelmi ügyintéző Orvos Ápoló Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekefelügyelő

Gyermekjólét, gyermekvédelem	Szakellátások	Gyermekotthon	<p><i>Speciális gyermekotthon:</i></p> <p>Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő Pszichológus vagy pszichológiai tanácsadó Gyógypedagógus vagy fejlesztőpedagógus Orvos Növendékügyi előadó vagy gyermekvédelmi ügyintéző</p> <p><i>Különleges gyermekotthon:</i></p> <p>Nevelő Gyermekvédelmi asszisztens Gyermekfelügyelő</p> <p><i>0–3 éveseket is ellátó intézményben:</i></p> <p>Kisgyermeknevelő Tejkonyhavezető Gazdasági nővér Gyermekszakorvos</p>
		Területi gyermekvédelmi szakszolgálat	<p>Pszichológus Örökbefogadási tanácsadó Gyermekvédelmi gyám Jogász Közvetítő Elhelyezési ügyintéző vagy gyermekvédelmi ügyintéző</p>
		Megyei/fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottság	<p>Pszichológus Gyógypedagógus Pszichiáter Orvos Családgyógyász</p>
		Gyámhatóság	Szociális és gyámügyi feladatkör
Egyéb	Magánellátók		
	Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei		
	Szülők érdekvédelmi, szülősegítő szervezetei		
	Önkormányzatok		
	Kormányhivatalok ²¹		
	Klebelsberg Központ		
	Tankerületi központok		
	Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság		
Képzőintézmények			

²¹ A járási kormányhivatal működteti a Családvédelmi Szolgálatot, ahol védőnő látja el az ehhez kapcsolódó feladatot. A vezető védőnők ugyanígy a járási hivatalokban dolgoznak és szakmai felügyelet a feladatuk a védőnőknek nyújtott szakmai segítségnyújtás és támogatás mellett.

I.6. TOVÁBBKÜLDÉSI UTAK²²

KEREKI J. (2022): Tájékoztató a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 77–89. p.

A gyermek útja az egészségügyi ellátórendszerben kezdődik, és a korai életszakaszban leginkább ebben a kontextusban írható le. A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervencióban az ellátási utat több szakaszra tagoljuk: a pre- és a perikoncepcionális szakasztól a várandóssági és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, illetve a későbbiekben a gyermek iskoláskora előtt az otthoni és az intézményes ellátásban eltöltött időszakig. Minden szakaszban megtalálhatók azok az intézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek; a feladataik jogszabály által meghatározottak, és a továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatók.²³ Jelen esetben a pre- és a perikoncepcionális időszaktól mutatjuk be a gyermekutat, hangsúlyozva azonban, hogy a három ágazat együttműködése csak a gyermek megszületése után tud realizálódni, hiszen a köznevelés területe akkor lép be az ellátásba, ezért kötetünkben döntően a *gyermek megszületése utáni szakaszra* fókuszálunk, a kórházból való hazaérkezéstől az iskolába lépésig terjedő időszakot felölelve. A továbbiakban a 2022. január 1-től életbe lépő jogszabályok mentén tekintjük át a mozgás irányát (a különböző szakaszokra a jogszabályok alapján leírt gyermekutat a 2. ábra szemlélteti).

I.6.1. A pre- és a perikoncepcionális szakasz

A gyermeket tervező pár a pre-, illetve a perikoncepcionális időszakban, amikor a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészülés zajlik, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kap támogatást. A családvédelmi szolgálat védőnője tanácsadást végez és a köznevelési intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi.²⁴ A területi védőnő szintén folytat családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást,²⁵ az iskolai védőnő pedig az egészségügyi oktatásában vesz részt, melynek során elsősorban a családtervezés, a fogamzásgátlás, a szülői szerep és a csecsemőgondozás témájára fókuszál.²⁶ A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás.²⁷ A szülész-nőgyógyász szakorvos a család- és nővédelmi gondozás keretében a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítését végzi a fogamzás előtti gon-

²² Az alábbi fejezet Kereki Judit *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése* című könyvének, valamint *A kora gyermekkori intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében* című PhD-értekezésének vonatkozó részeire támaszkodik (lásd KEREKI 2017b; 2020).

²³ A pre- és perikoncepcionális szakasztól a megszületés utáni időszakig tartó gyermekút leírását lásd részletesen a TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program keretében készült *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell* című kéziratban (KEREKI et al. 2014). A koncepció kidolgozásában részt vettek dr. Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Kereki Judit, dr. Nádor Csaba, Nyuli Krisztina, dr. Schultheisz Judit, Somodi Andrea, dr. Újhelyi János és Vámos Éva. Szakmai vezető: Kereki Judit.

²⁴ 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről, 2. § (2).

²⁵ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. §.

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

²⁷ 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (2).

dozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás eszközeivel.²⁸ A gyermeket tervező pár akár a területi védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a családvédelmi szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítják őket. **Ennek a szakasznak a jelenlegi szabályozás szerint nincs hangsúlyos szerepe, miközben a pre-, illetve a perikoncepcionális időszakra – kiemelkedő prevenció jelentősége miatt – sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani.**

I.6.2. A várandósság szakasza

A várandósság szakaszában a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg.²⁹ A várandósgondozás a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő és a védőnő, valamint a várandós együttműködésében zajlik. A várandósgondozást a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított (a) alacsony rizikójú várandósság esetén a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy a szülésznő, (b) magas rizikójú várandósság esetén kizárólag a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi a védőnő és a háziorvos együttműködésével.³⁰

A várandósság megállapítása után a kismamának a területileg illetékes védőnőnél kell jelentkeznie, aki gondozásba veszi és kiállítja a Várandósgondozási könyvet. A védőnő a várandósság 34. hetéig ebben rögzíti a várandós nyilatkozata alapján a várandós által választani tervezett házi gyermekorvos vagy a gyermekellátást végző háziorvos nevét és elérhetőségét. A védőnő feladata, hogy kiszűrje az esetleges eltéréseket, és az ezeknek megfelelő gondozási központokba irányítsa a kismamákat. A védőnő a gondozás során tudomására jutott minden olyan körülményről, amely befolyásolhatja a magzat egészséges fejlődését, tájékoztatja a várandósgondozást végző szülész-nőgyógyászt/szülésznőt.³¹ Érdemes megismételni azt a korábban már említett információt [...],³² hogy a várandósgondozáson való részvétel – a várandósság ideje alatt legalább négy alkalommal, koraszülés esetén legalább egyszer – az anyasági támogatás folyósításának egyik feltétele.³³

A szociális okból rizikócsoporthoz tartozó egyének kiszűrését és ennek kapcsán a veszélyeztetettség megállapítását is a védőnő végzi. A várandósgondozás megkezdésekor az első látogatást követően – aminek a gondozásba vételt követő két héten belül meg kell történnie³⁴ – a védőnő elkészíti az *első rizikókérdőívet* („Rizikószűrés-kérdőív a várandósok körében”).³⁵ Ennek kapcsán, ha szükséges, megkéri a várandósta az *Edinburgh posztnatális depresszió skála* (EPDS) kérdőív kitöltésére (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015). (A rizikókérdőív nem tévesztendő össze a várandóssági rizikóbesorolással, melyet a szülész-nőgyógyász szakorvos készít el a várandósgondozás megkezdésekor.) A várandós pszichoszociális állapotának felmérésére

²⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 41. §.

²⁹ 1997. évi CLIV. törvény, 86. § (1), (2).

³⁰ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 2. §.

³¹ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet, 9. § (2).

³² Lásd a *Gyermekút* módszertani kézikönyv jelen kötetünkben nem szereplő „Családtámogatási ellátási formák” című alfejezetét. (A szerk.)

³³ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 29. §, 31–32. §.

³⁴ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. számú melléklet.

³⁵ Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre (2017). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma, 36. p.

*Paykel teszthe*³⁶ is lehetőség van. Ha a védőnő pszichoszociális szempontból veszélyeztető tényezőt észlel, erről tájékoztatja a felelős személyt (ebben az esetben a szüléssz-nőgyógyászt), aki a várandóst magas rizikócsoportha sorolja.³⁷ Itt érdemes kiemelni azt az iránymutatásban meghatározott konkrétumot, hogy ha a várandós rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre vagy lakhatási támogatásra jogosult, akkor ez alapján egyértelműen magas rizikócsoportha tartozik.

A szociális és gyermekvédelmi ellátások közül ebben a szakaszban leginkább a gyermekjóléti szolgáltatást végző szolgáltató érintett, aki a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása mellett a szociális szolgáltatásokhoz és a gyermekjóléti alapellátásokhoz, különösen a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutást szervezi.³⁸ Amennyiben a várandós anya nem vállalja születendő gyermeke felnevelését, a család- és gyermekjóléti szolgálatnál tájékoztatják a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről.³⁹ Veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgálatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak és a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé.⁴⁰

I.6.3. Perinatális szakasz – a megszületés után

A perinatális szakaszban a gyermek a megszületése után optimális esetben az újszülött-, illetve a csecsemőosztályra kerül, ahol (0–4 napos korban) elvégzik azokat az alap- és kiegészítő vizsgálatokat, melyekre az egészségügyi szolgáltatók jogosultak (teljes fizikális vizsgálat; testtömeg, testhossz, fejkörfoghat mérése; ideggyógyászati, csípőficam-, érzékszervi és anyagcserevizsgálat).⁴¹ A koraszülött gyermekek, illetve az érett, de problémás újszülöttek a protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén elvégzik a megfelelő szűrővizsgálatokat. Intézetén kívüli szülés esetén ezek lebonyolítása az újszülött vizsgálatát végző gyermekgyógyász szakorvos feladatkörébe tartozik.⁴²

A méhen belül vagy a megszületést követően felismert és megállapított állapotok esetén (pl. szindrómák) a már rendszerint alaposan feltárt panasz- és tünettanok ismeretében, amikor nagy valószínűséggel megállapítható, illetve megjósolható, hogy az adott gyermeknél milyen téren, milyen mértékű fogyatékoság várható, és a szakorvosok úgy ítélik meg, hogy a gyermeknek korai fejlesztésre, terápiás ellátásra van szüksége, közvetlenül irányíthatják őt a pedagógiai szakszolgálathoz.⁴³

³⁶ Pszichoszociális mérőskála várandósok számára (Paykel, rövidített, módosított változat; forrás: Dr. Sümegi András pszichiátria és pszichoterápia szakterület minőségügyi szakfőorvos). <https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=DDFF1C95B1EA7324D1055&ithint=file%2cdocx&app=Word&authkey=!AA6gcYNo9vYMEw> (Letöltve: 2018. 08. 24.)

³⁷ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából (2014), 11. p.

³⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) c.

³⁹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 13. §.

⁴⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2).

⁴¹ A 0–4 napos korban elvégzendő vizsgálatokat az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról 1. számú melléklete tartalmazza (Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok).

⁴² 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § f).

⁴³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2a).

Speciális ellátási utat futnak be a sok esetben gépi lélegeztetésre szoruló koraszülöttek, valamint a különböző méhen belüli fejlődési rendellenességgel, illetve szülési sérüléssel világra jött újszülöttek. Őket a perinatális/neonatális intenzív centrumokban (PIC/NIC) látják el. A kikerülése után minden babának fontos lenne, hogy utógondozásban vegyen részt, de nem minden perinatális (neonatális) intenzív centrum mellett működik koraszülött utógondozó. A koraszülött utógondozás tevékenységei, feladatai azonban nem szabályozottak, működésére vonatkozóan nincs eljárásrend, a szervezetsége esetleges. Éppen ezért a perinatális/neonatális intenzív centrumokban ellátott újszülöttek esetében sürgetően merült fel az utógondozásukat egységes keretbe foglaló szakmai anyag kialakítása.

Az EFOP-1.9.5 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében kifejlesztett **Szakmai irányelv a rizikóújszülöttek utógondozásáról** c. dokumentumtervezet az interdiszciplináris együttműködés fontosságának hangsúlyozásával és a minőségi ellátást biztosító feltételek leírásával evidenciaalapokra helyezi a hazai koraszülött utógondozást, valamint egy olyan ellátási utat ír le, amely a komplex gyermekútnak markáns része (NÁDOR et al. 2018a).⁴⁴ Emellett sor került a perinatális (neonatális) intenzív centrumokban zajló koraszülött ellátásra vonatkozó minőségi indikátorok kidolgozására és a folyamatos minőségfejlesztés (CQI) leírására is (NÁDOR et al. 2018b). Az irányelvet szervesen kiegészíti a *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*, amely szintén a projekt keretében került kifejlesztésre, és a különböző mozgásterápiás, mozgásfejlesztő módszereket foglalja egységes rendszerbe (SZVATKÓ et al. 2018a).

A gyermekjólét és a gyermekvédelem felé tett lépések külön utat képeznek. Amennyiben a kórházban a szülő lemond a gyermekéről, az intézmény értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról. A gyermekosztályon észlelt elhanyagolás, bántalmazás esetén a kórházi szociális munkás feladata a gyermekjóléti szolgáltatás felé jelezni és hatósági eljárást kezdeményezni.⁴⁵ A gyermek megszületéséről, illetve a gyógyintézetből való távozásról a kórházi védőnő az elektronikus Születésértesítő rendszeren keresztül értesíti a területi védőnőt, valamint – az anyai nyilatkozata alapján – a választott házi gyermekorvost vagy háziórvost.⁴⁶

I.6.4. A hazakerülés után⁴⁷

I.6.4.1. Az egészségügyi rendszerből a pedagógiai szakszolgálatok felé

A gyermek kórházból való hazaérkezése után az újszülöttet 48 órán belül meglátogatja a védőnő, aki ellenőrzi, hogy megtörténtek-e a szűrővizsgálatok, és gondoskodik a hiányzó szűrővizsgálatok házi gyermekorvos/háziórvos általi elvégzésének megszervezéséről.⁴⁸ Az újszülöttet a szokásjog alapján a házi gyermekorvos / vegyes praxisú háziórvos is felkeresi, aki részére csak

⁴⁴ Az irányelv kifejlesztői és írói: dr. Nádor Csaba, dr. Cziniel Mónika, Bajnok Ildikó, dr. Elmont Beatrix, dr. Király Balázs, dr. Merő Gabriella, Palugyay Dorottya, dr. Zátonyi Adél. Tanácsadóként dr. Bod Mária is részt vett a team munkájában.

⁴⁵ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §. (1) b); 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).

⁴⁶ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. § f).

⁴⁷ A hazakerülés utáni időszakra vonatkozó kliensút modellszerű leírását lásd részletesebben a *Kliensút Kalauz* című kötetben (KERÉKI 2015b). A kiadványban egy interdiszciplináris team által kifejlesztett kliensútmodell alapvetései kerültek leírásra. A fejlesztésben és a megírásban részt vettek: dr. Altorjai Péter, Futó Gabriella, Kereké Judit, Réder Robertina, Szegedi Tamara és dr. Szvatkó Anna. Szakmai vezető: Kereké Judit.

⁴⁸ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 8. § (4).

az intézeten kívüli szülés esetében írja elő a jogszabály a szülés megtörténtétől számított 4–7 napon belül történő látogatást.⁴⁹ A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos együttműködve végzi a gyermekek ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat és a tanácsadást.

Az egészségügy területén a TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori kiemelt projekten belül a védőnői munka támogatására egységes szemléletű rizikókérdőívet dolgoztak ki, melyet a védőnő a várandósság ideje alatt, a gyermek egy hónapos korában, valamint a későbbiekben az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén vesz fel. Ugyancsak kifejlesztésre került egy szülői megfigyelésen alapuló kérdőív,⁵⁰ amelyet a védőnő tájékoztatását követően a gyermek 1 hónapos és 7 éves kora között 12 alkalommal töltenek ki a szülők (ha szükséges, védőnői segítséggel). Három kiegészítő életkorban kell szülői kérdőívet kitölteni a gyermekekről: 15 hónapos és 2,5 éves korban azokról, akiknél az ezt megelőző kitöltésnél felmerült a fejlődési eltérés vagy megkésett fejlődés gyanúja, 7 éves korban pedig azoknak a gyermekeknek a szűrésére kerül sor, akik még nem kezdték el iskolai tanulmányaikat. A szülői kérdőív a védőnői szűrővizsgálati kérdésekkel összehangoltan szűri ki a problémás eseteket, és egyben a szülők edukálását, kompetenciáik bővítését is szolgálja. Ugyanakkor a házi gyermekorvosok, háziorvosok számára is egységes vizsgálati szempontsorok kerültek megfogalmazásra, és ezek szintén gyakoribb találkozást igényelnek a gyermekkel. Az újszülött hazaadását követő első vizsgálat esetén, valamint 1, 2, 3, 4, 6 és 9 hónapos életkorban (teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére; mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése, idegrendszer vizsgálata, rejtettheréjűség vizsgálata), majd 12 hónapos (szükség esetén 15 hónapos), 18 hónapos, 2 éves (szükség esetén 2,5 éves) és 3 éves életkorban, ezt követően pedig 6 éves életkorig évente kerül sor a releváns vizsgálatok elvégzésére.⁵¹

Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát/háziorvosát, és egyben hozzáküldi a szülőt is. Érzékszervi eltérés gyanúja esetén közvetlenül irányíthat az egészségügyi szakellátás felé.⁵² Amennyiben a házi gyermekorvos/háziorvos valamilyen problémát észlel a gyermeknél, járóbeteg-ellátásba vagy a betegség/állapota szerint illetékes fekvőbeteg-intézménybe/osztályra irányítja. Mivel az egészségügyi alapellátást és a pedagógiai szakszolgálati ellátást végző intézményeket a továbbküldést illetően még nem köti össze jogszabály, a védőnő bizonyos fokú eltérések esetén javasolhatja az egészségügyi alapellátó, a köznevelési intézmény, azaz a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket.

Az általunk leírt ellátási utak protokollja szerint az alapellátó orvos (illetve érzékszervi eltérések esetén a védőnő) a szakorvosi ellátásba utalás mellett bizonyos fokú eltérések esetén már a szakértői bizottsági vizsgálat megindítását is kezdeményezheti. A két különböző ágazati ellátásba való továbbküldés akár párhuzamosan is történhet, de a probléma jellegéből adódóan vannak esetek, ahol a pedagógiai szakszolgálatba való irányításnak nem kell összekapcsolódnia a szakorvosi vizsgálat kezdeményezésével.

Amikor a gyermek járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátásba kerül, a vonatkozó jogszabályban megnevezett szakorvosok [...] a 3 évesnél fiatalabb gyermekek esetében, ha szükséges, közvet-

⁴⁹ 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4. § (3) b).

⁵⁰ A *Gyermek-alapellátási útmutató* (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015) a szülői kérdőíveket korcsoportok szerint tartalmazza.

⁵¹ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4. § és 1. sz. melléklet.

⁵² A csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészet és a gyermekszemészet orvosi beutaló nélkül is igénybe vehetők. Lásd 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet az 1997. évi LXXXIII. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról, 2. §.

lenül javasolhatnak korai fejlesztést a gyermek számára, és egyúttal a járási pedagógiai szakszolgálathoz, illetve más intézményhez küldhetik, ahol a korai fejlesztést szakszolgálati feladatként látják el (pl. korai fejlesztő központ). A szakértői bizottság ebben az esetben a szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján állítja ki a szakértői véleményt (az intézmény a későbbi életkorokban minden esetben a szakértői bizottság vizsgálata után kezdi meg az ellátást). Javasolhatják az egészségügyi ellátórendszerben, így saját fogadó intézményükben is a gyermek ellátását, terápiáját (pl. a kórházban alkalmazott gyógytornász vagy konduktor által), és egészségügyi magánellátóhoz is utalhatják, hiszen az állami ellátás mellett a jogszabály szerint egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek az ellátásban (házi gyermekorvos, háziorvos és szakorvos is irányít oda gyermekeket).⁵³ A szakrendelés felkeresése után a gyermeknek vissza kell mennie az alapellátó házi gyermekorvosához/háziorvosához, aki a szakellátásba utalta.

Amennyiben a megfelelő egészségügyi szakellátó 3 éves kor alatt korai fejlesztésbe utalja a gyermeket, és a gyermek eljut a járási pedagógiai szakszolgálathoz, ott elkezdik a szükséglet alapú fejlesztését, és kiállítják a szakértői véleményt. Ha a szakemberek sajátos nevelési igényt valószínűsítenek, a megyei pedagógiai szakszolgálat felé irányítják a gyermeket a szülővel.

A gyermeket 3 éves kor után az egészségügyi szolgáltatóknak szintén a járási pedagógiai szakszolgálat felé kell irányítaniuk. A járási pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága elvégzi a gyermek (tanuló) teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógytornász, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálatát. Amennyiben felmerül a sajátos nevelési igény fennállásának lehetősége, a gyermeket a megyei szakértői bizottsághoz küldik tovább. Az érzékszervi, mozgásszervi és a beszédfigyelmesség megállapításának vagy kizárásának esetében az országos vagy több megyére kiterjedő feladatellátási kötelezettséggel bíró megyei/fővárosi szakértői bizottság az illetékes. Ezekben az esetekben a járási szakértői bizottság a saját vizsgálatának dokumentációját és annak eredményeit, a vizsgálat alapján tett megállapításait, valamint a rendelkezésére álló egyéb iratokat megküldi a megyei szakértői bizottság részére. Az illetékes szakértői bizottság, amennyiben szükséges, kiegészítő vizsgálatokat végez, és a vizsgálati anyag alapján indokolt esetben sajátos nevelési igényt állapít meg (vagy kizárja azt), és ez alapján szakértői véleményben tesz javaslatot a gyermek ellátására.

1.6.5. Bölcsődéből, óvodából és egyéb, nem egészségügyi ellátótól a pedagógiai szakszolgálat felé

Az egységes gyermekutak megrajzolhatósága, bejárhatósága szempontjából az intézményes ellátásba (bölcsődei ellátásba, óvodába) bekerülő gyermekek esetében nagyon fontos, hogy a megfigyelésük, nyomon követésük ne érjen véget az egészségügyi alapellátók által végzett szűrésekkel, hanem azzal összehangolva, pedagógiai-pszichológiai mérőeszközök is álljanak rendelkezésre a fejlődés komplex módon történő méréséhez.

A bölcsődei kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok előírt feladatai közé tartozik a csoportjukba járó gyermekek fejlődésének nyomon követése. A kisgyermeknevelők a 0–1 éves gyermekekről havonta, az 1 évesnél idősebbekről háromhavonta vezetik a *Fejlődési napló* című kötelező dokumentumot, míg az óvodapedagógusok többféle eszköz közül választhatnak, sőt egy-egy intézmény nevelőtestülete maga is kidolgozhat a fejlődés nyomon követésére alkalmas-

⁵³ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §.

nak tartott eszközt.⁵⁴ Egységes mérőeszkővel azonban nem rendelkeznek az intézmények. Ez indokolta, hogy *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projekt keretében a 3 éves kor alatti és a 3–6 (7) éves korosztály fejlődésének nyomon követésére egységes mérőeszköz kerüljön kifejlesztésre és standardizálásra.⁵⁵ A védőnők által használt szülői kérdőív mellett ennek a *gyermekfejlődési kérdőívnek* a használata hozzájárul ahhoz, hogy a szülők is megalapozottabb, sokoldalúbb képet kapjanak gyermekük fejlődéséről (NYITRAI et al. 2021). Az eszköz használata során kapott információk további specifikus szűrések vagy vizsgálatok elvégzésének indokoltságára mutathatnak rá, indukálva az ellátórendszerben való továbbküldést. Az ágazatközi projekt mindemellett az eltérő, megkésett fejlődés felismerését egy olyan módszertani kiadvánnyal segíti, amely a kora gyermekkori intervenciók ellátásában részt vevő szakembereknek szól, és komplex, átfogó szemléletben közelíti meg a gyermeki fejlődést, a korai fejlődést befolyásoló környezeti hatásokat, a rizikó- és védőfaktorok befolyásoló szerepét, fontos támpontokat nyújtva az eltérő, megkésett fejlődésment figyelmeffel jellemeztetett jeleink felismeréséhez és a szülők, gondozók támogatásához (KEREKI–TÓTH 2019).

Ha a gyermeknél 0–3 éves kora között felmerül az eltérő fejlődés gyanúja, de nem rendelkezik orvosi véleménnyel, hanem a szülő kérelmére a bölcsőde, a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, illetve más szociális, gyermekvédelmi intézmény megkeresésére indul szakértői vizsgálat, akkor a gyermek 3 éves kor alatt a járási szakértői bizottság vizsgálata alapján kerülhet korai fejlesztésbe, tehát az illetékes járási pedagógiai szakszolgálatnál kérhető vagy kezdeményezhető a szakértői vizsgálat [...]. Amennyiben a 3 év alatti gyermek állapota alapján nem szorul korai fejlesztésre, de megsegítése mégis indokolt (akár a mozgásfejlődés enyhe megkésettisége okán), a járási tagintézményben jelentkező gyermeket és a szülőt nevelési tanácsadás keretében látják el.

Az utóbbi évek törekvéseinek az is egy fontos fejleménye, hogy a korábbiaktól eltérően nem szükséges a sajátos nevelési igény megállapítása ahhoz, hogy a gyermek korai fejlesztésbe kerüljön (a korai fejlesztésre való jogosultság és a sajátos nevelési igény elválik egymástól: van olyan korai fejlesztésre jogosult, aki sajátos nevelési igényű, és van, aki nem). Amennyiben a szakértői bizottság korai fejlesztést javasol, ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelöli ki. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a gyermek gondozását végző intézményben kerülhet sor.⁵⁶ [...] Egyébiránt a korai ellátásokat tekintve a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásai közül a korai fejlesztés mellett a nevelési tanácsadás, a logopédiai szolgáltatás és a konduktív pedagógiai ellátás (korai konduktív nevelés) azok a tevékenységek, amelyek már születéstől kezdve nyújthatók.

Az óvodai évek során a pedagógiai szakszolgálati munkához kapcsolódva jelenleg két kötelező, jogszabály által előírt köznevelésbeli szűrésen esnek át a gyermekek, és mind a két szűrés a logopédia területéhez tartozik.⁵⁷ Az óvodák ezeken túl többféle mérőeszkőzt alkalmaznak, ízlés szerint. *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben készült protokoll, az *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig* egységes

⁵⁴ Az iskoláskor előtti korosztály fejlődésének jellemzésére alkalmas, a pedagógusok által használt mérőeszközök közül mindössze az ún. percentilis tábla (magasság és testsúly mérése), valamint a DIFER standardizált.

⁵⁵ A mérőeszköz a kommunikáció, a társas kapcsolatok és érzelmek, a személyes készségek (önállóság és éntudatosság), a kognitív készségek, a motoros készségek, valamint a tanulási képességek területét méri.

⁵⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (8).

⁵⁷ Hároméves korban, az óvodába lépés környékén kerül sor a KOFA–3 kérdőív felvételére, amely szülői beszámoló alapján korai nyelvfeladási szűrőeljárás, és a gyermek nyelvi fejlettségének megállapítását tűzi ki céljaul. Ezzel a korai logopédiai szűréssel lehetőség van a nyelvfeladási késések, elakadások, eltérések korai detektálására. Ötéves korban a SZÓL-E logopédiai szűrőeljárás használatával végzik az óvodás gyermekek nyelvi fejlettségének szűrését.

keretbe helyezi az összes használatos szűrőeszközt (SZVATKÓ et al. 2018b). Ez azért is fontos, mert a családok az óvodai szűrővizsgálati rendszer működése alapján időben kaphatnak mentálhigiénés segítséget, fejlesztési tanácsot, valamint objektív adatokkal lehet alátámasztani az iskolába lépést megelőző szakértői vizsgálathoz szükséges összefoglalót a gyermek addigi fejlődéséről. Az ágazatközi projekt keretében egy új, korszerű, gyermekbarát iskolakészültséget felmérő szakértői vizsgálat került kifejlesztésre, amely egy olyan bemért, valid eszköz, ami a korábban említett gyermekfejlődési kérdőívvel is összehangolásra kerül. A korábbi eszközökhöz képest előnye, hogy differenciál az érzébeli problematika és a várható tanulási és viselkedési nehézségek között, illetve képet ad az iskoláskorba lépő gyermek szociális és érzelmi fejlettségéről is (SZVATKÓ et al. 2019).

2020. január 1-től a korábban iskolaérettségi vizsgálatnak nevezett iskolakészültséget felmérő szakértői vizsgálatok rendjében változás állt be. Azok a gyermekek, akik augusztus 31-ig betöltik a hatodik életévüket, tankötelessé válnak. A korábbi gyakorlattal ellentétben, ami hangsúlyosabban kezelte az óvodapedagógus megítélését a gyermek iskolakezdését illetően, a szülő az, akinek nagyobb szerepe lett annak megítélésében, hogy gyermeke felkészült-e az iskolakezdésre. Ha azt szeretné, hogy a megjelölt életkort elérő gyermeke még további egy nevelési évig óvodában maradjon, akkor ezt az Oktatási Hivatalnál kell kérvényeznie. Az Oktatási Hivatal mint felmentést engedélyező szerv dönti el, hogy a gyermek részt vehet-e további egy nevelési évig az óvodai nevelésben. Ha az eljárásban szakértőt kell meghallgatni, akkor a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságát fogják felkérni a szakértői vizsgálat lefolytatására.⁵⁸

Amennyiben a 3 évnél idősebb gyermek esetében felmerül az eltérő, megkésett fejlődés gyanúja, akkor szintén a járási pedagógiai szakszolgálathoz kell fordulni, és ugyanaz az eljárás érvényesül, mint az egészségügyi szakellátásból érkező gyermekek esetében. A járási pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága elvégzi a gyermek teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálatát. Ha megítélése szerint a gyermeknél sajátos nevelési igény valószínűsíthető, a gyermeket – dokumentációs anyagával együtt – továbbküldi a megyei szakértői bizottság felé, ahol a sajátos nevelési igényt megállapítják vagy kizárják.⁵⁹

Óvodás gyermek esetében az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat, illetve a szakértői vélemény iránti kérelem⁶⁰ elkészítésében.⁶¹ A szülő egyetértése esetén a szülő által aláírt kérelmet az óvoda megküldi a szakértői bizottságnak, halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló vizsgálatának kezdeményezése esetén az Oktatási Hivatalnak (a hivatal jelöli ki a vizsgálaton jelen lévő szakszolgálati-esélyegyenlőségi szakértőt).⁶² Szülői egyetértés hiányában, vagy ha a szülő a kérelmet nem írja alá, a nevelési-oktatási, a gyermekjóléti, gyermekvédelmi, szociális intézmény vagy a gyámhatóság eljárást kezdeményez, és az illetékes tankerületi központ közigazgatási hatósági eljárás keretében hoz döntést.⁶³

⁵⁸ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 45. § (2).

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

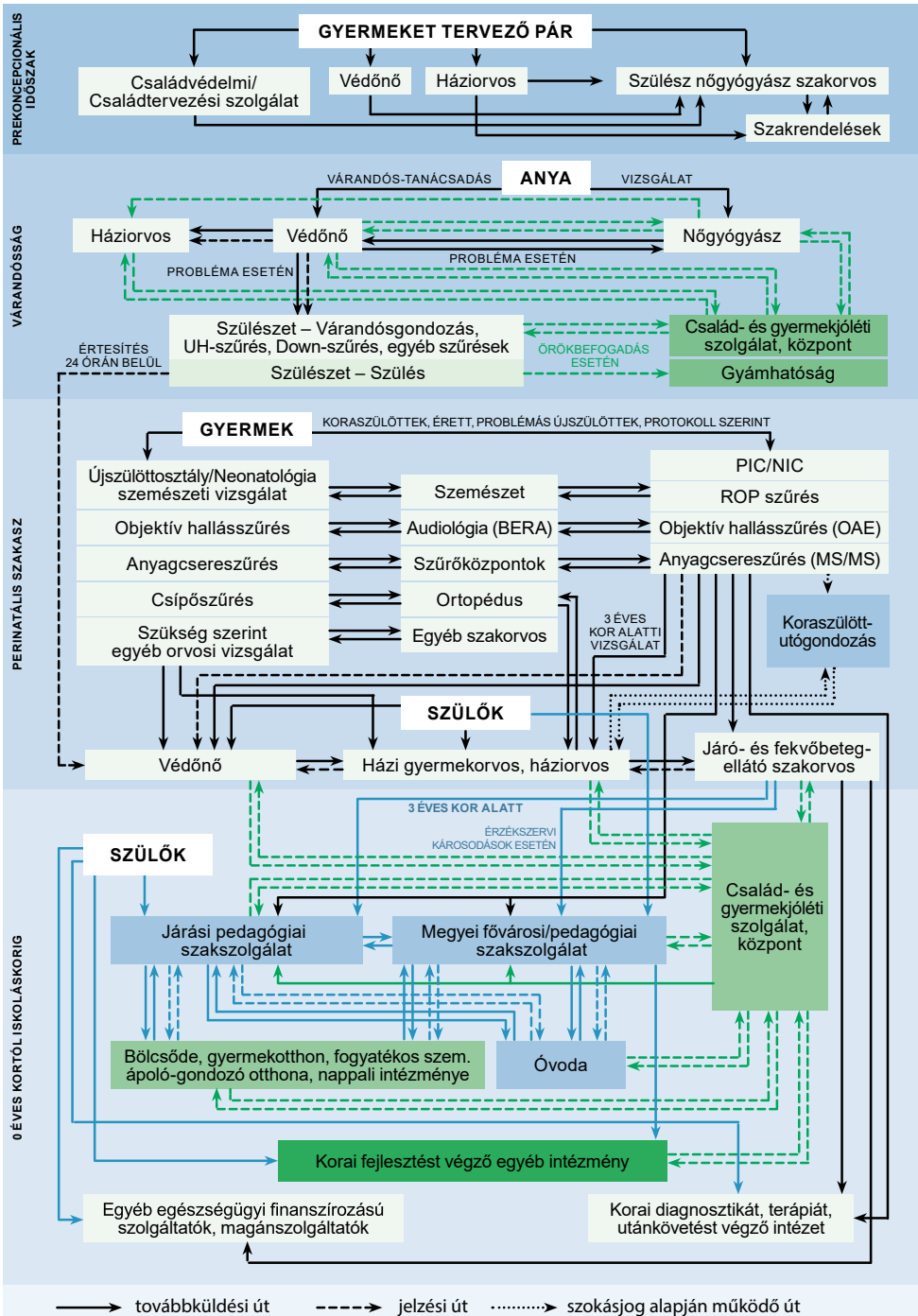
⁶⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 1. számú melléklet (Szakértői vélemény iránti kérelem).

⁶¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (1).

⁶² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (4).

⁶³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (5); 229/2012. (VIII. 28.) Kormányrendelet, 42. § (1), (2), (3).

2. ábra. Továbbküldési és jelzési utak a jogszabályok alapján (KEREKI 2017b nyomán)



I.6.6. Út a gyermekvédelemben

Fontos alapelv, hogy a gyermek szülői felügyeleti jogot gyakorló szülője jogosult és köteles arra, hogy gyermekét családban gondozza, nevelje és a gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket – különösen a lakhatást, étkezést, ruházattal való ellátást –, valamint az oktatásához és az egészségügyi ellátásához való hozzájutást biztosítsa. Ezeken túl jogosult arra, hogy a gyermeke nevelkedését segítő ellátásokról tájékoztatást, a neveléséhez pedig segítséget kapjon, és köteles a gyermeke ellátásában közreműködő személyekkel és szervezetekkel, továbbá a hatóságokkal együttműködni. Amennyiben a szülői felügyeletet gyakorló szülő nem tesz eleget a gyermeke szükségleteinek megfelelő gondozásnak-nevelésének, illetve nem hajlandó ennek érdekében a gyermeke ellátásában közreműködő személyekkel, szervezetekkel és hatóságokkal együttműködni, az hatósági intézkedés lehetőségét veti fel.⁶⁴

A gyermek veszélyeztetettsége esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása esetén⁶⁵ kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni.⁶⁶ [...] A jelzőrendszeri tagoknak írásban kell megtenniük jelzéseiket (krízishelyzet esetén utólagosan).⁶⁷ Hogy milyen információkat kell tartalmaznia a jelzésnek, arra vonatkozóan módszertani útmutató ad iránymutatást.⁶⁸

Jelzéssel és hatósági eljárás kezdeményezésével bármely állampolgár (pl. szomszéd, rokon stb.) és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet.⁶⁹ A gyámhatóság pedig hivatalból akkor is indíthat eljárást, ha azt az ítéletképesége birtokában lévő cselekvőképtelen gyermek kéri (amennyiben ez a gyermek érdekében áll).⁷⁰ Ilyenkor közvetlenül vagy más szerv, elsősorban a család- és gyermekjóléti szolgálat útján meghallgatja a gyermeket a törvényes képviselő jelenléte nélkül is, és eseti gyám útján gondoskodik a gyermek törvényes képviselőtől. Ez különösen fontos azokban az esetekben, ahol a gyermek és törvényes képviselője (pl. a szülő) között érdekellentét áll fenn, pl. a gyermek azt szeretné bejelenteni, hogy saját szülei hanyagolják el vagy bántalmazzák.

A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor bármelyik jelzőrendszeri szereplőtől jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal, illetve az egyéb jelzéstevővel, és tájékozódik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermeket veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy megkezdi a családgondozást, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésére álló

⁶⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 12. §.

⁶⁵ Részletesebben lásd a *Gyermekút* módszertani kézikönyv jelen kötetünkben nem szereplő „Pszichoszociális okok miatti veszélyeztetettség” című alfejezetét. (A szerk.)

⁶⁶ 1997. évi XXXI. törvény, 17. § (2).

⁶⁷ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 9. § (1) b).

⁶⁸ Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan (2017). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma.

⁶⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. §.

⁷⁰ 149/1997. (IX. 10.) Kormányrendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 8. § (2).

adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.

A gyermekvédelmi törvény elkülöníti egymástól a szolgáltatásokat és a hatósági munkát. Előbbi azokat a szolgáltatásokat foglalja magában, melyeket a rászoruló gyermekek, illetve a gyermekes családok vehetnek igénybe, az utóbbi pedig a gyermek és a család sorsát érintő hatósági döntéseket jelenti (pl. védelembe vétel, családba fogadás vagy nevelésbe vétel;⁷¹ lásd 3. ábra). (Az utógondozás, illetve az utógondozói ellátás elrendelése, valamint a megelőző pártfogás elrendelése a kora gyermekkori témakört nem érintő intézkedések.)

3. ábra. A gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedések (az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 15. § [4] alapján)



A hatósági eljárás kezdeményezése kapcsán a gyermekvédelmi gondoskodás körébe tartozó hatósági intézkedések közül a család- és gyermekjóléti központ javaslatot tehet a járási gyámhivatalnak a gyermek védelembe vételére, illetve ideiglenes hatályú elhelyezésére vagy nevelésbe vételére. A javaslat megtételekor a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltatónak elsősorban arra kell figyelemmel lennie, hogy a hatósági eljárás ügyintézési ideje alatt biztosított-e, hogy az érintett gyermek ne részesüljön a rossz bánásmód egyik formájában sem. Amennyiben ez nem biztosítható, a gyermeket a döntés megszületéséig ki kell emelni az elhanyagoló, bántalmazó környezetből; erről a gyámhivatal intézkedik.⁷² (A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató és a gyámhatóság a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait az erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.⁷³) A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben írásban tájékoztatja az ismert jelzéstevőt a tevékenységéről és az általa megtett intézkedésekről.⁷⁴

⁷¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 15. § (3), (4).

⁷² 1997. évi XXXI. törvény, 95. § (1).

⁷³ 1997. évi XXXI. törvény, 17. § (2a).

⁷⁴ Protokoll a család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer folyamatairól (2016). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma, valamint Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan (2017). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma.

I.6.7. Családba fogadás⁷⁵

A szülői felügyeletet gyakorló szülő a járási gyámhivatalnál kérelmezheti, hogy egészségi állapota, indokolt távolléte vagy más családi ok miatt gyermekét más, általa megnevezett család átmenetileg befogadja, gondozza és nevelje, feltéve, hogy a családba fogadás a gyermek érdekében áll, és a megnevezett családba fogadó személy ezt elfogadja. A családba fogadó szülőt a járási hivatal határozatában gyámul rendeli ki.

A családba fogadás ideje alatt a szülő felügyeleti joga szünetel, de kapcsolatot tarthat a gyermekkel, és megilleti a gyermek sorsát érintő lényeges kérdésekben való együttes döntési jog, valamint a tartási kötelezettsége is fennáll. A családba fogadás feltételeinek fennállását a járási hivatal évente felülvizsgálja. A családba fogadás megszüntetésére sor kerülhet, ha azt a szülő vagy családba fogadó szülő kéri, s ha annak fenntartása a gyermek fejlődését veszélyezteti.

I.6.7.1. Ideiglenes hatályú elhelyezés

Amennyiben a gyermek felügyelet nélkül marad, vagy testi, értelmi, érzelmi, és erkölcsi fejlődését családi környezete vagy önmaga súlyosan veszélyezteti, és emiatt azonnali elhelyezése szükséges, a gyermeket bármely járási gyámhivatal ideiglenesen elhelyezi

1. nevelésre alkalmas, azt vállaló külön élő szülőnél, más hozzátartozónál, illetve személynél, vagy ha erre nincs lehetőség;
2. nevelőszülőnél vagy gyermekotthonban.

Ideiglenes hatályú elhelyezést megalapozó, súlyos veszélyeztetettségnek minősül a gyermek olyan bántalmazása, elhanyagolása, ami életét közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődésében jelentős és helyrehozhatatlan károsodást okozhat.

Az ideiglenes hatályú elhelyezésről való döntés előtt meg kell hallgatni a szülőt és más törvényes képviselőt, valamint az ítéletképesége birtokában lévő gyermeket, kivéve, ha a súlyos veszélyeztetettség a gyermek életét közvetlen veszélynek teszi ki.

Az ideiglenes hatályú elhelyezéstől kezdődően a szülő gondozási, nevelési joga szünetel.

I.6.7.2. Nevelésbe vétel

A gyámhatóság a gyermeket nevelésbe veszi, ha

1. a gyermek számára családba fogadó gyám rendelésére nem kerülhet sor, és fejlődését családi környezete veszélyezteti, de veszélyeztetettségét az alapellátás keretében biztosított szolgáltatásokkal (pl. napközbeni ellátással, átmeneti gondozással), valamint védelembe vétellel nem lehetett megszüntetni, illetve attól eredmény nem várható;
2. megfelelő gondozása a családján belül nem biztosítható, vagy
3. a szülő(k) felügyeleti jogának megszüntetése iránt a gyámhatóság pert indított, vagy
4. a szülő(k) szülői felügyeleti jogát a bíróság megszüntette, meghalt(ak), vagy
5. más okból nincs szülői felügyeletet gyakorló szülője.

A nevelésbe vétellel egy időben a gyámhatóság a 12 év alatti gyermeket minden esetben nevelőszülőnél, a 12 év feletti gyermeket lehetőség szerint szintén nevelőszülőnél, vagy ha ez nem lehetséges, illetve a gyermek egészségi vagy személyiségállapota indokolja, gyermekotthonban, fogyatékos vagy pszichiátriai betegek otthonában helyezi el, és a gyermek részére gyer-

⁷⁵ Az ebben az alfejezetben felsorolt hatósági intézkedések ismertetésének forrása a kormányzati portál: www.magyarorszag.hu (Letöltve: 2019. 08. 10.)

mekvédelmi gyámot, illetve helyettes gyermekvédelmi gyámot rendel. A gyámhatóság a nevelésbe vétellel egy időben a szülő vagy más hozzátartozó kapcsolattartási lehetőségéről is dönt.

A gyámhatóság a gyermek nevelésbe vételekor – amennyiben annak jogszabályi feltételei fennállnak – a gyermeket örökbe fogadhatónak nyilvánítja.

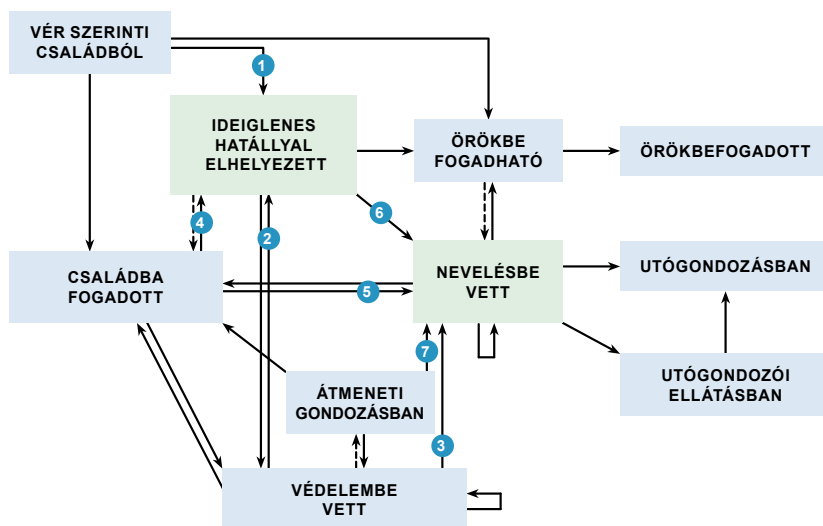
A gyámhatóságnak a nevelésbe vételi eljárás során meg kell határoznia a gyermek gondozási helyét. Ennél a döntésnél figyelembe kell vennie:

1. a gyermekvédelmi gyám tájékoztatását, javaslatát;
2. a gyermek gondozási helyének tájékoztatását, javaslatát;
3. a vér szerinti családot gondozó gyermekjóléti szolgálat tájékoztatását, javaslatát;
4. a gyermekvédelmi szakszolgálat elhelyezési javaslatát és egyéni elhelyezési tervét;
5. a megyei (fővárosi) gyermekvédelmi szakértői bizottság szakvéleményét;
6. az ítélőképessége birtokában lévő gyermek és szülője véleményét.

A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés két módon történhet: ideiglenes hatályú elhelyezéssel és nevelésbe vétellel. A lehetséges folyamatok az alábbi utak mentén azonosíthatóak (lásd 4. ábra):

1. vér szerinti családból, gyermekjóléti előtörténet nélkül ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
2. védelemből ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
3. védelemből ideiglenes hatállyal nevelésbe vételbe kerülés;
4. családba fogadásból gyermekjóléti előtörténet nélkül ideiglenes hatállyal történő elhelyezésbe kerülés;
5. családba fogadásból nevelésbe vételbe kerülés;
6. ideiglenes hatállyal történő elhelyezésből nevelésbe vételbe kerülés;
7. átmeneti gondozásból nevelésbe vételbe kerülés.

4. ábra. A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés folyamatai (készítette: Magyar Gyöngyvér)



Felhasznált szakirodalom

- ALTORJAI P. – FOGARASI A. – KERÉKI J. (szerk.) (2015): *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatának elvégzéséhez. 2., javított kiadás. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program.* Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- BREIA, G. (2009): *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Portugal.* European Agency for Development in Special Needs Education.
- BÜKI, P. – SZOLLÁR Zs. (2004): *Speciális szükséglet?! Töprengések a gyermekvédelemről.* Budapest, szerzői kiadás.
- CZEIZEL B. (2009): A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37(2–3), 153–159. p.
- DRLÍKOVÁ, J. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Czech Republic.* European Agency for Development in Special Needs Education.
- DUARTE, E. D. et al. (2015): Care of Children with a Chronic Condition in Primary Care: Challenges to the Healthcare Model. *Texto Contexto Enferm*, 24(4), 1009–1017. p.
- EADSNE: (2005): *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations. Summary Report.* Odense, European Agency for Special Needs and Inclusive Education. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_en.pdf Magyarul: *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások. Összefoglaló jelentés.* https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_hu.pdf (Letöltve: 2019. 10. 26.)
- GURALNICK, M. J. (2005): An Overview of the Developmental Systems Model for Early Intervention. In GURALNICK, M. J. (szerk.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes, 3–28. p.
- ICSSZEM (2005): *Értékelmezési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról.* Kézirat. Budapest, MicroVA Bt.
- IZSÓNÉ SZECSDI I. – HUJBER T.-NÉ (2015): *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KATONA F. (1979): *Az öntudat ébredése.* Budapest, Gondolat.
- KATONA F. (1986): *Fejlesztésneurológia, neurohabilitáció.* Budapest, Medicina.
- KERÉKI J. (2010a): A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(1), 32–45. p.
- KERÉKI J. (2010b): A fogyatékos és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In KOLOSI T. – TÓTH I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Ríport.* Budapest, TÁRKI Kiadó, 348–371. p.
- KERÉKI J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához.* Kutatási zárójelentés. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KERÉKI J. (2013): A kora gyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 23–38.

- KEREKI J. (2015a): A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermeknevelés*, „Korai intervenció” különszám, 55–76. p. <http://ojs.elte.hu/gyermekneveles/article/view/668/563> (Letöltve: 2019. 09. 01.)
- KEREKI J. (szerk.) (2015b): *Kliensút Kalauz*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. (2017a): Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45(2), 93–113. p.
- KEREKI J. (2017b): *Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar – ELTE Eötvös Kiadó.
- KEREKI J. (2020): *A kora gyermekkori intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében*. PhD-értekezés. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola.
- KEREKI J. – LANNERT J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés*. Budapest, TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Zrt. – Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány. http://www.tarki-tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf (Letöltve: 2019. 11. 03.)
- KEREKI J. et al. (2014): *Gyermekút – Jogsabályok, gyakorlat, lehetséges modell*. Kézirat. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- KEREKI J. – SZVATKÓ A. (2015): *A kora gyermekkori intervencióra, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. – MAJOR Zs. B. (szerk.) (2014): *Őrzők. Egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve*. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- KEREKI J. – TÓTH A. (szerk.) (2019): *Lépések*. I–II. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Közhasznú Nonprofit Kft
- KOCSISNÉ KÁLLÓ V. – TÚRINÉ GÁL A. (2013): KOFA – korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze. In Kocsisné Kálló V. et al.: *Nyelvfejlődési zavarok*. Egyetemi jegyzet. „Mentor(h)áló 2.0 Program.” TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt. Szeged, Szegedi Tudományegyetem. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Nyelvfejlodsi_zavarok/34_kofa__korai_nyelvi_fejlds_j_vizsgleszke.html (Letöltve: 2018. 07. 03.)
- KÖNCZEI Gy. (2009): A rehabilitáció és a fogyatékoság. In KÖNCZEI Gy. – KULLMANN L. (szerk.): *A (komplex) rehabilitáció alapjai*. Budapest, ELTE GYK.
- MESTERHÁZI Zs. (2000): A gyógypedagógia mint tudomány. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, BGGYTF, 68–69. p.
- MLINKÓ R. (2018): A fejlődési zavarok szűréséről és az állapotmegismerés folyamatáról általában. In CSEPREGI A. (szerk.): *Ajánlások. A fejlődési zavarok és az érzékszervi fogyatékoságok korai szűréséhez, állapotmegismeréséhez*. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- NÁDOR Cs. et al. (2018a): *Szakmai irányelv a rizikóújszülöttek utógondozásáról*. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- NÁDOR Cs. et al. (2018b): *Minőségi indikátorok kidolgozása és folyamatos minőségfejlesztés (CQI) az intenzív koraszülött ellátásban*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (2008): *Early Childhood Assessment: Why, What, and How*. Washington, National Academies Press.
- NYITRAI Á. – KORINTUS M.-NÉ – HAJDÚNÉ HOLLÓ K. – JÓZSA K. – RÓZSA S. – KERÉKI J. (2021): *A gyermekfejlődési kérdőív alkalmazása a bölcsődében és az óvodában*. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.
- RÓSA Á. – MOLNÁRNÉ TÓTH M. – HUSZÁR A. – TIGYINÉ PUSZTAFALVI H. – CSABÁNÉ LÉNÁRT B. (2013). *Ellátási szükségletek a prekoncepcionális életkortól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban*. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- SINGH, D. (2008): *How can Chronic Diseases Management Programmes Operate Across Care Settings and Providers?* Copenhagen, World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf (Letöltve: 2018. 04. 20.)
- SVENDSEN, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjquKzmv8DoAhWyBGM-BHQNJCMQFJAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.european-agency.org%2Ffile%2F14690%2Fdownload%3Ftoken%3DrLAuhvAG&usg=AOvVaw3JU_ymUARUb-KDSYkOFtMO (Letöltve: 2019. 09. 04.)
- SZVATKÓ A. – GÖBEL O. – LAPIS A. – ÓDORNÉ MÁTYÁSSY Á. – RÓZSA S. (2019): *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja*. Budapest, Családbarát Magyarország Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.
- SZVATKÓ A. et al. (2018a): *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- SZVATKÓ A. et al. (2018b): *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- VELLA, M. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Malta*. European Agency for Development in Special Needs Education.
- VETTEROVÁ, J. (2015): *A kora gyermekkori intervenció elmélet és gyakorlat Magyarországon és Szlovákiában*. Kézirat. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- WALSH, T. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Ireland*. European Agency for Development in Special Needs Education.
- WHO (2005): *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva, WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltve: 2018. 04. 20.)
- WHO (2014): *Global Status Report on noncommunicable diseases*. Geneva, WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf (Letöltve: 2018. 04. 20.)

Jogszabályok

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről.
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról.

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
- 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet az 1997. évi LXXXIII. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról.
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- 1/2000. (I. 7.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról.
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről.
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.
- 229/2012. (VIII. 28.) Kormányrendelet a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.
- 21/2014. (III. 20.) EMMI rendelet a veleszületett rendellenességek bejelentéséről és nyilván tartásának rendjéről. 2. § (1).
- 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról.

Irányelvek, protokollok, útmutatók

- Az egészséges csecsemő táplálásának irányelvei (átdolgozott kiadás; é. n.). Összeállította: ARATÓ A., Dr. – VÁRKONYI Á., Dr. (Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium), VÁRADY E., Dr. (Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság). <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/83> (Letöltve: 2018. 06. 20.)
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a fenyegető koraszülésről. Készítette a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. (A szakmai protokoll érvényessége: 2009. december 31.) <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/395> (Letöltve: 2019. 06. 20.)
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a házi gyermekorvos kompetencialistájáról, VII/8. Genetika. Készítette a Csecsemő- és gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium. (A szakmai protokoll érvényessége: 2009. december 31.) https://www.doki.net/tarsasag/gyermekeorvostarsasag/upload/gyermekeorvostarsasag/document/hazi_gyermekeorvos_kompetencia_listaja.pdf?web_id= (Letöltve: 2019. 06. 02.)
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A házi gyermekorvos kompetencialistája (é. n.). Készítette a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium. <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/79> (Letöltve: 2019. 06. 20.)
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából. Hatályos: 2014. 09. 05. – https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1997/fajlok/Az_Emberi_Eroforrasok_Ministeriumanak.pdf (Letöltve: 2019. 07. 19.)
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén. (Hatályos: 2020. 08. 05 – 2023. 07. 15.) *Egészségügyi közlöny*, 2020, 70(14), 2047–2097. p. <http://>

- www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3179/fajlok/2020_EuK_14_szam_EMMI_iranyelv_2.pdf
(Letöltve 2020. 08. 20.)
- Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Hatályos: 2016. 05. 31 – 2019. 12. 31.).
- Egészségügyi szakmai irányelv – Az Autizmusról/Autizmus spektrum zavarokról (2017). (Érvényesség időtartama: 2017. 02. 20. – 2020. 01. 31.) <https://kollegium.aEEK.hu/Download/Download/3491> (Letöltve: 2017. 05. 15.)
- Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan (2017). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma. http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/modszertaniutmutatobantalmazas.pdf (Letöltve: 2019. 09. 04.)
- Protokoll a család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer folyamatairól (2016). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma. https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2016/06/csgyjsz_jelzorendszer_protokoll_1kiadas.pdf (Letöltve: 2019. 05. 11.)
- Protokoll. A gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól (2017). 2. kiadás. Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma. https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2017/08/PROTOKOLL_a_GYV_gondoskodashoz_kapcs_csskgyejo_szolg_folyamatairol.pdf (Letöltve: 2019. 09. 04.)
- Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre (2017). Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériuma. http://feszgyi.hu/letoltesek/GYV_SZGYIR_a_teruleti_vedonok_szamara.pdf (Letöltve: 2019. 10. 05.)
- Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a várandós anyák és a gyermekek védelemével kapcsolatos területi védőnőfeladatok helyi eljárásrendjének kialakításához (2010). Készítette: ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Egészségügyi Igazgatási Főosztály. http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/vedono.pdf (Letöltve: 2018. 03. 24.)

2. TÉMAKÖR

INTÉZMÉNYEK, SZAKEMBEREK, EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 32–55. p.

I.3.1. Egészségügyi ellátások

I.3.1.1. Gyógykezelés céljából igénybe vett egészségügyi ellátások

Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. Részei az alapellátás, a szakellátás, ezen belül a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás, valamint az egyéb egészségügyi ellátási formák.⁷⁶ Mindezen ellátások jellemzően térítésmentesek, és a Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő finanszírozza őket.

Egészségügyi alapellátás

Az egészségügyi alapellátásról külön törvény, a 2015. évi CXXIII. törvény rendelkezik, megerősítve az ellátási forma fontosságát. Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. Feladatai közé tartozik többek között a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás, az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, megfelelő kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja, szakorvoshoz történő irányítása, a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy a terápiás ellátás.⁷⁷ Az egészségügyi alapellátás körében beszélünk a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, valamint az iskola-egészségügyi ellátásról.⁷⁸

Azokon a területeken, ahol házi gyermekorvos nem található, a háziorvosok látják el a gyermekeket; ezeket az alapellátókat vegyes praxisú háziorvosoknak hívjuk. A védőnői szolgáltatáson belül megkülönböztetünk területi védőnőket, iskolai védőnőket és kórházi védőnőket. A szakmai felügyeletet vezető védőnők látják el (az említett szakemberek feladatairól bővebben lásd a „Szakemberek, kompetenciák” című fejezetet).

Mozgó szakorvosi szolgálat

Az egyéb alapellátási feladatok közé sorolják a korai életszakaszban történő ellátás szempontjából kiemelendő *mozgó szakorvosi szolgálatot*, amely a finanszírozási szerződéssel rendelkező települések gyermekkorú és női lakosai részére biztosít gyermekgyógyászati, illetve nőgyógyá-

⁷⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 87. §.

⁷⁷ 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 1. §.

⁷⁸ 2015. évi CXXIII. törvény, 5. §.

szati szakorvosi ellátást az adott településen meghatározott orvosi rendelőben.⁷⁹ Jelentősége a hozzáférési problémákkal küzdő szociálisan hátrányos helyzetű területeken lényeges.

Egészségügyi szakellátás

A **járóbeteg-szakellátáson** belül megkülönböztetjük az *általános* és a *speciális* járóbeteg-szakellátást. Az általános járóbeteg-szakellátás keretében a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján a szakorvos egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátást végez, fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén pedig folyamatos szakorvosi gondozást. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően, lakóhelyének közelében kell biztosítani. Az ellátás feladata többek között a prevenció tevékenység, a gyógykezelés, a szakorvosi gondozás, konzíliumok végzése stb. Az általános járóbeteg-szakellátáshoz tartozik többek között a csecsemő- és gyermekgyógyászati szakrendelés és szakambulancia, a gyermekszemészeti és orthoptikai járóbeteg-szakrendelés és szakambulancia, a csecsemő és gyermek fül-orr-gégészeti járóbeteg-szakrendelés, a gyermekneurológiai szakrendelés/szakambulancia, a fejlődésneurológiai szakrendelés stb.

A speciális járóbeteg-szakellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.⁸⁰ Ilyen típusú ellátás a speciális gyermekszemészeti járóbeteg-szakrendelés/szakambulancia (koraszülött gyermekek ellátására).

A **fekvőbeteg-szakellátást** is általános és speciális fekvőbeteg-szakellátásra bonthatjuk. Az *általános fekvőbeteg-szakellátás* a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Az ellátás lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, illetve ezzel a céllal meghatározott napszakokban történő ellátás, valamint olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges.⁸¹

Az általános fekvőbeteg-szakellátás körébe tartozik pl. a szülészet-nőgyógyászat, a csecsemő- és gyermekgyógyászati osztály, a gyermekszemészeti osztály, az újszülöttsztyály (neonológiai osztály), a csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászati osztály, a gyermekneurológiai osztály, a fejlődésneurológiai osztály, az ortopédia osztály, a gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály, a rehabilitációs osztály stb. (a rehabilitációs, rehabilitációs tevékenységet végző intézmények között egyedi helyet foglal el a Szent János Kórház Fejlődésneurológiai Osztálya, ahol a veleszületett idegrendszeri károsodások kivizsgálásával és rehabilitációs ellátásával foglalkoznak). Az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás hátteret, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek esetében gyakoriságuk alapján meghatározott lakosságszámra *speciális fekvőbeteg-szakellátást* kell működtetni.⁸² Ilyenek pl. a speciális szakambulanciák (gyermekreumatológia, immunológia, ritka csontbetegségek, arthritis).

⁷⁹ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – Egészségügyi ellátások: http://neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/egeszsegugyi_ellatasok.html#Szűrvizsgálatok (Letöltve: 2019. 11. 05.)

⁸⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 90. § (1), (2).

⁸¹ 1997. évi CLIV. törvény, 91. § (1), (2).

⁸² 1997. évi CLIV. törvény, 92. § (2).

Perinatális (neonatólis) intenzív centrum (PIC/NIC)

A fekvőbeteg-ellátások közül kiemelendő a kora gyermekkori intézményrendszer alapvető intézményes szereplőjének tekintett perinatális (neonatólis) intenzív centrum, amelyben a különleges beavatkozást igénylő, sok esetben gépi lélegeztetésre szoruló koraszülötteket, az alacsony születési súlyú, a fejlődési rendellenességgel, illetve sérülten született kisbabákat látják el. A neonatológiai ellátási szintek közül a neonatológiai osztályok képezik az I. progresszivitási szintet, ahol a 37. várandóssági hét után született, egészséges újszülöttek helyezhetők el. A II. szintű intenzív neonatológiai osztály (perinatális intenzív centrum, PIC II.) a 33. betöltött gesztációs hétnél érettebb (34–36 hetes) koraszülöttek elsődleges ellátását végezheti, és átmeneti lélegeztetést nyújthat. A III. szintű perinatális (neonatólis) intenzív centrumok (PIC III. és PIC III. speciális tevékenységgel) végzik a legmagasabb szintű neonatólis intenzív ellátást, amely magában foglalja az 1500 g alatti koraszülöttek, a tartós gépi lélegeztetést vagy más, speciális lélegeztetési eljárás alkalmazását igénylők ellátását [...].

A legtöbb PIC III. mellett koraszülött-utógondozó működik, melynek keretében bizonyos életkorig visszahívják a gyermekeket, és nyomon követik fejlődésüket. A bekerülésnél elvileg minden esetben fejlődésneurológiai kivizsgálás történik, és ha a gyermek állapota indokolja, terápiás ellátásban részesítik. Megjegyzendő, hogy a jogszabály nem tartalmaz a koraszülött-utógondozásra vonatkozó kitévőt, tevékenysége, feladatai nem szabályozottak, működésére vonatkozóan nincs eljárásrend, szervezettsége esetleges. Ennek megfelelően a különböző intézményekben eltérő protokollok mentén és eltérő életkorig hívják be a gyermekeket.

Egyéb egészségügyi ellátások

Az **egyéb egészségügyi ellátások** körébe tartoznak az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, a taktikai medicina,⁸³ az ápolás, az egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a hospice-ellátás, a rehabilitáció, az orvostechнікаieszköz-ellátás, a gyógyszer-ellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem konvencionális eljárások, valamint az egyéb gyógyászati ellátások.⁸⁴

I.3.1.2. Szűrővizsgálatok

Az egészségügyi ellátások horizontális csoportját alkotják a szűrővizsgálatok. A korai életszakra vonatkozóan a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások keretében az alábbi vizsgálatokra jogosultak a biztosítottak: (1) az újszülött egészséges fejlettségét ellenőrző, az esetleges károsodások korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokra; (2) a 0–6 éves korosztályhoz tartozók életkoruknak megfelelően az anyagcserére, az érzékszervek működésére, az értelmi képességre vonatkozó, valamint teljes körű fizikális szűrővizsgálatra, a fogazati rendellenességek felismerését célzó vizsgálatra, valamint a teljes fogászati státus rögzítésére, az életkornak megfelelő fejlődésre és az érzelmi állapotra vonatkozó vizsgálatokra, a környezeti tényezők rizikófaktorai által indukált megbetegedések megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokra; (3) a betegség várható következményeinek, illetve szövődményeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzésére.

⁸³ 1997. évi CLIV. törvény, 97/A. §: „A taktikai medicina keretében a rendészeti szerv által meghatározott műveleti területen a rendészeti szerv, illetve a rendészeti szerv alkalmazásában álló szakképzett egészségügyi dolgozó szükség esetén akut, sürgősségi egészségügyi ellátást végezhet.”

⁸⁴ 1997. évi CLIV. törvény, 93. §–105. §.

I.3.2. Köznevelési intézmények, szolgáltatások

A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről tartalmazza azokat az **alapeladatokat**, amelyek köznevelési feladatként jelennek meg. Ide tartoznak többek között az óvodai nevelés, a pedagógiai szakszolgálati ellátás, illetve a gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelési-oktatási intézményben vagy az utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat keretében ellátott feladatok.⁸⁵

2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az ország szinte valamennyi általános iskolájának, középiskolájának, szakiskolájának, kollégiumának és pedagógiai szakszolgálatának fenntartását a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ (KLIK) vette át az önkormányzatoktól. 2017. január 1-jétől aztán újabb változás lépett életbe, mely szerint a köznevelési intézmények fenntartói jogai és kötelezettségei a tankerületi központokhoz kerültek (58 tankerületi központ, jellemzően 3-4 korábbi tankerület, illetve járás összevonásával).⁸⁶ Az egykori KLIK Klebelsberg Központ (KK) néven működik tovább, melyet középirányító szervként jelöl meg a jogszabály.⁸⁷ Az óvodák közül a gyógypedagógiai óvodák állami fenntartásba kerültek, míg a többségüknek a főszabály szerint továbbra is az önkormányzatok, illetve magán- és alapítványi fenntartók, valamint az egyházak a fenntartói.

I.3.2.1. Óvoda

A kora gyermekkori intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az **óvoda** is, hiszen az iskoláskor előtti gyermekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz. Az óvodai nevelés szakasza a gyermek 3 éves korában kezdődik, és addig az időpontig tart, ameddig a gyermek a tankötelezettség teljesítését meg nem kezdi.⁸⁸ A szülő kérelme alapján annak az évnek az augusztus 31. napjáig, amelyben a gyermek a negyedik életévét, különös méltánylást érdemlő esetben, amelyben az 5. életévét betölti, felmenthető az óvodai foglalkozáson való részvétel alól. A szülőnek a felmentésért a fővárosi, illetve a megyei kormányhivatal általános illetékességgel eljáró járási hivatalához kell fordulnia.⁸⁹ A magyar köznevelési törvény szerint a gyermek abban az évben válik tankötelessé, melynek augusztus 3. napjáig betölti a hatodik évét. A szülő azonban kérvényezheti az Oktatási Hivatalnál, hogy gyermeke további egy nevelési évig az óvodában maradjon.

Az óvoda feladata, hogy a gyermeket fokozatosan – különösen az utolsó évében – felkészítse az iskolai nevelés-oktatásra. A gyermek abban az évben, amelynek augusztus 31. napjáig a harmadik életévét betölti, a nevelési év kezdő napjától legalább napi négy órában óvodai foglalkozáson vesz részt. A szülő kérelme alapján az arra kijelölt szerv felmentheti a gyermeket az óvodai foglalkozáson való részvétel alól, ha ezt családi körülményei vagy sajátos helyzete indokolják. Ha a gyermek (a tanuló) beilleszkedési, magatartási (tanulási) nehézséggel küzd, fejlesztőpedagógiai ellátásra jogosult. A fejlesztőpedagógiai ellátás a nevelési tanácsadás és az óvodai nevelés (a későbbiekben az iskolai nevelés, oktatás) keretében valósítható meg. A fenntartó az óvodában heti tizenegy órás időkeretben köteles megszervezni a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermekek fejlesztőpedagógiai ellátását, valamint a sajátos nevelési igényű gyermekek egészségügyi, pedagógiai célú habilitációs, rehabilitációs

⁸⁵ 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §.

⁸⁶ A KLIK jogutódja az a tankerületi központ, amelynek meghatározott feladatellátási területén a köznevelési intézmény székhelye található.

⁸⁷ 134/2016. (VI. 10.) Kormányrendelet az állami köznevelési közfeladat ellátásában fenntartóként részt vevő szervekről, valamint a Klebelsberg Központról.

⁸⁸ 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 5. § (1).

⁸⁹ 229/2012. (VIII. 28.) Kormányrendelet a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról, 38/B. §.

foglalkoztatását. A kötelező óvodai nevelés 2017. szeptember 1-jétől korai fejlesztés és gondozásban is teljesíthető.⁹⁰

A sajátos nevelési igényű gyermeknek joga, hogy különleges bánásmód keretében állapottának megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai ellátásban részesüljön attól az időponttól kezdődően, hogy igényjogosultságát megállapították. Ellátását a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának szakértői véleményében foglaltak szerint kell biztosítani. A sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelése az e célra létrehozott gyógypedagógiai nevelési intézményben, konduktív pedagógiai intézményben, óvodai csoportban, vagy a többi gyermekkel részben vagy egészben együtt, azonos óvodai csoportban történhet. A gyermek külön óvodai nevelését végző óvodai csoportot a sajátos nevelési igény típusának megfelelően hozzák létre.⁹¹

A gyermek érdekében a köznevelési feladatot ellátó hatóság kötelezheti a szülőt, hogy gyermekével jelenjen meg szakértői vizsgálaton, továbbá hogy a szakértői vélemény alapján gyermekét a megfelelő nevelési-oktatási intézménybe írassa be. Ha a szülő a kötelezettségének nem tesz eleget, a köznevelési feladatot ellátó hatóság értesíti a gyermek lakóhelye, illetve ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes gyermekjóléti szolgálatot. A szakértői vizsgálaton való részvétel érdekében szükséges utazás költségeit a társadalombiztosítás megtéríti a szülőnek. A sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló neveléséhez (és oktatásához) szükséges speciális szakképzettséggel rendelkező szakember utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat útján is biztosítható.⁹²

I.3.2.2. A pedagógiai szakszolgálat és tevékenységei

A szülő és a pedagógus nevelő munkáját, valamint a nevelési-oktatási intézmény feladatainak ellátását a pedagógiai szakszolgálat segíti, melynek a különleges bánásmódot igénylő gyermekek ellátásában is komoly szerepe van [...]. A pedagógiai szakszolgálati intézmények működését a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szabályozza. A pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer struktúrája kétszintű. Megyéenként (illetve a fővárosban) a *székhelyintézményként* működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén a *tagintézmények* nyújtják a szolgáltatást. Egyrészt *járási tagintézmények* működnek (a megyékben, a fővárosban és valamennyi járásban, az adott járásra kiterjedő működési körzettel), melyeknek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviselői, szakmai feladataik vannak. Másrészt léteznek *megyei, fővárosi tagintézmények*, amelyek a megyékben és a fővárosban egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat több járásra kiterjedő működési körzettel látnak el. Végül működnek *szakosított tagintézmények* is, amelyek a székhelyintézmény vagy más tagintézmény egyes feladatait látják el.⁹³

Jelenleg a pedagógiai szakszolgálatok látják el a gyógypedagógiai tanácsadás, a korai fejlesztés és gondozás, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az iskolapszichológiai és az óvodapszichológiai ellátás és a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának feladatát.⁹⁴ Az ellátott kilenc feladat közül (a továbbtanulási,

⁹⁰ 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 8. § (1)–(4).

⁹¹ 2011. évi CXC. törvény, 47. § (1), (2), (3).

⁹² 2011. évi CXC. törvény, 47. § (6), (10).

⁹³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §.

⁹⁴ 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről, 18. § (2).

pályaválasztási tanácsadás kivételével) nyolc érinti a korai életszakaszban a gyermekek ellátását.

Pedagógiai szakszolgálati feladatot az állami felsőoktatási intézmény által fenntartott pedagógiai szakszolgálati intézmény, az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények (EGYMI), továbbá a szakértői bizottsági tevékenység kivételével az állami köznevelési közszolgálati feladatellátásban az oktatásért felelős miniszterrel kötött köznevelési szerződés alapján egyéb intézmények is elláthatnak. Ez utóbbiak közé tartoznak a vallási közösségek, a vallási egyesületek vagy más, nem állami, nem önkormányzati köznevelési intézményfenntartó által fenntartott pedagógiai szakszolgálati, illetve egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények,⁹⁵ így a civil szervezetek, alapítványok is.

Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás

A pedagógiai szakszolgálati rendelet 4. és 5. §-a szabályozza, hogy a gyógypedagógiai tanácsadást, korai fejlesztést és gondozást milyen feltételek mellett, milyen keretek között kell ellátni:

„A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai tanácsadás, a kognitív, a szociális, a kommunikációs és a nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.”⁹⁶

A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. A szakértői bizottság a 3 évnél fiatalabb gyermek esetében szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a neonatológia, csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat, audiológia, szemész, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat szakterületen, illetve gyermekneurológia szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.⁹⁷ A későbbi életkorokban minden esetben a szakértői bizottság vizsgálata után kezdi meg az intézmény az ellátást.

A gyermek korai fejlesztése alapesetben a pedagógiai szakszolgálati intézményben történik. Ha a szolgáltatás igénybevétele a pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a gyermek gondozását végző intézményben kerül sor. Ennek értelmében, a korábbiaktól eltérően, most már a Biztos Kezdet Gyerekházak is nyújthatnak helyszínt a korai fejlesztéshez, ha a szülők a fejlesztésre jogosult gyermekkel nem tudnak eljutni a pedagógiai szakszolgálat fejlesztést végző tagintézményébe. Ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékosok nappali intézményében vagy fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában⁹⁸ intézményi ellátásban részesül, a korai fejlesztést és gondozást – amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek biztosítottak – az intézményben kell ellátni. A pedagógiai szakszolgálat a tanácsadást a szülőn kívül a feladatellátási hely adott gyermekkel foglalkozó szakalkalmazottai részére is biztosítja. Ha a korai fejlesztést és gondozást otthoni ellátás keretében vagy a gyermek gondozását végző intézményben szervezik meg, a pedagógiai szakszolgálati intézmény gondoskodik a szükséges

⁹⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. §.

⁹⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (1).

⁹⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (2a).

⁹⁸ Ezeket az intézményeket a szociális ágazati jogszabályok helyesen fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonaként említik. A szaknyelvben a közmegegyezés szerint a politikai korrektség jegyében a fogyatékos kifejezést inkább minőségjelzőként használjuk.

szakemberről.⁹⁹ Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat mindemellett mégsem tudná ellátni a feladatát, az önkormányzatok is alkalmazhatnak speciális szakértelemmel bíró szakembert, ha vállalják ennek költségeit.

A szakszolgálati rendelet alapján a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint a korai fejlesztés és gondozás egyéni foglalkozás, illetőleg legfeljebb hat gyermekből álló csoportfoglalkozás keretében valósítható meg. A korai fejlesztés és gondozás keretében a gyermek állapotának, szükségleteinek, valamint a család terhelhetőségének függvényében a fejlesztési feladatok végrehajtásának időkerete a gyermek 0–3 éves kora között legalább heti egy, legfeljebb heti négy órát, 3–5 éves kora között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt órát kell hogy jelentsen, míg az 5–6 évesekre vonatkozóan legalább heti 5 óra az időkeret. A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg.¹⁰⁰

Arra is van lehetőség, hogy a gyermekek intenzív ellátásban részesüljenek; ilyenkor a szülőt aktívan bevonják a gondozásba. Ez összefüggő, bentlakásos korai fejlesztés keretében valósul meg, amelynek időtartama legalább egy, legfeljebb három hét. Egy hét intenzív ellátás hat hét általános szabályok szerinti fejlesztésnek felel meg.¹⁰¹

A korai fejlesztés feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint végzik, és ennek tartalmát ismertetik a szülővel. Legalább két, legfeljebb tizenkét hónapra szükséges elkészíteni, de időtartamát a fejlesztést ellátó szakember határozza meg a gyermek életkorának, diagnózisának függvényében.¹⁰² A szakterületi protokoll már tartalmazza a családközpontú szemléletű családtámogatási terv készítésének kötelezettségét, melynek része az egyéni fejlesztési terv 1–3–6–9 hó időtartamra, a szükségletek szerint (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

Korai fejlesztés 0–6 éves kor között adható. Fontos tudni azonban, hogy ha a gyermek a harmadik életévét betöltötte, csak akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe.¹⁰³

A szakértői bizottság diagnosztikus tevékenysége

A köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálatok *szakértői bizottságai* végzik a gyermekek komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai és szükség szerint orvosi vizsgálatát. Sajátos nevelési igény gyanúja esetén a komplex vizsgálat alapján szakértői véleményyt készítenek. A szakértői bizottság vizsgálatának célja lehet

1. a korai fejlesztésre és gondozásra való jogosultság megállapítása vagy kizárása;
2. a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása, valamint
3. a sajátos nevelési igény – a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási), az értelmi, a beszéd fogyatékoság, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén a halmozott fogyatékoság, az autizmus spektrum zavar vagy az egyéb pszichés fejlődési zavar: súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartás-szabályozási zavar – megállapítása vagy kizárása.¹⁰⁴

A szakértői vizsgálat típusa szerint irányulhat az állapot feltárására, és lehet nyomon követő felülvizsgálat.¹⁰⁵ A szakértői bizottsági tevékenységet a pedagógiai szakszolgálat székhelyintéz-

⁹⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (8), (3); 5. § (3).

¹⁰⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (5), (6), (7).

¹⁰¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (7a).

¹⁰² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 5. § (1).

¹⁰³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (4).

¹⁰⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 7. § (1); 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § (25).

¹⁰⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 8. §.

ménye és tagintézményei látják el. A *járási szakértői bizottság* feladatellátási kötelezettsége arra a járásra terjed ki, amelyben működik. Feladata

1. az általános szabályok szerint indult vizsgálatok esetében (a 3 év alatti és a 3 évet betöltött gyermekek esetében egyaránt) a gyermek (tanuló) teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálata;
2. a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése;
3. a 3 évnél fiatalabb gyermekek esetében a jogszabályban megnevezett szakellátó szakorvosok által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján a szakértői vélemény elkészítése és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése.

Ha a járási szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél sajátos nevelési igény valószínűsíthető, saját vizsgálatának dokumentációját és annak eredményeit, a vizsgálat alapján tett megállapításait, valamint a rendelkezésére álló egyéb iratokat megküldi a megyei szakértői bizottság részére.¹⁰⁶

A *megyei (fővárosi) szakértői bizottság* feladatellátási kötelezettsége a főváros és az adott megye teljes területére kiterjed, ha a szakértői bizottsági tevékenységet a székhelyintézmény látja el. Amennyiben a székhelyintézmény megosztja a feladatot a megyei vagy a fővárosi tagintézménnyel, akkor a megyében, a fővárosban több járásra, illetve kerületre terjed ki a feladatellátási kötelezettség.¹⁰⁷ A megyei szakértői bizottság a mozgásszervi fogyatékos, az érzékszervi fogyatékos, valamint a beszéd-fogyatékos megállapítását vagy kizárását országos vagy több megyére kiterjedő feladatellátási kötelezettséggel is végezheti.¹⁰⁸ [...]

Az általános szabályok szerint indult vizsgálatok esetében a járási szakértői bizottságnak van meghatározó szerepe.¹⁰⁹ A sajátos nevelési igény (SNI) megállapítását és a szakértői vélemény elkészítését minden esetben a megyei szintű szakértői bizottság végzi, továbbá az ő feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek felülvizsgálatának elvégzése, valamint a részükre, illetve családjuk részére a juttatások és kedvezmények igénybeviteléhez szükséges igazolások kiadása. A megyei szakértői bizottságok tehetnek javaslatot a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására, vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is.¹¹⁰

A szakértői vizsgálat a szülő kérelmére, illetve ha az eljárást nem a szülő kezdeményezi, a szülő egyetértésével indul; ez utóbbi esetben a nevelési (oktatási) intézmény kezdeményezésére. Ez lehet az óvoda (iskola), a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, a bölcsődei ellátást nyújtó intézmény/szolgáltató, a gyermekotthon, a területi gyermekvédelmi szakszolgálat, a nevelőszülői hálózat működtetője, a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona, a fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye és nappali intézménye. A vizsgálat továbbá indítható hivatalból és hatósági megkeresésre is. Amennyiben az intézmény javasolja a szülőnek a szakértői vizsgálaton való megjelenést és részvételt, a szülő egyetértése esetén köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében. A szülő által aláírt kérelmet az óvoda (iskola) megküldi a megfelelő szakértői bizottságnak.¹¹¹ Az eljárás megindítása annál a feladatellátási helynél kérhető, amelynek működési körzetében a gyermek (tanuló) lakóhellyel, illetve ennek hiányában tartózkodási hellyel rendelkezik, vagy amelynek működési körzetében intézményes ellátásban

¹⁰⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 9–11. §.

¹⁰⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 12. § (2).

¹⁰⁸ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 10. § (3).

¹⁰⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 11. § (1) a).

¹¹⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 12. § (2) b)–f).

¹¹¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (2), (3), (4).

részesül. A mozgásszervi, valamint az érzékszervi (látási, a hallási) fogyatékoság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető, illetve kezdeményezhető a mozgásszervi fogyatékoság, az érzékszervi (látási, hallási) fogyatékoság megállapítását vagy kizárását végző szakértői bizottságnál.¹¹²

Közigazgatási hatósági eljárást kérhet a szülő, ha nem ért egyet a szakértői véleményben foglaltakkal vagy a szakértői bizottság eljárásával. Ugyanakkor szülői egyetértés hiányában a vizsgálatot kezdeményező intézmény köteles az illetékes tankerületi központhoz fordulni, amely közigazgatási hatósági eljárás keretében hoz döntést a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség vagy a sajátos nevelési igény megállapításával, illetve a szakértői véleményben foglaltakkal összefüggésben. Ez a teendője a szakértői bizottságnak akkor, ha a szülő a gyermekével az ismételt felhívás ellenére sem jelenik meg a szakértői vizsgálaton, vagy a szakértői vizsgálatban nem működik közre, illetve a szakértői véleményben foglaltakkal vagy annak továbbításával nem ért egyet. Továbbá a szakszolgálati esélyegyenlőségi szakértőnek is a hatósághoz kell fordulnia, ha a szakértői bizottság eljárásában megszegték a vizsgálat eljárási szabályait, a kijelölt nevelési-oktatási intézmény vezetőjének pedig akkor, ha a gyermeket a szakértői vélemény alapján a kijelölt nevelési-oktatási intézménybe nem íratják be.¹¹³

A szakértői vizsgálat időpontját a bizottság határozza meg, és erről, valamint a szakértői vizsgálat helyéről a szülőt értesíti. Amennyiben a szülő a szakértői vizsgálat időpontjában nem jelenik meg, további egy alkalommal kell számára vizsgálati időpontot biztosítani az elmulasztott vizsgálati időpontot követő naptól számított tizenöt napon belül. Ennek elmulasztása esetén, ha a vizsgálat a szülő kérésére indult, a vizsgálati kérelmet visszavontnak kell tekinteni. Ha a vizsgálat hivatalból, hatósági vagy intézményi kezdeményezésre indult, akkor a szakértői bizottság köteles kezdeményezni a közigazgatási hatósági eljárás megindítását.¹¹⁴

A szakértői vizsgálat megkezdéséhez a szülői felügyeletet gyakorló mindkét szülő együttes jelenléte szükséges. A vizsgálaton megjelent szülő képviselheti a távollévő szülőt; erről a szülőt legkésőbb a vizsgálat megkezdésekor tájékoztatni kell. A szakértői vizsgálat során a szülő köteles közreműködni, és a vizsgálaton jogosult mindvégig jelen lenni. A halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló vizsgálatának kezdeményezése esetén a vizsgálaton jelen lévő szakszolgálati esélyegyenlőségi szakértő szerepéről tájékoztatni kell a szülőt, aki nyilatkozhat arról, ha nem igényli a szakértőt.¹¹⁵

A szakértői bizottság szakértői véleményben tesz javaslatot a különleges bánásmódot igénylő gyermek ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére, valamint az ellátáshoz kapcsolódó pedagógiai szakszolgálatok típusaira, a szükséges szakemberre és annak feladataira.¹¹⁶

Nevelési tanácsadás

A pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadói tevékenysége keretében a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi és óvodai neveléséhez (iskoláskorban iskolai neveléséhez és oktatásához), szükség esetén pedig segítik a nevelési-oktatási intézmények és a család kapcsolattartását. A szülővel elvégzik az első problémafeltáró beszélgetést, majd felméri a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy megállapítják a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét. A pszichés állapot feltárását célzó vizsgálat végzése és a szakértői vélemény készítése a szülő,

¹¹² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (1).

¹¹³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (4); 229/2012. (VIII. 28.) Kormányrendelet, 42. § (1), (2), (3).

¹¹⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 14. § (1).

¹¹⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 13. § (6); 14. § (2), (3).

¹¹⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 17. § (1).

illetve a jogszabályban meghatározott esetben *A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény* hatálya alá tartozó gyermekvédelmi szakellátást, gyermekjóléti alapellátást végző intézmények kérésére történik, azzal a kitételrel, hogy a vizsgálat nem irányulhat a szülő nevelési alkalmasságának értékelésére. A prevenciók tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és a gyermekorvosi hálózattal, s a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek.¹¹⁷

A komplex pszichológiai és gyógypedagógiai ellátás keretében folyamatdiagnosztikai célú pszichológiai, gyógypedagógiai-pedagógiai vizsgálattal mérik fel a gyermekeket, valamint gondozást, terápiás ellátást, korrekatív megsegítést nyújtanak a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján. Az állapotváltozást a folyamatdiagnosztika során értékelik, továbbá pszichológiai, gyógypedagógiai, pedagógiai tanácsadást biztosítanak, és konzultációs lehetőséget nyújtanak a gyermekek szülei, (óvoda)pedagógusai részére.¹¹⁸

A nevelési tanácsadás célcsoportja vonatkozásában részletesebb életkori meghatározást sem a köznevelési törvény, sem a szakszolgálati rendelet nem rögzít, de a szakterületi protokoll alapján a feladat ellátása a 0–23 éves korosztály esetén lehetséges (KIRÁLY et al. 2015). Korábban nevelési tanácsadást 3 éves kortól nyújthattak az intézmények. Az alsó életkori határ kitolását az a prevenciók szemlélet indokolja, amely fontosnak tartja, hogy a szülők gyermekük 0–3 éves kora között is tanácsadást, mentálhigiénés támogatást kapjanak a hétköznapi nevelési helyzetekre, az aktuális életkori problémákra vonatkozóan.

Logopédiai ellátás

A pedagógiai szakszolgálatok logopédiai ellátásának feladata a hangképzés, a beszéd, a beszélt és az írott nyelvi képesség fejlődési és szerzett zavaraihoz, továbbá a specifikus tanulási zavarokhoz (diszlexia, diszortográfia, diszgráfia, diszkalkulia) kapcsolódó prevenciók, állapotmegismerési és terápiás tevékenység. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik, nem kötelező. A logopédiai ellátás keretében el kell végezni a harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrését. A hároméves kori logopédiai szűrés a nyelvi fejlettségre (receptív és expresszív nyelvi), az ötéves kori szűrés elsősorban a beszédartikulációra, illetve az írott nyelvi (írás és olvasás) készségekre irányul. A szűrés eredménye alapján szükség szerint el kell végezni a gyermek további logopédiai vizsgálatát, illetve kezdeményezni kell további gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatokat.¹¹⁹

A logopédiai ellátás egyéni foglalkozás vagy legfeljebb hat gyermekből, tanulóból álló csoportfoglalkozás keretében szervezhető meg. A logopédiai terápia minimális időkerete heti két alkalom. Időtartamát – ami legfeljebb negyvenöt perc lehet – a gyermek életkorától és problémájától függően a logopédus határozza meg. A logopédiai munka eredményét a fejlesztő tevékenység során hat hónaponként, valamint az ellátás befejezésekor a munkanaplóban szövegesen értékelni kell. A logopédiai ellátásban való részvétel a gyermek életkorától függetlenül, az annak szükségességét megállapító logopédiai vizsgálat alapján bármikor megkezdhető.¹²⁰

Logopédiai ellátás 0–18 éves korig, fogyatékossgal élő gyermekek, tanulók ellátása esetén 0–23 éves korig igényelhető (TORDA 2015).

¹¹⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 24. § (1), (2).

¹¹⁸ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 24. § (3).

¹¹⁹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 25. § (1), (2), (3).

¹²⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 25. § (6)–(9), (11).

Konduktív pedagógiai ellátás

A konduktív pedagógiai ellátás feladata a központi idegrendszeri sérült gyermekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik, és év közben is megkezdhető.¹²¹

Központi idegrendszeri sérülés esetén a mozgássérült csecsemő 3 éves korig korai konduktív nevelésben, 3 éves kor felett pedig konduktív pedagógiai ellátásban részesülhet. A konduktív pedagógiai ellátásra jogosultak köre széles; ajánlott például a cerebrális parézisre (CP) utaló gyanújelek észlelésekor, a CP minden formájában, ataxia és spina bifida esetében (FEHÉR 2015).

Gyógytestnevelés

Gyógytestnevelés óvodáskortól biztosítható (GUNDA et al. 2015). A gyógytestnevelés feladata a gyermek (a tanuló) speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha szakorvosi (vagy tanulók esetében iskolaorvosi) vizsgálat gyógytestnevelésre utalja. Ennek megszervezését és személyi feltételeinek biztosítását a pedagógiai szakszolgálat végzi a tankerületi központ által kijelölt nevelési-oktatási intézményekben. Abban az esetben, ha a szükséges feltételek rendelkezésre állnak, a tanulók részére heti egy tanórai foglalkozás keretében úszásórát kell szervezni. A gyógytestnevelés az orvosi javaslat alapján 1–3, 4–8 vagy 9–16 fős csoportokban szervezhető meg. Gyógytestnevelés olyan nevelési-oktatási intézményben is megszervezhető, amelyet nem a tankerületi központ tart fenn, amennyiben a tankerületi központ erről megállapodást köt az érintett nevelési-oktatási intézmény fenntartójával. Például önkormányzati óvodák esetében a tankerületi központ az érintett óvoda fenntartójával kötött megállapodás alapján a nevelési év során biztosíthatja a gyógytestnevelőt.¹²²

Óvodapszichológiai (és iskolapszichológiai) ellátás

A pedagógiai szakszolgálati intézményben az óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai) ellátás feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása és segítése, amelyet az óvodapszichológusi (és az iskolapszichológusi) feladatok koordinátora lát el. A koordinátor feladatai közé tartozik többek között az óvodai (és az iskolai) preventív szűrések járási szintű koordinációja, a nevelési-oktatási intézményekből érkező pedagógusok számára egyéni tanácsadás és konzultáció biztosítása, vagy a pedagógiai szakszolgálatnál bejelentkező, az óvodától (iskolától) független szolgáltatást igénylő szülők és gyermekek óvodai (iskolai) problémákkal összefüggő ellátása. Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat működési körzetében lévő nevelési-oktatási intézményben az óvodapszichológus (iskolapszichológus) munkakör nem került betöltésre, az adott munkakör betöltéséig a szakszolgálat támogatást nyújthat az ellátás iránti igény kielégítéséhez.¹²³

A kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) ellátása

A kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozása keretében a pedagógiai szakszolgálat feladata többek között a korai tehetségfelismerés, tehetségazonosítás, tanácsadás a szülők

¹²¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 27. §.

¹²² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 28. §.

¹²³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 29. §.

részére, konzultáció a pedagógusok részére, stb. A tehetséggondozó koordinátor támogatja a tehetséges gyermekeket, emellett kapcsolatot tart a nevelési-oktatási intézmények iskolapszichológusaival, óvodapszichológusaival, a Nemzeti Tehetségponttal, és a tehetségfejlesztő műhelyek vezetői számára konzultációs lehetőség biztosít.¹²⁴

A nevelési-oktatási intézménybe járó gyermekek (tanulók) (3)–5–16 éves kor között, illetve az oktatás befejezéséig, a sajátos nevelési igényű gyermekek pedig 23 éves korig kerülhetnek a pedagógiai szakszolgálat és a tehetséggondozó koordinátorok látókörébe (IZSÓNÉ SZECSDI–HUJBER 2015).

I.3.2.3. Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)

Az *EGYMI* a többcélú intézmények közé tartozik, ahol a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók többi gyermekkel (tanulóval) együtt történő nevelésének (oktatásának) támogatását végzik. Minden intézményben működni kell kizárólag a sajátos nevelési igényű gyermekeket (tanulókat) ellátó óvodai (általános iskolai, fejlesztő nevelést-oktatást végző iskolai vagy középfokú iskolai) feladatot ellátó intézményegységnek, továbbá utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózatnak vagy – az országos és a megyei szakértői bizottsági feladatok kivételével – pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményegységnek. Az EGYMI elláthatja továbbá a családsegítő szolgálat, az iskola-egészségügyi ellátás és a gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai eszközök és segédanyagok kölcsönzésének feladatait, valamint kollégiumot működtethet.¹²⁵

Az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény szervezeti keretében működő utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat a sajátos nevelési igényű gyermek többi gyermekkel részben vagy teljesen együtt, azonos óvodai csoportban történő ellátását végző intézmények számára biztosítja a gyermekek neveléséhez szükséges speciális szakképzettséggel rendelkező szakembereket, amennyiben az adott intézmény nem rendelkezik megfelelő szakirányú gyógypedagógussal vagy konduktorral. Az utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózat megszervezése és működtetése az illetékes tankerületi központ feladata.¹²⁶

Az állami fenntartású köznevelési intézmények esetében a tankerületi központok feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek gyógypedagógiai nevelés-oktatásának különnevelést biztosító (speciális) intézményekben történő ellátása, így az EGYMI-k óvodai intézményegységeiben és a gyógypedagógiai óvodákban is. Ezekben az intézményekben a sajátos nevelési igény típusának és súlyosságának megfelelő gyógypedagógus, konduktor foglalkoztatása szükséges. A gyógypedagógiai nevelésben részt vevő nevelési intézményben a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül.¹²⁷

Együttnevelés (integrált ellátás) esetén az önkormányzatok által fenntartott intézményekben (óvodákban) a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásának feltételeit az önkormányzatnak kell biztosítania. Amennyiben az önkormányzat nem vállalja, akkor a KK adott tankerületi központ igazgatójának feladata a gyermekek ellátásának megszervezése az utazó gyógypedagógusi, konduktori hálózat bevonásával. Az utazó tanári feladatellátás a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló – közös vagy részben közös – nevelésében és oktatásában való részvételt, a foglalkozásokon kívüli rehabilitációs/rehabilitációs foglalkozások megtartását foglalja magában. Az ellátást minden gyermek számára sérülésspecifikusan biztosítják.

¹²⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 30. §.

¹²⁵ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 20. §. (9).

¹²⁶ 2011. évi CXCV. törvény, 15/A. §.

¹²⁷ 2011. évi CXCV. törvény, 47. § (4), (5).

1.3.3. Szociális és gyermekvédelmi rendszer

Ahhoz, hogy akár az egészségügyi ellátás, akár a köznevelés területén (különösen a diagnosztikus centrumokban) dolgozó szakemberek megfelelő módon segíteni tudják az általuk ellátott családokat, gyermekeket, tájékozottnak kell lenniük a **személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokról**, illetve a **gyermekvédelmi ellátás** három fő alappilléreiről, az **alapelátás, a szakellátás és a hatósági intézkedések** rendszeréről.

1.3.3.1. Személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások

A szociálisan rászorulókat részére a **személyes gondoskodást** az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják. A személyes gondoskodás magában foglalja a **szociális alapszolgáltatásokat** és a **szakosított ellátásokat**.¹²⁸ A kora gyermekkori intervencióban a szociális alapszolgáltatások közül a falu- és tanyagondnoki szolgáltatás, a családsegítés, a támogató szolgáltatás és a nappali ellátás, míg a szakosított ellátások köréből az ápolást, gondozást nyújtó intézmények egyike, a fogyatékos személyek otthona vesz részt.

Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás

A **falugondnoki és a tanyagondnoki szolgáltatás** célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából és a közösségi közlekedés nehézségéből eredő hátrányok enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, a közszolgáltatáshoz és egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.¹²⁹

Családsegítés

A **családsegítés** a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára a krízishelyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás. Így többek között biztosítja a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást, a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését, a családban jelentkező működési zavarok megoldásának elősegítését, a kríziskezelést, valamint pl. a fogyatékos személyek, a krónikus betegek, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását. Családsegítés a gyermekjóléti szolgáltatással együtt egy szolgáltató – a család- és gyermekjóléti szolgálat – keretében működtethető. A család- és gyermekjóléti szolgálat ellátja a családsegítés fentebb említett feladatait, valamint a gyermekvédelmi törvény által leírt gyermekjóléti szolgáltatási feladatokat.¹³⁰ (Lásd még a „Gyermekjóléti szolgáltatás” című alfejezetet.)

Támogató szolgáltatás

A **támogató szolgáltatás** célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése (pl. speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése), de tevékenységi körébe tartozik az általános egészségi állapotnak és a fogyatékos jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása is. Ugyancsak feladata az információnyújtás, az ügyintézés, a tanácsadás, a jelnyelvi tolmácsszolgálat

¹²⁸ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 56. §.

¹²⁹ 1993. évi III. törvény, 60. § (1), (4).

¹³⁰ 1993. évi III. törvény, 64. § (1), (4).

elérhetőségének biztosítása; a segítségnyújtás a fogyatékos személyek kapcsolatkézségének javításához, családi kapcsolatainak erősítéséhez, speciális, önsegítő csoportokban való részvételükhöz, a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatásokhoz való hozzájutáshoz, illetve a társadalmi integráció megvalósulásához.¹³¹

Nappali ellátás

A *nappali ellátás* többek között a saját otthonukban élő, harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes, vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését.¹³²

Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona

A szakosított ellátások körébe tartoznak az ápolást, gondozást nyújtó intézmények, melyek az önmaguk ellátására nem vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek ellátását végzik. Az ebben a körben működő *fogyatékos személyek otthonában* azokat a személyeket látják el, akiknek gondozása (oktatása, képzése, foglalkoztatása) csak intézményi keretek között képzelhető el. Fogyatékos kiskorúak esetében az ápolással, gondozással párhuzamosan biztosítani kell a korai fejlesztést és gondozást ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel való együttműködést, továbbá az iskolai tanulmányok folytatásának segítségét.¹³³

I.3.3.2. Személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátás

A gyermekjóléti alapellátás feladata, hogy hozzájáruljon a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésének, jólétének, a családban történő nevelésének elősegítéséhez, a veszélyeztetettség megelőzéséhez és a kialakult veszélyeztetettség megszüntetéséhez, a gyermek családjából történő kiemelésének a megelőzéséhez, valamint a gyermek hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetének feltárásához és szocializációs hátrányának csökkentésével annak leküzdéséhez. Az alapellátás keretében nyújtott személyes gondoskodást – lehetőség szerint – a jogosult lakóhelyéhez, tartózkodási helyéhez legközelebb eső ellátást nyújtó személynél vagy intézményben kell biztosítani.¹³⁴

A *gyermekjóléti alapellátáshoz* tartoznak a Biztos Kezdet Gyerekházak, a gyermekjóléti szolgáltatások (így a család- és gyermekjóléti szolgálat, a család- és gyermekjóléti központ), a gyermekek napközbeni ellátása (bölcsőde, mini bölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátás), továbbá a gyermekek átmeneti gondozása, amelynek szereplői a befogadó szülő (helyettes szülő, nevelőszülő, speciális nevelőszülő, különleges nevelőszülő), a gyermekek átmeneti otthona és a családok átmeneti otthona.¹³⁵ (A befogadó szülő tartós jelleggel is nyújthat a saját háztartásában ellátást, mint a szakellátás résztvevője – nevelőszülőként, speciális nevelőszülőként és különleges nevelőszülőként.)

¹³¹ 1993. évi III. törvény, 65/C. §.

¹³² 1993. évi III. törvény, 65/F. § (1).

¹³³ 1993. évi III. törvény, 69. § (1); 70. § (2).

¹³⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 38. §.

¹³⁵ 1997. évi XXXI. törvény, 14. §, 15. §, 38–51. §.

Biztos Kezdet Gyerekház

A Biztos Kezdet Gyerekház preventív jellegű tevékenységet végez. Célja a szociokulturális hátrányokkal küzdő, elsősorban a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek egészséges fejlődésének támogatása. Ennek érdekében a gyermek fejlődési lemaradását kompenzáló, a szülői kompetenciákat erősítő, a szülő és az óvodába még nem járó gyermek számára együttesen nyújtott társadalmi felzárkózást segítő megelőző szolgáltatást biztosít. Az intézmény a gyermek sikeres óvodai beilleszkedése, valamint a gyermek és a család sikeres társadalmi integrációja érdekében együttműködik a család- és gyermekjóléti szolgálattal, a család- és gyermekjóléti központtal, a védőnői szolgálattal, az óvodával, továbbá a helyben elérhető egyéb, a gyermekek és a gyermekes családok számára szolgáltatást nyújtó intézménnyel, valamint szükség esetén a gyermekvédelmi jelzőrendszer egyéb tagjaival.¹³⁶ A Gyerekház a 0–3 éves korú gyermekek és szüleiék együttes jelenlétére építve nyújtja a szolgáltatást.

Gyermekjóléti szolgáltatás

A gyermekjóléti szolgáltatás olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek egészséges fejlődését, családban történő nevelkedésének elősegítését, veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését.¹³⁷

Feladatai között a *gyermek testi, lelki egészségének, családban történő nevelésének elősegítése érdekében* megfogalmazódik a gyermeki jogokról és a gyermek fejlődését biztosító támogatásokról való tájékoztatás, a támogatásokhoz való hozzájutás segítésének szükségessége; pszichológiai, nevelési, egészségügyi, mentálhigiénés tanácsadás nyújtása és a hivatalos ügyek intézésének segítése. A jogszabályban perikoncepcionális teendők is megjelennek, így családtervezési tanácsadás nyújtása vagy az ehhez való hozzájutás megszervezése. A várandósság ideje alatt is támogatást nyújt; feladata a válsághelyzetben lévő várandós anyák segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint a szociális szolgáltatásokhoz és a gyermekjóléti alapellátásokhoz, különösen a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz történő hozzájutásuk megszervezése.¹³⁸

A *gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében* többek között a veszélyeztetettséget észlelő és jelző rendszert működtet; feltárja a veszélyeztetettséget előidéző okokat és ezek megoldására javaslatot készít, együttműködik a jelzőrendszer tagjaival, tájékoztat az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokról, illetve a gyermek örökbefogadásához való hozzájárulás szándékával az inkubátorba történő elhelyezés lehetőségéről, valamint óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet biztosít.¹³⁹

A *kialakult veszélyeztetettség megszüntetése érdekében* feladata, hogy a gyermekkel és a családjával végzett szociális munkával elősegítse a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását, a családi konfliktusok megoldását, különösen válás, gyermekelhelyezés és kapcsolattartás esetében. Kezdeményezi továbbá egyéb gyermekjóléti alapellátások önkéntes igénybevételét (szociális alapszolgáltatások, egészségügyi ellátások, illetve a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei). A gyermekjóléti szolgáltatást településszinten a család- és gyermekjóléti szolgálat nyújtja (a családsegítést és gyermek-

¹³⁶ 1997. évi XXXI. törvény, 38/A. §; 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 5/A., 5/B., 5/C. §.

¹³⁷ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 39. § (2).

¹³⁸ 1997. évi XXXI. törvény, 39. § (2).

¹³⁹ 1997. évi XXXI. törvény, 39. § (3), (3a).

jóléti szolgáltatást közös keretbe foglalva), míg a család- és gyermekjóléti központok a járási székhelyeken működnek.¹⁴⁰

Család- és gyermekjóléti szolgálat

A család- és gyermekjóléti szolgálat – összehangolva a gyermekeket ellátó egészségügyi és nevelési-oktatási intézményekkel – szervezési, szolgáltatási és gondozási feladatokat végez. Többek között folyamatosan figyelemmel kíséri az adott településen élő gyermekek szociális helyzetét, veszélyeztetettségét; meghallgatja a gyermekek panaszait, és azok orvoslása érdekében megteszi a szükséges intézkedéseket. Az ellátási területén közreműködik egyes európai uniós forrásból megvalósuló programok keretében természetben biztosítható eseti vagy rendszeres juttatás célzott és ellenőrzött elosztásában, szervezi, illetve működtetheti a legalább három helyettes szülőt foglalkoztató helyettes szülői hálózatot, vagy önálló helyettes szülőket foglalkoztathat; segíti a nevelési-oktatási intézmény gyermekvédelmi feladatának ellátását, és felkérésre környezettanulmányt készít.¹⁴¹

Család- és gyermekjóléti központ

Család- és gyermekjóléti központnak az a járásszékhely településen működő család- és gyermekjóléti szolgálat minősül, amely önálló intézményként, illetve szervezeti és szakmai szempontból önálló intézményegységként működik. Feladata a család- és gyermekjóléti szolgálat általános szolgáltatási feladatain túl a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében pedig a gyermek igényeinek és szükségleteinek megfelelő önálló egyéni és csoportos speciális szolgáltatások, programok nyújtása. Ennek keretében biztosít többek között kórházi szociális munkát, gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatot, jogi tájékoztatásnyújtást és pszichológiai tanácsadást, valamint családkonzultációt, családterápiát, családi döntéshozó konferenciát, óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet végez. A gyermekek védelmére irányuló tevékenység keretében kezdeményezi a gyermek védelembé vételét, vagy súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét. A családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében szociális segítőmunkát koordinál és végez – az otthon nyújtó ellátást, illetve a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást végző intézménnyel együttműködve – a család gyermeknevelési körülményeinek megteremtéséhez, javításához, a szülő és a gyermek közötti kapcsolat helyreállításához. A gyermek családjába történő visszailleszkedéséhez a gyermekvédelmi gyámmal együttműködve utógondozást is végez. Mindezek mellett szakmai támogatást nyújt az ellátási területén működő gyermekjóléti szolgálatok számára, és elkészíti a szociális diagnózist.¹⁴²

Bölcsődei ellátás

A gyermekek napközbeni ellátásának formái közé tartozik a bölcsődei ellátás (további napközbeni ellátási formák a napközbeni gyermekfelügyelet és az alternatív napközbeni ellátás), amely jellemzően a 3 éven aluli gyermekek ellátását biztosítja. Bölcsődei ellátást biztosíthat intézményi formában a *bölcsőde*, a *mini bölcsőde*, szolgáltatási formában pedig a *munkahelyi bölcsőde* és a *családi bölcsőde*. Bölcsődei ellátás keretében a sajátos nevelési igényű gyermek, valamint a korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermek nevelése és gondozása is végezhető, továbbá tanácsadás, időszakos gyermekfelügyelet, gyermekhotel működtetése vagy más gyermek-

¹⁴⁰ 1997. évi XXXI. törvény, 39. § (4).

¹⁴¹ 1997. évi XXXI. törvény, 40. §.

¹⁴² 1997. évi XXXI. törvény, 40/A. §.

nevelést segítő szolgáltatás is biztosítható. Ezeket a szolgáltatásokat a gyermek hatodik életének betöltéséig lehet igénybe venni. Bölcsődei ellátás keretében a gyermek 20 hetes korától nevelhető és gondozható. Ha a gyermek a harmadik életévét betöltötte, de testi vagy értelmi fejlettségi szintje alapján még nem érett az óvodai nevelésre, és óvodai jelentkezését az orvos nem javasolja, bölcsődei ellátás keretében tovább gondozható, nevelhető a negyedik életének betöltését követő augusztus 31-éig. *A bölcsődei ellátásban a sajátos nevelési igényű gyermek, illetve a korai fejlesztésre és gondozásra javasolt gyermek annak az évnek az augusztus 31. napjáig vehet részt, amelyben a hatodik életévét betölti.* Meg kell szüntetni annak a gyermeknek a bölcsődei ellátását, aki orvosi szakvélemény alapján egészségi állapota miatt bölcsődében nem gondozható.¹⁴³

Ha a bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, szolgáltató sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermek napközbeni ellátását biztosítja, együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását ellátó, területileg illetékes pedagógiai szakszolgálattal. A bölcsődei ellátás esetén a gyermek napi gondozási ideje legalább négy óra és legfeljebb tizenkét óra. Ugyanakkor a sajátos nevelési igényű, illetve a korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermek napi gondozási ideje négy óránál kevesebb időtartamban is meghatározható.¹⁴⁴

Bölcsőde

A gyermek bölcsődébe történő felvételét a szülő hozzájárulásával a körzeti területi védőnő, a házi gyermekorvos vagy a háziorvos, a család- és gyermekjóléti szolgálat, illetve a gyámhatóság is kezdeményezheti. Egy bölcsődei csoportban legfeljebb tizenkét gyermek nevelhető, gondozható, kivéve ha a bölcsődei csoportban valamennyi gyermek betöltötte a második életévét (ekkor legfeljebb tizennégyen lehetnek), vagy ha sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermeket is nevelnek, gondoznak, mert akkor az ő számuktól függően csökkenthető a csoportlétszám. Egy érintett gyermek esetében legfeljebb tizenegy, kettő esetében legfeljebb tíz lehet a gyermekek száma. Ott, ahol egy speciális bölcsődei csoportban három–hat sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermeket látnak el, legfeljebb hat gyermek nevelhető, gondozható.¹⁴⁵ A sajátos nevelési igényű gyermek bölcsődei ellátás keretében való nevelése, gondozása történhet integráltan (nem sajátos nevelési igényű gyermekekkel közös csoportban) vagy speciális bölcsődei csoportban.¹⁴⁶

Mini bölcsőde

A mini bölcsőde olyan bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, mely a bölcsőde intézményéhez képest kisebb létszámú csoportban, egyszerűbb személyi, tárgyi és működtetési feltételek mellett nyújt szakszerű gondozást és nevelést. Ez a forma lehetőséget nyújt arra, hogy amennyiben egy településen legfeljebb hét kisgyermek – ha valamennyi gyermek betöltötte a második életévét, akkor nyolc fő – ellátására igény jelentkezik, abban az esetben a települési önkormányzat egy, a bölcsődénél egyszerűbb létesítési és működtetési formát hozzon létre. Sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermekek esetében, ha egy érintett gyermeket látnak el, legfeljebb hat, ha kettőt vagy hármat, akkor legfeljebb három gyermek nevelhető, gondozható a csoportban. A mini bölcsődében csoportonként szükséges egy fő kisgyermeknevelő

¹⁴³ 1997. évi XXXI. törvény, 42. §, 42/A. §.

¹⁴⁴ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 35. § (2), (4); 37. § (2).

¹⁴⁵ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, 46. §.

¹⁴⁶ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, 35. § (3).

és egy fő bölcsődei dajka alkalmazása, akiknek napirendje igazodik a gyermekek napirendjéhez. A mini bölcsőde szervezetileg működhet óvoda mellett.¹⁴⁷

Munkahelyi bölcsőde

A munkahelyi bölcsőde olyan bölcsődei ellátást nyújtó, nem intézményi keretek között működő szolgáltatás, melyet jellemzően a foglalkoztató tart fenn elsősorban a nála dolgozó munkavállalók gyermekei részére. Munkahelyi bölcsőde főként a munkavégzés helyeül szolgáló épületben, a foglalkoztató tulajdonában álló ingatlanban vagy a foglalkoztató által erre a célra bérelt ingatlanban működhet. Egy csoportban legfeljebb hét gyermek gondozható, nevelhető (ha minden gyermek betöltötte a második évét, akkor nyolc fő). Amennyiben a csoportban egy sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermeket látnak el, akkor legfeljebb hat gyermeknek, ha kettőt vagy hármat, akkor legfeljebb három gyermeknek nyújthatják a szolgáltatást. Ha a csoportba sajátos nevelési igényű vagy korai fejlesztésre jogosult gyermek kerül be, a szolgáltatást nyújtó személynek a rendszeres továbbképzésen túl speciális szakmai továbbképzésen kell részt vennie. Az ellátás biztosításához egy fő szolgáltatást nyújtó személy vagy kisgyermeknevelő szükséges – a fenntartó döntése alapján –, amennyiben pedig ötnél több gyermek ellátása történik, szükséges plusz egy fő segítő személy alkalmazása is. A segítő személy munkaidejét a gyermekek napirendjéhez igazítva kell meghatározni. A munkahelyi bölcsődében több csoport is létrehozható.¹⁴⁸

Családi bölcsőde

A *családi bölcsőde* olyan bölcsődei ellátást nyújtó szolgáltatás, amelyet a szolgáltatás nyújtója a saját otthonában vagy más, e célra kialakított helyiségben biztosít.¹⁴⁹ (Ez a szolgáltatás a korábbi családi napközi helyébe lépett.) Családi bölcsődében legfeljebb öt gyermek nevelhető, gondozható, kivéve ha a bölcsődei szolgáltatást nyújtó személy mellett segítő személyt is alkalmaznak – ebben az esetben a meghatározott létszámon felül még két gyermek ellátása biztosítható. Amennyiben egy sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermeket látnak el, legfeljebb négy gyermek, ha kizárólag sajátos nevelési igényű, illetve korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermeket látnak el, legfeljebb két gyermek ellátása vállalható. Gondozásukhoz, nevelésükhöz külön speciális szakmai továbbképzésen való részvétel szükséges.¹⁵⁰

Napközbeni gyermekfelügyelet

A *napközbeni gyermekfelügyelet* keretében a szolgáltató a gyermek 20 hetes korától nyújt az életkorhoz igazodó napközbeni ellátást, többek között a bölcsődei ellátásban, óvodai nevelésben valamilyen okból nem részesülő gyermek számára, vagy az óvodában való részvétel idején kívül. A napközbeni gyermekfelügyelet megszervezhető a szolgáltatást nyújtó saját otthonában vagy más, e célra kialakított helyiségben. A szülő, törvényes képviselő otthonában akkor biztosítható a napközbeni gyermekfelügyelet, ha a gyermek állandó vagy időszakos ellátása nappali intézményben – betegsége vagy egyéb ok miatt – nem biztosítható, és a szülő, törvényes képviselő a gyermek napközbeni ellátását nem, vagy csak részben tudja megoldani, pl. többes ikrek születnek, egyedülálló szülő több műszakban dolgozik, és a gyermek felügyelete a nap bizonyos

¹⁴⁷ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, 49. §, 51. §.

¹⁴⁸ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, 51/A. §, 51/B. §, 51/D. §.

¹⁴⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 43. §.

¹⁵⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/A. §; 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 51/F. §, 51/G. §, 51/H. §.

időszakában nem biztosított, stb. A szolgáltatás keretében legfeljebb hét gyermek napközbeni ellátása biztosítható (egy sajátos nevelésű, illetve korai fejlesztésre jogosult gyermek esetében legfeljebb öt fő, két vagy három esetben legfeljebb három fő lehet az ellátotti létszám). A sajátos nevelési igényű, valamint a korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermekek számára szükségleteikhez igazodó ellátást kell nyújtani. Ebben az esetben az ellátás megkezdését követő legalább három hónap elteltével a gyermek orvosa, a család- és gyermekjóléti központ munkatársa és a napközbeni gyermekfelügyelet szolgáltatást nyújtó személy a szülővel együtt értékeli a gyermek beilleszkedését, és dönt a gyermek további neveléséről, gondozásáról.¹⁵¹

Alternatív napközbeni ellátás

Az *alternatív napközbeni ellátás* a játszótéri program, játszóház, klubfoglalkozás keretében nyújtott, a szülő és a gyermek kapcsolatát erősítő, a gyermek szocializációját támogató, valamint az egyéb szabadidős és prevenciós szolgáltatást jelenti.¹⁵² A helyi igényekhez igazodóan, az ellátott célcsoport életkori sajátosságainak megfelelően, gyermekjóléti, gyermekvédelmi tevékenységhez kapcsolódóan megszervezhető minden, a gyermekek csoportos foglalkoztatására alkalmas épületben, így különösen közösségi, művelődési vagy ifjúsági házban, a család- és gyermekjóléti szolgálatnál, iskolában, óvodában, illetve ezek önálló helyiségében, továbbá játszótéren. Biztosítása során kiemelt figyelmet kell tulajdonítani a szocializációnak, a korai, egyéni és csoportos fejlesztésnek, valamint a prevenciónak. Az alternatív napközbeni ellátást nyújtó személyek és szervezetek együttműködnek az általuk ellátott gyermekek családjával, valamint szükség szerint az illetékes köznevelési intézménnyel, a család- és gyermekjóléti szolgálattal, továbbá egyéb segítő, illetve egészségügyi vagy más szolgáltatást nyújtó személlyel, szervezettel, különösen ha az együttműködés a gyermeket veszélyeztető körülmények, illetve helyzet felszámolására és a gyermek érdekében szükséges intézkedés megtételére vagy tevékenység megvalósítására irányul.¹⁵³

Gyermekek átmeneti gondozása

A *gyermekek átmeneti gondozása* alapvetően olyan típusú segítségnyújtás, amely a szülőknek segít életük rendezésében, ha bármilyen okból (egészségi állapotuk, életvezetési problémájuk, indokolt távollétük vagy más akadályoztatásuk miatt) a gyermekük nevelését nem tudják megoldani a családban. A gyermekek átmeneti gondozásának helyén a gyermek otthonalanná vált szülője is elhelyezhető. A tizennegyedik életévét be nem töltött gyermeket csak kivételesen indokolt esetben lehet elválasztani a szüleitől. A tizenkettedik életévét be nem töltött gyermek átmeneti gondozását elsősorban helyettes szülőnél kell biztosítani. A szülő gyermeke ellátásában munkarendjéhez igazodóan részt vesz. A fogyatékos gyermek számára biztosítani kell a különleges szükségleteihez igazodó ellátást. A gyermek átmeneti gondozásának megkezdéséről értesíteni kell a szülő lakóhelye – ennek hiányában a tartózkodási helye – szerinti gyermekjóléti szolgálatot, ha pedig az átmeneti gondozást hatósági intézkedés előzte meg, a gyermekjóléti központot. A gyermek átmeneti gondozása megszervezhető a működtető által kijelölt helyettes szülőnél, gyermekek átmeneti otthonában vagy családok átmeneti otthonában. A gyermek átmeneti házi gondozását – a szülő kérelmére – a gyermek saját otthonában gondozó útján kell biztosítani, ha a gyermek testi vagy lelki betegsége miatt

¹⁵¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/B. §, 44/C. §; 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 51/K. §, 51/M. §.

¹⁵² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/D. §.

¹⁵³ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 51/Q. §, 51/R. §.

ellátása a helyettes szülőnél történő elhelyezés útján vagy bentlakásos gyermekintézményben nem oldható meg, és ha ez a gondozás a gyermek érdekét szolgálja.¹⁵⁴

Helyettes szülő

A helyettes szülő olyan befogadó szülő, aki átmeneti jelleggel saját háztartásában nyújt teljes körű ellátást az általa befogadott gyermeknek és fiatal felnőttnek. A gyermek átmeneti gondozásának megkezdéséről a helyettes szülő értesíti a család- és gyermekjóléti szolgálatot, vagy amennyiben az átmeneti gondozást hatósági intézkedés előzte meg, a család- és gyermekjóléti központot. A helyettes szülő egyidejűleg – saját gyermekeit is beszámítva – legfeljebb négy gyermek gondozását végezheti. A működtető gyermekgondozó alkalmazásával vagy megbízásával segíti a helyettes szülő munkáját, ha a helyettes szülőnél elhelyezett gyermek rendszeres gyermekpszichiátriai kezelés alatt áll; ha a helyettes szülő gondozásában kettőnél több 3 éven aluli gyermek van; ha a helyettes szülő szabadságon van, beteg vagy feladatai ellátásában egyéb okból akadályozott.¹⁵⁵

Gyermekek átmeneti otthona

A gyermekek átmeneti otthona bentlakásos intézmény, ahol akkor kaphat a gyermek elhelyezést, ha átmenetileg ellátás és felügyelet nélkül marad, vagy ha ellátása, fejlődése a család életvezetési nehézségei miatt veszélyeztetett. A család- és gyermekjóléti szolgálattal együttműködve nyújt segítséget a gyermek családjába történő visszatéréséhez. A gyermekek átmeneti otthona legalább tizenkettő, de legfeljebb negyven gyermek teljes körű ellátását biztosítja.¹⁵⁶

Családok átmeneti otthona

A családok átmeneti otthona a komoly bajba került, de a család egységének megőrzéséért tenni hajlandó családoknak segít. A gyermek és szülője, illetve a várandós anya számára alaptevékenységként biztosítja az átmeneti gondozást. Az intézmény a felnőtt és a gyermek együttes ellátása során befogadja az életvezetési problémák vagy más szociális és családi krízis miatt otthontalanná vált, továbbá védelmet kereső szülőket és gyermeküket, a válsághelyzetben lévő bántalmazott vagy várandós anyát, illetve a szülészetéről kikerülő anyát és gyermekét, valamint a várandós anya kérelmére az anya élettársát vagy férjét is. Biztosítja az ellátást igénylő gyermek átmeneti gondozását, és befogadja otthontalanná vált szüleit. A szülőknek az ellátás mellett jogi, pszichológiai és mentálhigiénés segítséget nyújt. Közreműködik – a gyermekjóléti szolgálattal együttműködve – az átmeneti gondozást szükségessé tevő okok megszüntetésében, a család helyzetének rendezésében, otthontalanságának megszüntetésében.¹⁵⁷

Az intézmény krízisközpontként is működhet, amely befogadja a hozzátartozók közötti erőszak miatt krízishelyzetbe került, bántalmazott családot vagy családtagokat. A krízisközpont a bántalmazott család számára legfeljebb nyolc hét időtartamra biztosít lakhatást. Kiegészítő tevékenysége keretében a bántalmazott társadalmi reintegrációja érdekében legfeljebb öt év időtartamra félutasház-szolgáltatást nyújthat. A félutasház-szolgáltatás keretében a krízisköz-

¹⁵⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 45. §, 48. §.

¹⁵⁵ 1997. évi XXXI. törvény, 49. §; 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 60. §.

¹⁵⁶ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 50. §.

¹⁵⁷ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 67. §, 69. §; 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 51. §.

pontból, a titkos menedékházból, illetve a családok átmeneti otthonából kikerült bántalmazott család számára lakhatást és az életvezetéshez szükség szerinti segítséget kell biztosítani.¹⁵⁸

I.3.3.3. Személyes gondoskodást nyújtó gyermekvédelmi szakellátás

A személyes gondoskodást nyújtó gyermekvédelmi szakellátás keretében kell biztosítani az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek otthon nyújtó ellátását, a fiatal felnőtt további utógondozói ellátását, valamint a szakellátást más okból igénylő gyermek teljes körű ellátását.

Otthont nyújtó ellátás

Otthont nyújtó ellátás keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a teljes körű ellátást, a családi környezetébe történő visszahelyezését előkészítő és családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást, vagy ha ez nem lehetséges, örökbefogadásának elősegítését, illetve a családjába történő visszailleszkedéshez, önálló életének megkezdéséhez szükséges utógondozást. Az otthont nyújtó ellátás keretében *különleges ellátást* kell biztosítani a tartósan beteg, a fogyatékos, vagy a 3 év alatti gyermek számára. *Speciális ellátást* kell biztosítani a súlyos személyiségfejlődési, érzelmi élet- és impulzuskontrollzavarokkal küzdő, illetve a súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek, illetve a súlyos magatartási és beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális viselkedésformákat tanúsító gyermek számára. Otthont nyújtó ellátást biztosít többek között a nevelőszülő, a gyermekotthon vagy a szociális törvény hatálya alá tartozó fogyatékos személyeket ápoló-gondozó bentlakásos intézmény.¹⁵⁹

Nevelőszülő

A *nevelőszülő* befogadja – a területi gyermekvédelmi szakszolgálat kijelölése alapján – a beutaló szerv által ideiglenes hatállyal elhelyezett, átmeneti gondozásban lévő gyermeket vagy a gyermekvédelmi szakellátás keretében a gyámhivatal által nevelésbe vett gyermeket.¹⁶⁰ Ezeknek a gyermekeknek a gyámságát a területi gyermekvédelmi szolgálat alkalmazásában álló gyermekvédelmi gyámok látják el.¹⁶¹ Nevelőszülő az a személy lehet, aki a huszonegyedik életévét betöltötte, nem áll cselekvőképességet érintő gondnokság és támogatott döntéshozatal hatálya alatt, büntetlen előéletű, a gondozásába helyezett gyermeknél legalább tizenhét, de legfeljebb ötven évvel idősebb; személyisége, egészségi állapota és körülményei alapján alkalmas a nála elhelyezett gyermek kiegyensúlyozott fejlődésének biztosítására és a családjába történő visszakerülésének vagy örökbefogadásának támogatására, valamint a gyermek, fiatal felnőtt életkori szükségleteiből adódó feladatoknak az ellátására.¹⁶²

A nevelőszülő a saját kiskorú gyermekeit is beszámítva legfeljebb hat gyermek és fiatal felnőtt együttes ellátását biztosíthatja. Ha a nevelőszülő saját kiskorú gyermeket nem nevel saját háztartásában, akkor legfeljebb öt gyermeket és fiatal felnőttet láthat el. A nevelőszülő – egyéni gondozási-nevelési terv alapján – a saját háztartásában nyújt teljes körű ellátást az ideiglenes hatállyal elhelyezett, nevelésbe vett gyermeknek, és hozzájárul a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez, személyiségének kibontakozásához. Elősegíti a gyermek vér szerinti családjába való visszakerülését, és ennek érdekében együttműködik a családdal, vagy ha ez

¹⁵⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 51. §.

¹⁵⁹ 1997. évi XXXI. törvény, 53. §.

¹⁶⁰ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 101. § (1).

¹⁶¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 63. §, 84. §, 86. §, 88. §.

¹⁶² 1997. évi XXXI. törvény, 54. § (1), (2).

nem lehetséges, illetve ez nem áll a gyermek érdekében, akkor támogatja örökbe fogadó családnál történő elhelyezését. Felkészíti a gyermeket az önálló életvezetésre és alapvető személyes ügyeinek intézésére.¹⁶³

Speciális nevelőszülő az, aki a súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató, illetve pszichoaktív szert használó, speciális ellátást igénylő gyermek nevelését végzi. A *különleges nevelőszülő* a tartósan beteg, fogyatékos vagy 3 év alatti különleges ellátást igénylő gyermek nevelését látja el.¹⁶⁴

Gyermekotthon

Annak az ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett gyermeknek, akit nem nevelőszülőnél helyeztek el, a *gyermekotthon* biztosít ellátást, ezen belül befogadja a tartós betegsége, illetve fogyatékosága miatt ellátást igénylő, első életévét be nem töltött gyermeket. Ha rendelkezik a kora miatt különleges ellátást igénylő gyermek elhelyezésének, ellátásának feltételeivel, akkor a védőnő, a háziorvos, a házi gyermekorvos vagy a kórházi gyermekorvos javaslatára átmeneti gondozásra befogadhatja a 3 éven aluli, egészségügyi okok miatt ellátást igénylő gyermeket.¹⁶⁵ Ugyanakkor befogadhatja a gyermek otthontalanná vált szülőjét, valamint a válsághelyzetben levő várandós anyát is.¹⁶⁶

A gyermekotthoni ellátás keretében is megkülönböztetünk speciális és különleges ellátási formákat. A *speciális ellátás* keretében többek között a súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató és a kettős szükségletű (azaz egyszerre speciális és különleges szükségletű) gyermekek számára nyújtanak gondoskodást, szocializációt és reszocializációt, valamint rehabilitációt és rehabilitációt. A különleges ellátást igénylő gyermek, beleértve a tartósan beteg vagy fogyatékos, illetve a kora miatt sajátos szükségletekkel bíró 3 év alatti és a kettős szükségletű gyermek gondozását, ellátását, rehabilitációját és rehabilitációját az erre a célra létrehozott *különleges gyermekotthon* vagy *különleges gyermekotthoni csoport* biztosítja. 3 éven aluli gyermeket az a gyermekotthon (lakásotthon) fogadhat be, amelyben biztosított a rendszeres és folyamatos orvosi ellátás, a területi védőnő rendszeres látogatása, a csecsemő, illetve a kisgyermek folyamatos felügyelete, a gondozó állandó látó-, illetve hallótávolságon belüli tartózkodása, továbbá a csoportban a gyermekek gondozását, nevelését ellátó személyek között legalább egy fő szakképzett csecsemő- és kisgyermek-gondozónő alkalmazása.¹⁶⁷

A 6 éven aluli, fogyatékos és részképességek területén fejlődési elmaradást mutató gyermekek ellátásának esetében a különleges gyermekotthon, a különleges lakásotthon és a gyermekotthon különleges csoportja együttműködik a gyermek korai fejlesztését és gondozását ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel.¹⁶⁸

Területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás

A területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás javaslatot tesz az ideiglenes hatályú elhelyezést követően, valamint a nevelésbe vételi eljárás során, illetve a nevelésbe vételt követően a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó

¹⁶³ 1997. évi XXXI. törvény, 54/A. §, 55. §.

¹⁶⁴ 1997. évi XXXI. törvény, 54. §, (3), (4).

¹⁶⁵ 1997. évi XXXI. törvény, 57. § (1) a, (2) c.

¹⁶⁶ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 116. § (3).

¹⁶⁷ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 58. § (6); 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 128/A. § (1), (4).

¹⁶⁸ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 127. § (2).

ellátást biztosító gondozási helyére. Az ideiglenes gondozási hely meghatározása érdekében a gyermekvédelmi szakszolgáltatás kijelöli az ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett gyermeket ideiglenesen befogadó nevelőszülőt vagy gyermekotthont. A gyermekvédelmi szakszolgáltatás ideiglenesen befogadó nevelőszülői feladatokat ellátó nevelőszülői hálózatot és ideiglenesen befogadó gyermekotthont működtethet. A gyermekvédelmi szakszolgáltatás az elhanyagolt és bántalmazott, közülük is elsősorban a szexuálisan bántalmazott gyermekek vizsgálatát és terápiáját végző szolgáltatást, valamint – hivatalos szerv megkeresésére – az érintett gyermekek meghallgatását elősegítő szolgáltatást működtethet, amelynek keretében a gyermekvédelmi szakszolgáltatás együttműködik a megkereső szervvel.¹⁶⁹

Gyermekvédelmi szakértői bizottság

A gyermekvédelmi szakértői bizottságot a megyei, illetve fővárosi területi gyermekvédelmi szakszolgálat működteti. Az országos gyermekvédelmi szakértői bizottság vezetőjét és tagjait a miniszter jelöli ki ötéves időtartamra. Az országos gyermekvédelmi szakértői bizottságot a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság működteti. A megyei, fővárosi és az országos gyermekvédelmi szakértői bizottság állandó tagjai között a bizottság vezetőjén kívül gyermekorvos és gyermekszakpszichológus is jelen van, valamint egy gyermekvédelmi szakképesítéssel rendelkező személy. Speciális szükséglet felmerülése esetén a bizottság pszichiáterrel és gyógypedagógussal egészül ki. Az örökbefogadás előkészítése céljából összefoglaló vélemény elkészítése esetén a szakértői bizottság tagjai közé eseti szakértőt kérhetnek fel.

A megyei vagy a fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottság szakmai véleménye tartalmazza a gyermek állapotának megfelelő ellátási formára, az egyéni elhelyezési tervre és a gyermek gondozására, nevelésére, fejlesztésére, esetleges terápiájára vonatkozó javaslatot, annak indoklásával együtt. Örökbefogadás előkészítése céljából az illetékes gyermekvédelmi szakértői bizottság a területi gyermekvédelmi szakszolgálat megkeresésétől számított 30 napon belül összefoglaló véleményt készít a gyermek egészségi és személyiségállapotáról, az életkorához viszonyított értelmi, érzelmi és mozgásfejllettségi szintjéről. A szakmai vélemény felülvizsgálatát, valamint szükség szerinti új szakmai vélemény készítését a gyámhatóság megkeresése alapján az országos gyermekvédelmi szakértői bizottság végzi.¹⁷⁰

A *gyámhivatal* a fővárosi és a megyei kormányhivatal gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala. Hatóságként képviseli a törvény erejét. Itt hozzák meg a hatósági erejű döntéseket a szükséges gyermekvédelmi intézkedésekről (védelembe vétel, a gyermek kiemelése, kapcsolattartás, a gyermek hazagondozása stb.). Az *utógondozói ellátás* a fiatal felnőttek számára nyújtott szolgáltatás.

I.3.4. Egyéb szereplők

Az egyéb szereplők közé tartoznak mindazon szervezetek, intézmények, amelyek nem ágazati szinten kapcsolódnak az intézményrendszerhez, illetve nem állami szerveződések. Így a különböző fenntartók (pl. önkormányzatok, kormányhivatalok), a (felsőoktatási) képzőintézmények, a magánellátók, a Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsa (FESZT), a fogyatékosügyi szervezetek, a szülők érdekvédelmi és támogató szervezetei; a rendőrség, a bíróság, az ügyészség;

¹⁶⁹ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 60. §; 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 75. §, 90. §, 93. §, 136/A. §.

¹⁷⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 82. §.

az ellátások finanszírozásához kapcsolódó szervezetek (pl. az egészségügyi finanszírozásban kulcsszerepet játszó Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő), és természetesen a szülők. Az egyéb intézményekből a fogyatékosügyi szervezeteket tömörítő ernyőszervezetet, illetve a szülői érdekvédelmi és szülősegítő szolgáltatásokat emeljük ki.

Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsa (FESZT)

A FESZT a különböző fogyatékoságcsoporthoz tartozó országos, illetve regionális szervezetek ernyőszervezete. A fogyatékos emberek érdekképviseletét vállalta fel nemcsak hazai, hanem európai szinten egyaránt. Tevékenységei közé tartoznak többek között az akadálymentesség, illetve az egyetemes tervezés¹⁷¹ elősegítése, a fogyatékos nők és gyermekek érdekeinek védelme, a nagy létszámú bentlakásos intézmények kiváltásának programjában való részvétel. [...]

Szülők érdekvédelmi szervezetei, szülősegítő szervezetek, szolgáltatások

A szülők segítése, támogatása sokszor alulról jövő, spontán kezdeményezések eredményeképpen valósul meg. Ennek köszönhetően számos regionálisan vagy akár országosan is működő civil szervezet, egyesület és alapítvány létezik, melyek különböző, egymástól jelentős mértékben eltérő szülői igényt elégítenek ki. Munkájukban közös, hogy a képviselt célcsoportok számára érdekképviseletet, különböző támogató szolgáltatásokat, tanácsadó- és információs szolgáltatást nyújtanak, megkönnyítve ezzel a rászoruló gyermekek és családjaik számára az ellátásokhoz, jogosultságokhoz való hozzáférést. A szervezetek alapítói, munkatársai sok esetben maguk is érintettek, így érzékenyebben fordulnak a segítségért folyamodók felé. A fogyatékosügyi szervezetek jellemzően szülő támogató tevékenységet is végeznek. [...]

¹⁷¹ „»Egyetemes tervezés«-en a termékek, a környezet, a programok és szolgáltatások oly módon történő tervezését értjük, hogy azok minden ember számára a lehető legnagyobb mértékben hozzáférhetőek legyenek, adaptálás vagy speciális tervezés szükségessége nélkül. Az egyetemes tervezés nem zárhatja ki a fogyatékosossággal élő személyek csoportjai számára szükséges támogató-segítő eszközök és technológiák indokolt esetben történő használatát.” (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről, 2. cikk.)

I.4. SZAKEMBEREK, KOMPETENCIÁK

KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 56–70. p.

A kora gyermekkori intervenció rendszere érinti az egészségügyi, a szociális, a gyermekjóléti, a gyermekvédelmi, a családgügyi és a köznevelési területet, így számos szakember foglalkozik a rendszerbe bekerülő gyermekekkel, családokkal. Ahogy a különböző, kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek képzése sem egy helyen, hanem többnyire egymástól függetlenül működő felsőoktatási képzőintézményeken történik, hasonló módon a gyakorlatban is a szakemberek sokszor elkülönülten dolgoznak, nincsenek tisztában egymás kompetenciáival, feladataival. A szakmaközi együttműködések segítheti, ha nemcsak az ellátórendszer felépítését, hanem a rendszerben dolgozó szakemberek kompetenciáit is ismerjük. Ez a tudás sok esetben megrövidítheti a gyermek útját a rendszerben. A továbbiakban a különböző ágazatokban dolgozó, legjellemzőbb szakemberek kerülnek bemutatásra, elsősorban a korai életszakaszra vonatkozó tevékenységük hangsúlyozásával. Bár a különböző végzettségű szakemberek többféle ágazatban is elhelyezkedhetnek és betölthetik ugyanazt a munkakört, jelen felosztásban az alatt az ágazat alatt mutatjuk be őket, ahol legjellemzőbben tevékenykednek.

I.4.1. Egészségügyi ellátás

Védőnő

A védőnő személyes és közösségi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése, valamint egészségfejlesztés céljából elsősorban a várandós anyák, a 19. életévet be nem töltött személyek, valamint a családtervezés időszakában lévőek számára.¹⁷² Tevékenységét az egészségügyi alapellátás keretében zömében a települési önkormányzat vagy az önkormányzatok egészségügyi intézményeinek alkalmazásában, egészségügyi szolgálati jogviszonyban végzi. A várandós nők és a gyermekek gondozásában kulcsszerepet játszó védőnői szolgálat országos szervezettségű, teljes ellátási lefedettséget nyújt. A védőnői hálózat részei a területi védőnők, az iskolai védőnők, a kórházi védőnők, a családvédelmi szolgálatokban dolgozó védőnők és a vezető védőnők.

Területi védőnő

A védőnői hálózatból legismertebbek a területi védőnők, akikkel a gyermek korai életszakaszában a család jellemzően kapcsolatban áll. A területi védőnők jogszabályok által meghatározott körzetekben dolgoznak a védőnői tanácsadóban. *Nővédelmi feladat* keretében segítik az anyaságra való felkészülést, illetve részt vesznek a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében. Ők végzik a *várandós anyák gondozását* is: ennek keretében otthonukban látogatják meg a gondozásba vett kismamákat, és a tanácsadóban is fel lehet őket keresni. A *gyermekágyas*

¹⁷² 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 13. §.

időszakban az újszülöttel hazaérkező anyákat ők látják el az egészségi állapottal, az életmóddal, a szoptatással, valamint a családtervezéssel kapcsolatos tanácsokkal.¹⁷³

A *gyermek* újszülött korától a tanulói jogviszony megkezdéséig a területi védőnők családlátogatások, illetve tanácsadás keretében folyamatosan részt vesznek a gyermek gondozásában, és elvégzik az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat. A gyermekek szűrését életkorhoz kötöttén a védőnői tanácsadóban,¹⁷⁴ a szülő jelenlétében¹⁷⁵ végzik. Az újszülöttek, a koraszülöttek, a kis súllyal születettek, valamint az egészségi és környezeti okok miatt veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődését fokozott figyelemmel kísérik. A beteg gyermekek otthoni ápolását tanácsaikkal segítik. Az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő, a krónikus beteg, a fogyatékos és a magatartási zavarokkal küzdő gyermek és családja életviteléhez segítséget nyújtanak, valamint – együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel – tanácsadást tartanak. Az otthon gondozott tanköteles korú gyermekek gondozását is ők végzik. A családokat tájékoztatják az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, és szervezik, nyilvántartják a védőoltások beadását. Ha a gyermek fejlődésében elváltozást észlelnek, azt jelezniük kell a megfelelő szakembernek (elsősorban a házi gyermekorvosnak, háziorvosnak), és/vagy a szülőt kell hozzá irányítani. Ellátják az óvodai védőnői feladatokat és a növekedéssel kapcsolatos teendőket is. Egy részük iskolai védőnőként is tevékenykedik.¹⁷⁶ Új feladatuk a védőnői méhnyakszűrés, ami növekedési tanácsadás keretében valósul meg.¹⁷⁷

A *családgondozás* keretében többek között feladatuk az egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, a segítségnyújtás, a soron kívüli családlátogatás; indokolt esetben a gyermekjóléti szolgálat / a család- és gyermekjóléti központ és a háziorvos írásos értesítése, a gyermekvédelmi eljárás kezdeményezése, tájékoztatás a családtámogatásról, a gyermek jogairól, a törvényes képviselő kötelezettségeiről, továbbá egyéni és közösségi egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok tervezésében, szervezésében és megvalósításában való részvétel.¹⁷⁸

Iskolai védőnő

Az iskolai védőnők a 6–18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban tanulók megelőző iskola-egészségügyi ellátásában vesznek részt. Közreműködnek az iskolai egészségfejlesztési programokban és ezek szervezésében, végzik a tanulók védőnői szűrővizsgálatát, személyi higiénéjének ellenőrzését, szervezik az iskolaorvosi vizsgálatokat és az iskolai kampányoltásokat, kapcsolatot tartanak szülőkkel (szülői értekezlet, iskolai fogadóóra). Szorosan együttműködnek az oktatási intézmény dolgozóival. Feladatuk közé tartozik a krónikus betegek, a magatartászavarral küzdők életvitelének segítése, a fokozott gondozást igénylők nyilvántartása és az elvégzett feladatok dokumentálása.¹⁷⁹

Kórházi védőnő

Kórházi védőnői szolgáltatást a fekvőbeteg- (szülészeti és neonatológiai) szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók működtetnek. A védőnők feladata többek között: közreműködés a

¹⁷³ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. § a), b), c).

¹⁷⁴ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

¹⁷⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 11. §. (4).

¹⁷⁶ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3. § a–f.

¹⁷⁷ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet, 3. §. a), ad).

¹⁷⁸ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet, 3. § g.

¹⁷⁹ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 1. § és a 3. sz. melléklet; 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 10. §.

várandós- és gyermekágyas anyák megelőző ellátásában és felkészítésében az újszülött táplálására és ellátására, valamint a gyógyintézet és az egészségügyi alapellátás közötti együttműködés kialakításában. Továbbá segítik az anya-gyermek kapcsolat kialakulását, a kizárólagos szoptatás érdekében felkészítik az anyákat, adatot gyűjtenek a területi védőnő részére, illetve a területileg illetékes védőnő, valamint – az anya nyilatkozata alapján – a választott házi gyermekorvost vagy háziorvost értesítik a születésekről és a gyógyintézetből való távozásokról.¹⁸⁰

Családvédelmi Szolgálatban dolgozó védőnő

A Családvédelmi Szolgálatban (CSVSZ) dolgozó védőnők feladata családtervezési, ifjúsági vagy családvédelmi tanácsadás nyújtása, válsághelyzet esetén történő segítségnyújtás, az oktatási intézményen kívüli családtervezési ismeretek terjesztése, a válsághelyzetben lévő várandós anyák segítése, valamint a terhességmegszakítási szándékhoz, illetve döntéshez kapcsolódó tanácsadás biztosítása. A tanácsadást a járási (fővárosi kerületi) kormányhivatalok által működtetett családvédelmi szolgálat vagy az egészségügyi államigazgatási szerv által engedélyezett családvédelmi szolgálat végzi, amely ingyenesen vehető igénybe.¹⁸¹ A CSVSZ térítésmentes szolgáltatást nyújt. Lakóhelytől függetlenül az ország bármely CSVSZ-tanácsadója felkereshető.

Vezető védőnő

A védőnői tevékenység szakmai felügyeletét járási és megyei szinten a kormányhivatalok szervezeti rendszerében dolgozó vezető védőnők látják el. Szakmailag irányítják, felügyelik és értékelik a védőnői ellátást érintő feladatok megvalósítását. A védőnői ellátás szakmai irányításáért felelős országos egészségügyi államigazgatási szerv keretében országos szakmai vezető védőnő dolgozik.¹⁸²

Háziorvos

A háziorvos a felnőtt lakosság részére nyújt személyes és folyamatos orvosi ellátást az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.¹⁸³ A gyógyító-megelőző alapellátás keretében feladatkörébe tartozik különösen az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, illetve szükség esetén szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra, gyógykezelésre való utalása. A háziorvos feladatkörébe tartozik továbbá a várandósgondozásban való közreműködés, a közegészségügyi-járványügyi feladatok ellátása, az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzése és az egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban való közreműködés. A háziorvos tevékenységét ápoló igénybevételel végzi. Ahol várandós- és gyermekellátás is történik, a háziorvos a feladatait védőnő közreműködésével látja el. Háziorvosként az az általános orvosi oklevéllel rendelkező orvos dolgozhat többek között, aki általános orvostan vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítéssel, vagy belgyógyászat szakorvosi szakképesítéssel és 10 év körzeti, illetve

¹⁸⁰ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, 3/A. §.

¹⁸¹ 232/2000. (XII. 23.) Kormányrendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat engedélyével működő Családvédelmi Szolgálat működésének engedélyezéséről, 1. § és 8. §; 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről, 2–12.§; 385/2016. (XII. 2.) Kormányrendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről, 7. §.

¹⁸² 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 14. §.

¹⁸³ 2015. évi CXXIII. törvény, 8. §.

háziiorvosi gyakorlattal rendelkezik.¹⁸⁴ Az iskola-egészségügyi ellátás keretében iskolaorvosi feladatokat is elláthat.¹⁸⁵

Házi gyermekorvos, vegyes praxisú háziorvos

A házi gyermekorvos az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása céljából nyújtott személyes és folyamatos orvosi ellátást a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja. A házi gyermekorvosi ellátást a 14–19 év közötti személyek esetében – erre irányuló választás alapján – a háziorvos is nyújthatja.¹⁸⁶ A házi gyermekorvos a gyermekorvosi ellátás keretében csecsemők és gyermekek gyógyító-megelőző alapellátását végzi, beleértve a tanácsadást is. Feladata részben lefedi a felnőtteket ellátó háziorvosokét, így többek között közegészségügyi-járványügyi feladatokat lát el, részt vesz az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban, életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat végez és közreműködik egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban. Célzottan feladata az újszülöttek, a veszélyeztetett csecsemők és gyermekek szükség szerinti preventív látogatása, ezen túlmenően intézeten kívüli szülés esetén az újszülöttnak a szülés lezajlásától számított 4–7 napon belül történő meglátogatása, a gyermekintézményekbe történő felvétel előtti orvosi vizsgálat, valamint a gyermekről 5 éves életkorában a külön jogszabály szerinti „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlap kiállítása. A házi gyermekorvos a feladatait védőnő közreműködésével, valamint gyermekápoló vagy asszisztens igénybevételével végzi. Házi gyermekorvos lehet az az orvos, aki csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosi képesítéssel rendelkezik.¹⁸⁷ Az iskola-egészségügyi ellátás keretében iskolaorvosi feladatokat is elláthat.¹⁸⁸

A vegyes praxisú háziorvos olyan háziorvos, aki felnőtt ellátottjai mellett azokban a körzetekben látja el a gyermekeket, ahol nincs házi gyermekorvos.

Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos

A csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos a gyermekkor betegségeivel foglalkozó szakorvos, aki a méhen belüli időszaktól hozzátétőlegesen a gyermek 14 (18) éves koráig gondozza a betegeket. Számos problémával felkereshető, pl. növekedési zavarok, gyarapodási problémák, evési zavarok, gyermekkori pajzsmirigyproblémák, vashiány, fáradtság, levertség esetén. A csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsga az általános orvoscépzés elvégzése után szakképzés keretében szerezhető meg. Aki tovább szeretne specializálódni, ráépített szakképzésben vehet részt (választott területtől függően 2–4 év időtartamban). Csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképzéssel tovább lehet specializálódni többek között a neonatológia, a gyermekneurológia és az orvosi rehabilitáció a gyermekgyógyászat területen (gyermekneurológus neurológiai szakképzésre is alapozhatja a ráépített képzését).¹⁸⁹

¹⁸⁴ 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 2. §, 4. §.

¹⁸⁵ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. §.

¹⁸⁶ 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 8. §.

¹⁸⁷ 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 4–6. §, 11. §.

¹⁸⁸ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 3. §.

¹⁸⁹ 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről, 1. melléklet, 2. melléklet.

Neonatólógus

A neonatólógus (újszülöttgyógyász) az egészséges és a rendellenességgel született újszülöttek élettanával, kóroktanával foglalkozó orvostudományi ág képviselője.¹⁹⁰ Többek között újszülöttkori betegségek, elsősorban a szoptatás, illetve a táplálás egyes zavarainak felismerése, kezelése, gondozása, a volt koraszülöttek utóbetegségeinek (BPD,¹⁹¹ ROP,¹⁹² diabéteses foetopathia) gondozása, a volt kis súlyú újszülöttek „behozó testtömeg-gyarapodásának” elősegítése, ellenőrzése tartozik a kompetenciájába. A perinatális, neonatális intenzív centrumokban ellátott koraszülött, valamint a különböző méhen belüli fejlődési rendellenességekkel, a születés előtti hetekben kialakult fertőzésekkel vagy a születés körüli időszakban fellépő problémákkal világra jött újszülöttek ellátását végzi.

Gyermekneuroológus

A neurológus (ideggyógyász) alapvetően az idegrendszer (systema nervosum) szervi megbetegedéseinek vizsgálatával, diagnosztizálásával és kezelésével foglalkozó szakorvos.¹⁹³ A gyermekneuroológus szakorvos 0–18 éves korú gyermekek neurológiai vizsgálatával, kezelésével foglalkozik. A kisgyermekek esetében kiemelten fontos az idegrendszeri problémák mielőbbi felismerése, hiszen a korai észlelés lehetőséget ad az időben történő beavatkozásra és a kóros irányú folyamat helyes útra terelésére. A leggyakoribb problémák, amelyekkel a gyermekneuroológus felkereshető: koraszülöttséggel kapcsolatos komplikációk, az átlagostól eltérő tempójú pszichomotoros fejlődés csecsemőkorban és kisdedkorban, epilepszia, gyanús rosszullétek, fejfájás, szédülés, járászavar, viselkedészavarok, magatartászavarok, figyelmi problémák.¹⁹⁴ A gyermekneuroológusok képzésében egy hónapos fejlődésneurológiai gyakorlat is van. A fejlődésneurológiai osztályon, ambulancián fejlődésneurológus végzi a kórházból oda utalt koraszülöttek, kis súlyú, gyenge újszülöttek, illetve a születésnél valamilyen veszélyeztető tényezőnek vagy szövődménynek kitett (elhúzódozó szülés, oxigénhiányos, vérzéses vagy gyulladós állapot stb.), újszülöttek vizsgálatát.

Gyermekrehabilitációs szakorvos

A gyermekgyógyászat területén orvosi rehabilitációs szakorvossá csecsemő- és gyermekgyógyász szakképesítés után, ráépített szakképzéssel válhat valaki. Az orvosi rehabilitáció keretében végzik azokat a tevékenységeket, melyeket az orvostudomány a saját eszközeivel (diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás) nyújt az akadályozott személyeknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészben visszanyerjék és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre. Lényege tehát a meglévő funkciók és a teljesítőképesség pontos megítélése (állapotfelmérés), kompenzatorikus fejlesztése és tréningje. Cél a sérülésekből származó károsodás csökkentése, az optimális működési szint elérésének segítése és a feltételek megteremtése a teljes életvitelhez; a jó életminőség kialakítása (PAPP 2014).

¹⁹⁰ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Csecsemo-es_gyermekgyogyaszat (Letöltve: 2019. 10. 12.)

¹⁹¹ Bronchopulmonalis dysplasia: olyan krónikus tüdőbetegség, amely elsősorban azért alakul ki, mert a koraszülés megzavarja a tüdő genetikailag meghatározott méhen belüli fejlődését, így a baba fejletlen tüdővel jön a világra, ezért légzéstámogatásra van szüksége.

¹⁹² Retinopathy of prematurity: a koraszülöttek ideghártyasérülése.

¹⁹³ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Neurologia> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

¹⁹⁴ Róbert Medikids Gyermekorvosi Központ. <https://medikidskozpont.hu/gyermekneurologia/> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

Gyermekkori rehabilitáció szükséges például a kongenitális és gyermekkori kezdetű, életkorhoz kötött másodlagos mozgászavar-komplikációk esetében (cerebrális parézis, myelomeningocele,¹⁹⁵ a gerinc strukturális elváltozásai, speciális vázrendszeri szisztémás betegségek, ritka veleszületett rendellenességek, újszülöttkori plexus brachialis sérülés¹⁹⁶), valamint légzészavar / pulmonalis betegségek következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság esetében (VEKERDY-NAGY 2013).

A rehabilitációs munka esetében nagyon fontos a teammunka. A rehabilitálandó személy mellett a rehabilitációt irányító rehabilitációs szakorvoson kívül többek között mozgásterapeuta (gyógytornász, szomatopedagógus, konduktor), gyógypedagógus, pszichológus, foglalkozásterapeuta és szociális munkás is tagja a teamnek. A rehabilitáció szerves része a gyógyászati-segédesszköz-ellátás és a segédesszközök használatának betanítása is.

Csecsemő- és gyermek fül-orr-gégegyógyász

A csecsemő- és gyermek fül-orr-gégegyógyász szakképzettség a fül-orr-gégegyógyászat szakképesítésre épül. A fül-orr-gégegyógyászat a fül és a felső légutak (orr, garat, légcső) élettanával, betegségeivel és gyógyításával foglalkozó orvosi szakterület.¹⁹⁷ A leggyakoribb problémák, melyekkel a szakorvosnak foglalkoznia kell: a hurutos megbetegedésekhez gyakran társuló, időnként nehezen elkülöníthető allergiás rhinitisz esetek megfelelő kiszűrése, kezelése; a felső légúti és orrgarati, garati gyulladásos megbetegedések és az ezekhez gyakran társuló középfülgyulladások kezelése; a felső légúti gyulladásokkal sokszor együtt járó orrmelléküregi érintettség, a fülkürt, középfül gyulladásos betegségeinek kezelése, valamint a különböző fejlődési, hallást érintő anomáliák szűrése, kezelése.¹⁹⁸

Audiológus

A fül-orr-gégegyógyászat specializálódása következtében jött létre az audiológia, amely a hallás élettanának, kórtanának tudománya. Az audiológus a hallássérültek hallásvizsgálatát, fülészeti kezelését és hallókészülékkel való ellátását végzi.¹⁹⁹

Foniáter

A foniáter szintén a fül-orr-gégegyógyászat specializálódásából kinövő tudomány, a foniátria szakembere, aki a hangképzés, a beszéd és részben a hallás zavarai foglalkozik; megelőzi, diagnosztizálja és kezeli az emberi verbális (hangalapú) kommunikációs zavarokat.²⁰⁰

(Gyermek)szemész szakorvos

A szemész szakorvos a szem betegségeinek hagyományos és műtéti módszerekkel történő gyógyításával foglalkozik. Korábban létezett gyermekszemészet mint ráépített szakvizsga, de

¹⁹⁵ Gerincvelő- és gerincvelőburoksérv.

¹⁹⁶ A karidegfonat sérülése.

¹⁹⁷ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Fül-orr-gégegyogyaszat> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

¹⁹⁸ Róbert Medikids Gyermekorvosi Központ. https://medikidskozpont.hu/ful-orr-gegeszet/?gclid=CjwKCAiAuq-HwBRAQEiwAD-zr3ZgGi5GHxMZOpB0yTWUoyzCRq5H8WJWOAXw2wnZhkqG-DpI18jKtJxoCccUQA_VD_BwE (Letöltve: 2019. 10. 11.)

¹⁹⁹ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Fül-orr-gégegyogyaszat> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰⁰ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Fül-orr-gégegyogyaszat> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

2012 után ez megszűnt.²⁰¹ A szemész látásvizsgálatot, a szem egészségének biomikroszkópos vizsgálatát, szemnyomásméréseket, szemfenékvizsgálatot végez, valamint szemészeti szűrővizsgálatokat szem- és fejfájás, tartósan fennálló neurológiai vagy belgyógyászati panaszok, látásromlás és vörös szem esetén. Gyermkekkel többek között érdemes szemészhez fordulni az állandó vagy időnkénti kancsalság miatt, vagy ha a gyermek bármilyen életkorban rendszeresen dörzsöli, nyomkodja a szemét. Cukorbetegség esetén a szakember rendszeres szemfenékvizsgálatot végez, de akkor is fontos a kontroll, ha a családban volt gyermekkori vagy veleszületett szembetegség, kancsalság, nagy dioptriájú fénytörési hiba, illetve, ha a gyermek koraszülött volt.²⁰²

Ortopédus

Az ortopédia a tartó és mozgató szervrendszer (azaz a csont- és izomrendszer) veleszületett és szerzett rendellenességeivel és azok kezelésével foglalkozó orvosi szakterület. A mozgásszervi betegségek körébe tartozik a végtagi csontok, ízületek és inak betegsége, az izombetegségek egy része, valamint a gerincoszlop csigolyáinak és a környező lágyrészeknek az elváltozása. Az orvostudomány e területe tehát a csont- és izomrendszer, a végtagok, a gerinc és a járulékos szervek alakjának és működésének helyreállításával, megőrzésével és fejlesztésével foglalkozik. Gyógyszeres, sebészi és fizikai módszereket egyaránt alkalmaz.²⁰³ Az ortopédia és traumatológia az orvosi egyetem elvégzése után az alapszakképzések között végezhető el. Gyermkek esetében a legfontosabb problémák, amelyekkel az ortopédus foglalkozik: csecsemő- és gyermekkori csípőbetegségek (pl. veleszületett csípőficam), gyermekkori veleszületett és szerzett lábbetegségek (dongaláb deformitás, flexibilis és fixált lúdtalpbetegség), fejlődési rendellenességek ellátása (végtagrövidülések, tengelydeformitások, végtaghiány). Ezekon kívül kompetenciájába tartozik a mozgássérült gyermekek (elsősorban a szülés körüli agyi károsodás miatt kialakult spasztikus mozgássérülés) sebészi és rehabilitációs kezelése, a gyermekkori csont- és lágyrészdaganatok onkológiai diagnosztikája, valamint sebészi (terápiás és rekonstruktív) kezelése és rehabilitációja is.²⁰⁴

Pszichiáter (gyermek- és ifjúságpszichiáter)

A pszichiáter olyan orvosi végzettséggel rendelkező szakember, aki lelki eredetű zavarok, mentális kórképek kutatásával, diagnosztizálásával és kezelésével foglalkozik. Az emberi test és lélek egységének figyelembevételével célja a lelki betegségek gyógykezelése.²⁰⁵ A pszichiátria-alapszakvizsgát az általános orvosi diploma után ötéves képzési programot követően lehet megszerezni. A pszichiáter erre az alap szakképesítésre ráépíthető szakvizsgákat tehet, így a későbbiekben többek között gyermek- és ifjúságpszichiáterként, rehabilitációs szakorvosként, pszichoterapeutaként vagy igazságügyi pszichiáterként is dolgozhat.²⁰⁶

²⁰¹ A 66/1999. (XII. 25.) EÜM rendelet a szakorvos, szakfogyorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről még tartalmazza a gyermekszemészetet mint ráépített szakvizsgát, de a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről már nem jeleníti meg külön ráépített szakvizsgaként.

²⁰² Róbert Egészségközpont. <https://hegyalja.robertkorhaz.hu/szolgaltatasaink/szemeszet> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰³ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Ortopedia>; Medcover. <https://medcover.hu/szakrendelesek/ortopedia/> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰⁴ Ortopédiai Klinika. <http://semmelweis.hu/ortopedklinika/altalanos/profiljaink-lista/gyermekortopediai-profil/> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰⁵ Állami Egészségügyi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Pszichiatria> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰⁶ 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről.

A gyermekkorban előforduló mentális betegségek és kórképek felismerését, gyógyítását, enyhítését, illetve prevencióját a gyermek- és ifjúságpszichiáter végzi. A gyermek- és ifjúságpszichiáter ambuláns és osztályos ellátás keretében megvizsgálja, diagnosztizálja és gyógyítja a gyermekkorban előforduló kóros állapotokat. Az egészségügyön kívül a család- és gyermekjóléti szolgálattal, az iskolai egészségügyi rendszerrel, a rehabilitációs szervekkel, civil szervezetekkel és a jogi rendszerrel van kapcsolata.²⁰⁷ Amennyiben pszichiátriai kórképről (pl. depresszió, hiperaktivitás, autizmus, tic, Tourette-szindróma stb.) van szó, mely esetekben komolyabb pszichopatológiai folyamatok zajlanak, minden esetben pszichiátert kérnek fel a helyes diagnózis felállítására és a kezelés megtervezésére, levezetésére.

Kórházi szociális munkás

A kórházi szociális munkás az egészségügyi tevékenységben közreműködő, egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező egészségügyi dolgozó.²⁰⁸ Feladata a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a válsághelyzetben lévő anyának és gyermekének segítése, valamint a gyermekosztályon a gyermekelhanyagolás és -bántalmazás észlelése esetén a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé való jelzés, illetve a hatósági eljárás kezdeményezése. A kórházi munka a család- és gyermekjóléti központ speciális szolgáltatása. A központ az egészségügyi intézménnyel kötött szerződés keretében rögzíti a kórházi szociális munka biztosításának kereteit, valamint az együttműködés módját.²⁰⁹

Gyógytornász

A gyógytornász különböző mozgásszervi betegségek kezelését, rehabilitációját végzi. Feladata egyrészt a megelőző egészségmegőrzés, melynek során tartásjavítást, helyes mozgásmintákat és az életmódra vonatkozó tanácsadást nyújt, másrészt a tünetek kezelése, kialakulásuk okának lehetőség szerinti megszüntetése és a már kialakult betegségek romlásának lassítása. Sokrétű munkájába beletartozik pl. a műtét utáni rehabilitáció, a szövődmények megelőzése, a kiesett mozgások újratanítása, az izmok optimális állapotának kialakítása és egyéb specifikus feladatok a klinikai terület sajátosságainak megfelelően. Szintén munkájának része a mozgáskoordináció és a szenoros, motoros képességek fejlesztése, a kompenzációs technikák tanítása és gyakoroltatása, továbbá ortézisek és protézisek, a mozgást támogató segédeszközök használatának megtanítása és gyakoroltatása. A mozgásrendszer funkcionális vizsgálatának és elemzésének elvégzése mellett megtervezi és végrehajtja a mozgásterápiás beavatkozásokat, aktív, passzív manuális, eszközös, egyéni vagy csoportos formában, szárazon és vízben. Képes az izomtónus befolyásolására, az izomerő-egyensúly helyreállítására, az izomerő és az erő-állóképesség fejlesztésére dinamikus és statikus formában egyaránt.²¹⁰

A gyógytorna számos területen alkalmazható; ilyen például a neurológia, a sebészet, az ortopédia, a reumatológia, a traumatológia, a kardiológia, a pulmonológia, a szülészeti- és nőgyógyászat. A köznevelés területén a pedagógiai szakszolgálatnál dolgozik gyógytornász, de a szociális szakellátásban is alkalmazzák, ahol megelőző, gyógyító, gondozó és rehabili-

²⁰⁷ Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika: A pszichiátriai szakképzés tematikája. http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/pszich_szakkep_z_tematika.pdf (Letöltve: 2019. 10. 11.)

²⁰⁸ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 3. és 4. sz. melléklet.

²⁰⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 40/A. § (2) ac); 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 24. §.

²¹⁰ Felvi.hu. Ápolás és betegellátás szak. https://www.felvi.hu/felveteli/szakok_kepzesek/szakleirasok/Szakleirasok/index.php/szak/7/szakleiras (Letöltve: 2022. 02. 14.)

tációs munkát végez, pl. a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában, rehabilitációs intézményében.

1.4.2. Köznevelés

Gyógypedagógus

A gyógypedagógusok segítséget nyújtanak a fogyatékos, sérült, akadályozott gyermekeknek, fiataloknak és felnőtteknek képességeik fejlesztéséhez, funkciózavaraik (kognitív, szociális, szomatikus, érzékelési, észlelési) korrekciójához, illetve kompenzálásához, életviteli nehézségeik kezeléséhez, rehabilitációjukhoz, valamint környezetük rendezéséhez és társadalmi integrációjukhoz. Szakirányuknak megfelelően a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott népességcsoportokat szakszerűen segítik; komplex gyógypedagógiai fejlesztést, nevelést, oktatást, habilitációt és rehabilitációt végeznek.²¹¹ A gyógypedagógusok kompetenciája a *választott szakirányuknak* (autizmus spektrum pedagógiája, értelmileg akadályozottak pedagógiája, hallássérültek pedagógiája, látássérültek pedagógiája, logopédia, pszichopedagógia, szomatopedagógia, tanulásban akadályozottak pedagógiája) megfelelő népességcsoport ellátására terjed ki.

A korai ellátásban találkozhatunk gyógypedagógusokkal a köznevelés területén, így a pedagógiai szakszolgálatoknál, az óvodákban, az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai intézményekben; a gyermekjóléti alapellátásban (bölcsődékben, család- és gyermekjóléti szolgálatokban/központokban, Biztos Kezdet Gyerekházakban); a gyermekvédelmi szakellátásban (pl. gyermekotthonokban) vagy a szociális ellátás területén (fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonaiban), továbbá az egészségügyi intézmények különböző osztályain (pl. gyermekneurológiai vagy fejlődésneurológiai, illetve gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg-szakrendelés).²¹²

Értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus

Az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban oligofrénpedagógus) a mérsékelt, súlyos és legsúlyosabb fokú (újabban mérsékelt értelmi fogyatékoságtól alsó határ nélkül) értelmi fogyatékos és a halmozottan sérült gyermekek speciális nevelési szükségleteinek diagnosztizálását, komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzi. A korai intervenció időszakában (0 éves kortól) és helyszínein (pedagógiai szakszolgálat, korai fejlesztő központok, központi gyógytorna-fizioterápia osztályok, integráló bölcsőde stb.) prevenció feladatokat lát el, egyéni és csoportos fejlesztést végez. Az óvodai nevelés időszakában és helyszínein (speciális óvoda, integrált óvoda) komplex gyógypedagógiai tevékenységet végez.²¹³

Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus

A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban oligofrénpedagógus) az enyhe értelmi fogyatékos (enyhe fokú intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók és az általános iskolai gyenge teljesítményt (tanulási zavart, tanulási nehézséget) mutató tanulók speciális nevelési szükségleteinek diagnosztizálását, komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzi. Képes az érintett gyermekek, tanulók állapotának

²¹¹ Az innovációért és technológiáért felelős miniszter 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelete a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről.

²¹² 60/2003. (X. 20.) ESZCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

²¹³ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

és élethelyzetének javítására irányuló gyógypedagógiai nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, prevenciós, habilitációs és rehabilitációs feladatok megtervezésére és ellátására, együttműködve a nevelésben, ellátásban, gondozásban érintett partnerekkel.²¹⁴ Képzésében kevésbé jelenik meg a 0–3 éves korosztályra irányuló fókusz.

Látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus

A látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban tiflopedagógus) a különböző életkorú és látásteljesítményű látássérült személyek szükségleteit, képességeit és igényeit figyelembe véve gyógypedagógiai nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, prevenciós, habilitációs és rehabilitációs feladatokat lát el. Részt vesz a korai fejlesztésben, alkalmazza annak módszereit, eszközeit, valamint közreműködik a speciális óvodai és iskolai készségfejlesztésben, elemi rehabilitációban, és segít az integrált intézményben nevelődő, tanuló látássérült gyermekek nehézségeinek csökkentésében (a látássérült felnőttek rehabilitációjában is részt vesz). Funkcionális látásfejlesztést végez, amelynek mindig része a látási funkciók és a kommunikációs készség fejlesztése, a mozgás- és tájékozódásnevelés, valamint állapottól függően egyéb területek is (emlékezet, hallási figyelem stb.). A gyermekkel egyéni állapotából adódóan személyre szabott fejlesztést végez.

Hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus

A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban szurdopedagógus) hallássérült gyermekek (illetve felnőttek) nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, prevenciós, habilitációs és rehabilitációs ellátását végzi, együttműködve a nevelésben, ellátásban, hallásgondozásban, támogatásban érintett partnerekkel. Közreműködik a korai fejlesztésben, valamint a hallássérültek speciális óvodáiban, iskoláiban és a többségi óvodákban, iskolákban lát el differenciált oktatási-nevelési, fejlesztési feladatokat (a hallássérült felnőttek rehabilitációját is végzi). Feladata többek között a beszédhanghallás, az artikuláció és a magyar nyelvnek megfelelő beszédmód komplex, folyamatos fejlesztése; a gyermek kommunikációs kompetenciáinak fejlesztése, a beszédmozgás kialakítása, javítása; a beszédészlelés és beszédértés, a hallásfigyelem, az akusztikus tagolás és a szövegértés fejlesztése. Egészségügyi, szociális és nevelési-oktatási intézményekben dolgozik.

Szomatopedagógus

A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus (szomatopedagógus) mozgáskorlátozott gyermekek (és felnőttek) mozgáskoordinációs fejlesztésével foglalkozik. Részt vesz többek között a mozgáskorlátozott gyermekek korai intervenciójában, fejlesztő nevelésében, óvodai nevelésében, iskolai nevelésében-oktatásában, fejlesztő nevelésében-oktatásában. Integrált, inkluzív óvodákba, iskolákba járó mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók fejlesztését, terápiáját és rehabilitációját is végzi, együttműködve a nevelésben, ellátásban, gondozásban érintett partnerekkel. Utazótanárként a partnerek számára tanácsadást biztosít.²¹⁵ A gyermekek ellátását tekintve a szomatopedagógiai folyamat az adott gyermek mozgásos akadályozottságától függő komplex pedagógiai hatásrendszer, amely az egyedi nevelhetőségi feltételek figyelembevételével az akadályozottság javítására, megszüntetésére, az egész személyiség fejlesztésére irányuló speciális szakpedagógiai tevékenység. A szomatopedagógus kompetenciájába tartozik a fejlődés elősegítésére végzett komplex terápia (motoros, szenzoros, kognitív képességek,

²¹⁴ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²¹⁵ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

kommunikáció fejlesztése); a szociális fejlesztés (magatartás, viselkedés, önállóság, közösségi személyiségvonások) és a környezeti adaptáció segítése (BENCZÚR M.-NÉ 2011).

Logopédus

A logopédia szakirányon végzett gyógypedagógus (logopédus) a beszéd, a hang, a beszélt és írott nyelv fejlődési és szerzett zavaraihoz, valamint a gyermekkori nyelési zavarhoz kapcsolódó nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás feladatokat tervezi és végzi. A logopédus munkája kiterjed a beszéd, a nyelv, a kommunikáció, a kognitív funkciók és a nyelészavarok területén végzett prevenció tevékenységre, az eltérések értékelésére, diagnosztizálására és komplex kezelésére. A státusz- és differenciáldiagnózisnak megfelelő sérülésspecifikus, individuális logopédiai beavatkozást végez.²¹⁶

Tudását a köznevelés különböző szinterein, a pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményekben, a nevelési és nevelési-oktatási intézményekben (speciális és integrált keretek között, az alapellátásban és a sajátos nevelési igényű tanulók esetében), valamint az egészségügyi ellátórendszerben egyaránt alkalmazza.²¹⁷ Logopédusok foglalkoznak az agyi bénulással, szájpád- és ajakhasadékkal, illetve más fejlődési rendellenességgel született csecsemők és a nem beszélő kisgyermek korai beszédfejlesztésével, beszédindításával. A későbbi életkorban ők fejlesztik a beszélt vagy írott nyelvi elmaradást mutató óvodás- és iskoláskorú gyermekek kiejtését, beszédértését, beszélt és írott anyanyelvi kifejezőkészségét, hangadási és nyelési zavarait. (Továbbá idősebb életkorban ők foglalkoznak a sérülés vagy betegség következtében kórházba kerülő, rehabilitációra szoruló felnőttekkel is, akiknek a hangadás, a beszéd és a beszédértés, a táplálkozás vagy az írás és olvasás terén vannak nehézségeik.)²¹⁸

Pszichopedagógus

A pszichopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus tudása a tanulási, érzelmi és viselkedészavarok kezelésére, a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézségekkel küzdő gyermekek, tanulók, illetve a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek, fiatalok gyógypedagógiai megsegítésére irányul.

A pszichopedagógus képes bármely életkorban az érzelmi és viselkedészavarral összefüggő tanulási és magatartási mintázatokat értelmezni, azok hátterét, kialakulásuk módját figyelembe véve gyógypedagógiai diagnózist felállítani, majd fejlesztő eljárásokat megtervezni és kivitelezni. Gyógypedagógiai ellátásban részesíti azon kiemelt figyelmet igénylő személyek csoportját, akik különleges bánásmódot igényelnek, azon belül sajátos nevelési igényűek, egyéb pszichés fejlődési, súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral küzdenek. Azonosítja a protektív és kockázati tényezőket, valamint pszichopedagógiai ellátást biztosít. Munkája során együttműködik a beilleszkedési, érzelmi és viselkedészavart mutató személy közvetlen környezetével és az őt ellátó szakmai közösség tagjaival. Együttműködik a hátrányos helyzetű, a halmozottan hátrányos helyzetű, a deviáns magatartást mutató, a veszélyeztetett, a bántalmazott és neglectizált gyermekek közvetlen környezetével és az ellátást biztosító egyéb szakmai teammel. Tevékenységét a köznevelési, szociális, gyermekjóléti alapellátásban, a gyermekvédelmi szakellátásban, a büntetés-végrehajtásban és egészségügyi intézményrendszer-

²¹⁶ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²¹⁷ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²¹⁸ Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar: Információk a logopédia szakirányra való jelentkezéshez. <https://barczi.elte.hu/content/informaciok-a-logopedia-szakiranyra-valo-jelentkezéshez.t.898> (Letöltve: 2019. 10. 13.)

ben végzi; munkája az érintett népességcsoportokra, valamint családjaik sokrétű szupportív pszichopedagógiai ellátására irányul.²¹⁹

Autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus

Az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus az autizmussal élő gyermekek vagy felnőttek nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, prevenció, rehabilitációs és rehabilitációs ellátását végzi, együttműködve a nevelésben, ellátásban, gondozásban, támogatásban érintett partnerekkel. A korai fejlesztés területén, nevelési-oktatási, egészségügyi, szociális intézményekben dolgozik. Meghatározza a fejlesztő tevékenység területeit és eszközeit, részt vesz az autizmus pszichodiagnosztikáját végző diagnosztikus teamben. Azonosítja az autizmussal élő gyermekek, fiatalok és felnőttek speciális nevelési, fejlesztési szükségleteit, objektív felmérésen alapuló fejlesztési terveket dolgoz ki, meghatározva a megfelelő nevelési, oktatási, fejlesztési célokat, tartalmakat és folyamatokat az autizmusspecifikus területeken. Differenciáltan, egyénre szabottan tervezi, irányítja, elemzi és értékeli a pedagógiai folyamatot, megteremt a fejlesztendő személyhez, csoporthoz, valamint az autizmus természetéhez illeszkedő támogató tanulási környezetet, az érzelmi biztonságot. Képes a viselkedési problémák hátterének feltérképezésére, megértésére, megelőzésére és kezelésére.²²⁰

Konduktor

A konduktorok a központi idegrendszeri sérülés következtében mozgáskoordinációs zavarral küzdő gyermekek és felnőttek konduktív nevelésével, komplex pedagógiai rehabilitációjával foglalkoznak. Ugyancsak speciálisan a munkájukhoz tartozik az óvodáskorú mozgássérült gyermekek integrált, inkluzív, illetve speciális csoportokban történő nevelése, fejlesztése, valamint az iskolai specializáció az 1–4. osztályos mozgássérült gyermekek integrált, inkluzív, illetve speciális osztályokban történő nevelésére, oktatására, fejlesztésére. Feladatuk többek között a sajátos nevelést igénylő gyermekek egyéni és csoportos nevelése-oktatása, az egyéni képességek megismerése, a fejlődésbeli lemaradás mértékének megállapítása, a képességhiányok korrigálása, kompenzálása; tanácsadás, kapcsolattartás a szülőkkel, valamint a tanulási problémákra utaló jelek felismerése, és a kompetenciahatárok betartásával azok megfelelő kezelése, szakszolgálathoz irányítása.²²¹

A konduktorok a mozgássérült csecsemő/gyermek óvodába lépéséig korai konduktív nevelést, gondozást, konduktív pedagógiai ellátást biztosítanak, és szükség esetén nevelési tanácsadást adnak a hozzájuk forduló családoknak. Az egészségügy területén is dolgoznak konduktorok a fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátás területén. Itt feladatuk az első tanácsadás, vizsgálat végzése, az érintettek konduktív nevelésének megszervezése, levezetése; a csoport fejlődésének figyelemmel kísérése és különböző programok szervezése. Fontos feladatuk a kapcsolattartás a hozzátartozókkal, a pedagógusokkal, gyógypedagógusokkal, gyógytornászokkal, orvosokkal, illetve a sérülttel foglalkozó más szakemberekkel, intézményekkel.²²²

²¹⁹ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²²⁰ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²²¹ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²²² 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

Pszichológus

A pszichológus általában véve olyan segítő szakember, aki megfigyeli, tanulmányozza a lelki jelenségeket, törvényszerűségeket, és vizsgálja a megismerési folyamat, a gondolkodás, az érzelmek stb., illetve az emberi viselkedés természetét. Diagnosztikai tevékenység keretében végezhet többek között személyiség- és teljesítményvizsgálatot, alkalmassági vizsgálatot, élet-útelemzést, szociálpszichológiai felmérést. A problémákat egyéni és csoportterápia keretében kezeli. Tanácsadói munkájával elősegíti a lelki betegségek megelőzését, a hozzáfutólók életvezetési, pályaválasztási stb. problémáinak megoldását. Pszichológusi oklevelet mesterképző szakon szerezhetnek a hallgatók a társadalomtudományi vagy az egészségügyi képzési rendszeren belül. A bölcsészettudományi karon többek között klinikai és egészségpszichológia, tanácsadás- és iskolapszichológia, fejlődés- és klinikai gyermekpszichológia specializáción végezhetik el az MA-képzést. A pszichológus oklevéllel rendelkezők a későbbiekben szakirányú továbbképzés keretében folytathatják tanulmányaikat, például tanácsadó szakpszichológusként, egészségfejlesztő szakpszichológusként és pedagógiai szakpszichológusként (óvodai és iskolai szakpszichológusként) végezhetnek – ez határozza meg, hogy a gyakorlatban mely területen helyezkednek el. Mindenképpen fontos megemlíteni, hogy a mesterképzést el nem végzett, pszichológiai alapképzési szakot befejező hallgatók *viselkedéselemzőként* végeznek. Ezzel a végzettséggel pszichológusasszisztensi feladatkört tölthetnek be, és – szakmai vezetés mellett – alkalmasak a pszichológia alkalmazott ágaiban feladatok ellátására.²²³

Az egészségügy területén az MSc-végzettség után egészségügyi szakképzettséget adó klinikai szakpszichológusokat képeznek: a pszichológusok felsőfokú szakirányú szakmai képzési program keretében gyermek- és ifjúsági klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusi, neuropszichológiai szakpszichológusi végzettséget szereznek. Tevékenységük a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására, a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára és okainak feltárására, valamint egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok végzésére és a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul. Ráépített szakképzési program keretében pszichoterapeuta-végzettség is szerezhető.²²⁴ A pszichoterápiát a lelki problémák, viselkedészavarok kezelésében és gyógyításában alkalmazzák a terapeuta és a beteg közötti szigorúan szabályozott kapcsolat keretében. A pszichoterápia lehet egyéni vagy csoportos. Pszichoterápia végzéséhez a szakorvosi, szakfogorvosi, illetve szakpszichológusi végzettségre ráépített pszichoterápiás szakvizsga szükséges.²²⁵

A különböző végzettségű (klinikai szak)pszichológusok végzettségüktől függően számos helyen képesek hasznosítani ismereteiket. Dolgozhatnak kórházakban, rendelőintézetekben, pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban, iskolákban, korai fejlesztő központokban, családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatoknál stb.

Óvodapedagógus

Az óvodapedagógus a 3–7 éves óvodáskorú gyermekek nevelését végzi. Alapvető feladata a rábízott gyermekek differenciált nevelése, fejlődésük nyomon követése, a testi, a szociális és az értelmi képességek egyéni és életkorspecifikus alakítása. Munkája során feltérképezi és rögzíti a gyermek személyiségének, képességstruktúrájának sajátosságait, és figyelemmel van a gyermek egyéni képességeire, szociokulturális helyzetére. Tájékozott az integráció és az inklú-

²²³ Felvi.hu: Pszichológia szak. https://www.felvi.hu/felveteli/szakok_kepzesek/szakleirasok/Szakleirasok/index.php/szak/85/szakleiras (Letöltve: 2022. 02. 05.)

²²⁴ 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről.

²²⁵ Állami Egészségtudományi Ellátó Központ: Egészségtudományi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aek.hu/index.php/Pszichoterapia> (Letöltve: 2019. 10. 11.)

zió kérdéskörében, rendelkezik az óvodai nevelés feladatainak ellátásához szükséges alapvető család- és gyermekvédelmi, gyermekjogi ismeretekkel, tájékozott a kora gyermekkori intervenció témakörében és a segítségnyújtás lehetőségeit illetően. Szorosan együttműködik a gyermek családjával, a bölcsődei ellátást nyújtó intézménnyel, a szolgáltatóval, a szakszolgálatokkal, a szakmai szolgáltatókkal, továbbá más köznevelési intézményekkel, a fenntartóval, a védőnővel és a család- és gyermekjóléti szolgálattal.²²⁶

I.4.3. Szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi terület

Csecsemő- és kisgyermeknevelő

A csecsemő- és kisgyermeknevelő a 3 év alatti gyermekek nevelését és gondozását végzi bölcsődékben, mini bölcsődékben, munkahelyi- és családi bölcsődékben, csecsemő- és gyermekotthonokban stb. Munkája során gondoskodik a rábízott csecsemőkről és kisgyermekekről, támogatja az érintett korosztály egészséges testi fejlődését, szocializációját, biológiai és pszichés szükségleteinek kielégítését, valamint segíti a kisgyermekes családok nevelési tevékenységét. Nyomon követi a 3 év alatti gyermekek fejlődését, képes az eltérő fejlődési ütem felismerésére és az érési-fejlődési folyamatok egyénre szabott, differenciált befolyásolására. Figyelemmel van a fejlődés szociokulturális meghatározottságára, kontextusára, és értelmezni tudja az ebből fakadó különbségeket. Ismeri a családközpontú kora gyermekkori intervenció szemléletét, intézményrendszerét, lehetőségeit, feladatait és módszereit. Az egyes családok jellemzőihez, szükségleteihez, élethelyzetéhez igazodva megerősíti a családi nevelés értékeit, és kompenzálja az esetleges hátrányokat. A gyermek fejlődésének támogatása érdekében erősíti a szülői kompetenciát, együttműködik a szülőkkel, a családdal.²²⁷

Gyermekvédelmi gyám

A gyermekvédelmi gyám olyan szakember, aki a gyámhatóság kirendelő határozata alapján képviseli a gyermek érdekét, elősegíti jogainak gyakorlását, megismeri a gyermek véleményét és azt közvetíti az ellátást nyújtó szolgáltató, intézmény, illetve a gyermek ügyeivel foglalkozó hatóságok felé. Ellátja a gyermek törvényes képviselőtét, és a jogszabályban meghatározott ügyekben eljárást kezdeményez. A gyermekvédelmi gyámot a gyámhatóság abban az esetben rendeli ki a gyermek mellé, ha a gyermeket nevelőszülőnél, gyermekotthonban vagy más bentlakásos intézményben helyezte el, illetve átmeneti vagy tartós nevelésbe vette. A gyermekvédelmi gyám figyelemmel kíséri és elősegíti a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, nevelését, valamint ellenőrzi a gyermek teljes körű ellátásának megvalósulását. A gyermek gondozása és nevelése mellett a gyermek vagyonának kezelése is a feladatai közé tartozik (kivéve, ha a gyámhatóság külön vagyonkezelői eseti gyámot rendel ki). A gyermekvédelmi gyám továbbá kapcsolatot tart a gyermek nevelését biztosító intézményekkel, figyelemmel kíséri a gyermek előmenetelét, magatartását, együttműködik a család- és gyermekjóléti központtal, és részt vesz a gyermek egyéni gondozási-nevelési tervének elkészítésében.²²⁸

Végzettség szerint lehet jogász (köz)igazgatás-szervező, felsőfokú szociális szakképzettséggel rendelkező szakember, pedagógus, pszichológus; viselkedéselemző vagy mentálhigiénés szakember, gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó, jogi szakokleveles családvédelmi

²²⁶ Az innovációért és technológiáért felelős miniszter 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelete a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről.

²²⁷ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet.

²²⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 84–87. §.

tanácsadó vagy oklevéllel rendelkező védőnő, teológus, hittanár, hittantanár, illetve okleveles pasztorális tanácsadó / okleveles pasztorális tanácsadó és szervezetfejlesztő szakember (NRSZH 2016).

Családsegítő

A családsegítő a család- és gyermekjóléti szolgálatokban az alapszolgáltatás során szociális segítő munkát végző szakember (NRSZH 2016). A segítő munka során a családsegítő munkatárs az igénybe vevő szükségleteinek kielégítésére (problémájának megoldására és/vagy céljai elérésére) irányuló, megállapodáson és/vagy együttműködésen alapuló, tervszerű segítő kapcsolatot épít ki, és segíti a gyermekek családban történő nevelkedését. Ennek során a szolgáltatást igénybe vevővel számba veszik és mozgósítják az igénybe vevő saját és támogató környezetének erőforrásait, továbbá azokat a szolgáltatásokat és juttatásokat, amelyek bevonhatók a célok elérésébe, az újabb problémák megelőzésébe. A segítő kapcsolat része lehet a hivatalos ügyek intézésében nyújtott segítség, melyet az igénybe vevő önállóan nem, vagy nehezen képes megoldani, és amelyhez segítséget kér.

Esetmenedzser

Az esetmenedzser a család- és gyermekjóléti központ szociális szakembere/munkatársa, aki az adott járás illetékességi területén látja el a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó, hatósági intézkedést megelőző és követő segítő tevékenységet, és biztosítja a szolgáltatási tartalmakat. A hatósági intézkedésekhez kapcsolódóan a gyermekek védelmére, a veszélyeztetettség megszüntetésére irányuló tevékenységeket végez, ami során szolgáltatásokat szervez. Partneri együttműködésben segíti a családot, védelembe vett gyermek esetében pedig elkészíti a gondozási-nevelési tervet, és szociális segítőmunkát koordinál és végez (ez utóbbit csak nagyon indokolt esetben, pl. összeférhetlenség esetén; NRSZH 2016). Összehangolja és segíti a sokproblémás családokat támogató rendszer szolgáltatásait. A szolgáltatásokra vonatkozó koordináció az elérhető egészségügyi, köznevelési és szociális intézményekre irányul; ebben feladata a sokféle végzettséggel és sokféle problémaértelmezéssel rendelkező szereplők közötti kommunikáció támogatása (HÉDERNÉ BERTA 2018). A családsegítővel közösen – de világosan kijelölt feladatmegosztással – szolgáltatásokhoz, ellátásokhoz juttatja a családtagokat. Esetmegbeszéléseket, esetkonferenciákat szervez.

Tanácsadó

A tanácsadó a család- és gyermekjóléti központok által biztosított, tanácsadást nyújtó, specializált képzettséggel, tudással rendelkező szakember (NRSZH 2016). Az általa nyújtott tanácsadás célorientált problémamegoldó tevékenység, a segítő beavatkozás intenzívebb formája, ami viszonylag rövid folyamat, többnyire 3-5 alkalomból áll (maximum 10-12 találkozás). A tanácsadás interperszonális segítségnyújtási forma, melynek során a szolgáltatást igénybe vevő saját problémájának megértésében és megoldásában, önálló döntései kialakításában kap segítséget.

Óvodai és iskolai szociális segítő

Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szociális segítő munka eszközeivel támogatást nyújt a köznevelési intézménybe járó gyermeknek, a gyermek családjának és a köznevelési intézmény pedagógusainak.²²⁹ A segítő szakember egyéni, csoportos és közösségi szociális munkát végez. Támogatja a gyermekek

²²⁹ 15/1998. NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 25. §.

kompetenciáinak fejlődését, a tanulmányi kötelezettség teljesítését, a gondviselők nevelési nehézségeinek megoldását és a pedagógusok munkáját. Segít a veszélyeztetettség kialakulásának megelőzésében, az egészségfejlesztésben, a korai fejlesztésbe való eljutásban, és közvetít a szülő és az óvodapedagógus közti konfliktusok rendezésében. Kapcsolatot épít ki és tart fenn a társintézményekkel (pedagógiai szakszolgálat), szoros együttműködést alakít ki a társszakmákkal (óvodapszichológus) és a társágazatok szakembereivel (orvos, védőnő, pszichológus, gyógypedagógus, gyógytornász, konduktor stb.; CSILLAG–PALOTÁS 2019). Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet valamennyi nevelési-oktatási intézményben a járási székhely önkormányzata által fenntartott család- és gyermekjóléti központok biztosítják.

I.7.1. Teammunka a kora gyermekkori intervencióban

KEREKI J. (2022): Tájékozódás a kora gyermekkori intervenció témakörében. In KEREKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Non-profit Közhasznú Kft., 90–96. p.

A kora gyermekkori intervencióban érintett gyermeket és családját körülvevő különböző ellátórendszerek és szakterületek eltérő eljárásrendek, folyamatok mentén, különböző kompetenciával rendelkező szakemberekkel dolgoznak, és sokszor áttekinthetetlenek a szolgáltatásokat igénylők számára. A szükségletekhez megfelelően igazodó ellátás megteremtése érdekében azonban szükséges a gyermek és családja ellátásában részt vevő, különböző szakterületet képviselő szakemberek együttműködése, folyamatos kommunikációja. Általában jellemzőbb, hogy egy szektoron belül, és még inkább egy intézményen belül sikeres teamműködés valósul meg, ám az olyan példák még ritkák, melyek egy fedél alá helyezik a többféle szektor szolgáltatásait, így teremtve meg az integrált szolgáltatások költség- és szakmai szempontból is hatékony együttműködésének alapját.

Az eltérő működési logikák és azok összehangolása egy diszciplínákat átívelő, integrált teamszemlélet jelenlétét igényli a szolgáltatói rendszerben, amely az utóbbi évtizedekben a nemzetközi szintén evolúciós folyamaton ment keresztül. A *multidiszciplináris* megközelítésű teammunka egyre inkább az *interdiszciplinaritás* irányába toledott el, majd annak egy összehangoltabb formája, a *transzdiszciplináris* teamtevékenység igénye jelent meg. E különböző típusú teammegközelítések egyszerre vannak jelen a nemzetközi gyakorlatban. Emellett különböző modellek kerültek kialakításra, melyek egy-egy szofisztikáltabb teamszerveződést jelenítenek meg, és programszerűen működnek. Ilyen például a „kulcsszemély-modell” vagy a „team a gyermek körül” (team around a child) modell. A hazai ellátásra jellemző, hogy még ha több szinten is foglalkoznak a gyermekkel és a családjával, az ellátó szakemberek között nincs feltétlenül kommunikáció, sőt sokszor az is előfordul, hogy nem tudnak egymás szerepéről. Ez indokolja egy olyan személy beemelését a rendszerbe, illetve megnevezését a jelenlegi szereplők között, aki a nyomon követésben és a szolgáltatások koordinációjában kulcsszerepet játszik

I.7.1.1. Multidiszciplináris team

A multidiszciplináris szemléletű teamtevékenység keretében a szakemberek közös cél érdekében, de egymástól függetlenül végzik a munkájukat. A team minden tagja a saját tudományterületét reprezentálja, és szakterületének megfelelő, specifikus tudást használ. A gyermek állapotának felmérését, diagnosztizálását, illetve az intervenció tevékenységet egyénileg végzik.

Az egyéni értékelés, a szolgáltatástervezés és a szolgáltatásnyújtás eredményeit a teamtagok nem feltétlenül osztják meg egymással, minimális közöttük az interakció. Ez azt eredményezheti, hogy a gyermek és a család ugyanazokat az információkat több szakembernek is el kell, hogy mondja. A szülők információkat kapnak a fejlődésspecifikus területtel kapcsolatban, és a fejlesztési terv is az egyedi diszciplínához kapcsolódva épül fel. Mivel a szakemberek munkája nem koordinált, megnő a kockázata, hogy olykor egymásnak ellentmondó tanácsokat adnak a családnak, ami fokozza az ellátást igénylők bizonytalanságát. E teamműködés velejárójaként a szakemberek lényegében egyedül hozzák meg a kulcsdöntéseket, az intervenció pedig kizárólag a gyermekre irányul. Előfordul azonban, hogy a szolgáltatási terv és a szolgáltatás nyújtása nem a gyermek és a család erősségeinek és szükségleteinek teljes figyelembevételére épül (WALLS–O'CONNOR 2005; AITKEN et al. 2009; COOK PLETCHER–YOUNGGREN 2011; MOORE 2013).

1.7.1.2. Interdiszciplináris team

Ebben a teamtevékenységben a különböző szakterületekről és eltérő szakmai háttérrel rendelkező szakemberek az általuk – jellemzően inkább egymástól függetlenül – elvégzett vizsgálatok alapján véleményüket megosztva, közösen dolgozzák ki a fejlesztési vagy az ellátási tervet (KAPRONYI–ZELENKA 2015). Ez alapján az átfogó ellátási terv alapján dolgoznak, és bár egymástól függetlenül értékelnek és nyújtják a szolgáltatásokat, a teamtagok közötti kommunikációnak hangsúlyos szerepe van. A szakemberek az értékelés és a beavatkozás eredményeit megosztják egymással, és rendszeres találkozókat tartanak a szolgáltatási terv koordinálása céljából. Az interdiszciplináris team összetétele a gyermek és a család szükségleteihez igazodik. Ennek biztosítását támogatja, hogy az interdiszciplináris team tagja a szülő is, aki a tervezett és a megvalósuló szolgáltatások különböző szintjein a szakemberek együttműködő partnere, bár bevonódásának mértéke korlátozott marad. A team irányításáért felelős személyt a team választja, és a személye változhat attól függően, hogy a folyamatban melyik szakterületre, milyen tevékenység típusra helyeződik a hangsúly (WALLS–O'CONNOR 2005; AITKEN et al. 2009; KING et al. 2009; COOK PLETCHER ÉS YOUNGGREN 2011).

Az interdiszciplináris teammunka folyamatában a szolgáltatások koordinációja és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek intenzív együtt gondolkodása valósul meg. Jellemző a közös problémafeltárás és -megoldás, a gyakori, kölcsönös konzultáció, valamint életkortól függően a klienssel és a szülőkkel egyeztetett célkitűzés és terv készítése. A közös célok minden szakember tevékenységébe integrálva valósulnak meg. A kölcsönös megerősítés szinergikus hatású, ami az eredményességben többet nyújthat annál, mint amit a résztvevők egyenkénti munkájukkal összességében elérhetnek. A teammunka ilyen magasabb minőségének megteremtéséhez jól felkészített csapatra és teamvezetőre van szükség (KULLMANN 2015).

1.7.1.3. Transzdiszciplináris team

A transzdiszciplináris megközelítésű teammodell a legmagasabb szintű az eddig ismertetett modellek közül. Ez a modell veszi leginkább figyelembe a gyermek és a család komplex szükségleteit, és sokféle diszciplína bevonásával nyújt integrált, koordinált szolgáltatást a családnak (HANSON–BRUDER 2001; GURALNICK 2001; DEECD 2008; KING et al. 2009; AITKEN et al. 2009; SCHLOESSER–KAFKA 2009).

A transzdiszciplináris szemléletben dolgozó szakemberek egy közös cél által vezérelve módszeresen, lépésről lépésre megtervezik a szerepek megosztását és a szakterületek közötti határok átjárását annak érdekében, hogy maximalizálják a tagok közötti kommunikációt, interakciót és kooperációt (WALLS–O'CONNOR 2005).

Mindvégig együttműködnek a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében, s ennek során folyamatosan figyelembe veszik a gyermek és a család szükségleteit. Az intervenció ideje alatt kevesebb számú szakember érintkezik a családdal, mivel az egyes szakemberek már képesek több szakma átívelő tudását és gyakorlatát egyszerre alkalmazni azáltal, hogy a háttérben a team szervezett, összehangolt munkát végez, így az egyes szakemberek komplexebben látják az esetet. A transzdiszciplináris teambe a gyermeket és a családját is integrálják egy koordinátorszerepben lévő szakember (esetgazda) segítségével, aki összehangolja a család és az ellátásban közreműködő szakemberek közötti rendszeres kommunikációt, konzultációt. A transzdiszciplináris megközelítés alkalmazhatóságának feltétele, hogy a team tagjai közös célokat jelöljenek ki, a szakmai kompetenciájuk pontosan körülhatárolt legyen, hatékony kommunikáció valósuljon meg közöttük, valamint támogatott legyen a szakemberek továbbképzése (DEECD, 2008; AITKEN et al. 2009; KPMG 2014).

A szülők egyenrangú tagjai a teamnek: a tervezésbe, a szolgáltatásnyújtásba és az értékelésbe is integrálják, bevonják őket. A közös partneri munkán keresztül a szülő megerősödik szülői szerepében, magabiztosabbá, kompetensebbé válik. A transzdiszciplináris teammunka a teamtagok közötti kommunikáció és a bizalom magas szintjét várja el (ROSIN et al. 1996; WALLS–O’CONNOR 2005; EVANGELISTA 2009).

I.7.1.4. A kulcsszemély-modell

A teammunka három ismertett megközelítése eredetileg alapvetően a szakember–gyermek intervencióra fókuszált, s csak korlátozott figyelmet szentelt a gyermek életében szerepet játszó felnőtteknek és a gyermeket körülvevő mindennapi környezet minőségének. Ebben a kérdésben határozott szemléletváltás következett be, a szakemberek ugyanis felismerték, hogy a kora gyermekkori intervenciónak sokkal inkább a szülők, a gyermeket gondozó felnőttek támogatására kell irányulnia, segítve őket abban, hogy a mindennapi élet során optimális élményeket tudjanak nyújtani gyermekeiknek (MOORE 2013). Az egyik olyan modell, amely e felismerés alapján a kora gyermekkori intervenció jelentéstartalmának újraértelmezéséhez legjobban illeszkedik, az ún. kulcsszemély- (*key worker*) modell.

Ez a modell hasonlóan a transzdiszciplináris modellhez, a különböző területek szakembereinek közös munkáján, együttműködésén, a köztük lévő kommunikáció és információmegosztás világos rendszerén alapul. A szakemberek a rendszeres találkozókkal alkalmával koordinált és átfogó szolgáltatási koncepciót alakítanak ki. A modell célja, hogy a teamtagok (különböző) tudását összehangolja, és koordinált, teljes körű szolgáltatási koncepciót alakítson ki annak érdekében, hogy az értékelés és a beavatkozás minél átfogóbb, a szolgáltatások nyújtása pedig minél hatékonyabb legyen (BRUDER 2010).

A kulcsszemély-modell az Egyesült Királyságban a 2000-es évek elejétől elindított Early Support (Korai támogatás) program segítségével terjedt el, amely az eltérő, megkésett fejlődésű, illetve fogyatékos gyermekek és családjaik számára szervezett szolgáltatások szakmai tartalmát és kereteit dolgozta ki, többek között a kulcsszemély-szolgáltatásokét. A kulcsszemély-modell egy olyan több funkcióból álló tevékenység-halmazként értelmezik, amely a gyermekek és a családok integrált támogatását teszi lehetővé, igazodva szükségleteikhez és a felmerült helyzetekhez.

A kulcsszemély funkciói négy elsődlegesen meghatározott terület valamelyikébe sorolhatók:

1. (*Érzelmi és gyakorlati támogatás*: ide tartozik a bizalmi kapcsolatban szükség szerint nyújtott érzelmi és gyakorlati támogatás és a gyermeknek, illetve családjának képességei (empowering) a döntések meghozatalához).

2. *Koordináció*: a különböző ellátókkal való találkozás támogatása, szervezése, a gyermek és a család számára nyújtott szolgáltatások koordinálása, „egyablakos”, rendszeres és kiszámítható kapcsolat biztosítása.
3. *Tervezés és az elért eredmények értékelése*: a tervezéshez és az értékeléshez történő támogatás nyújtása, valamint a családtagok és a család erősségeinek és szükségleteinek felmérése, azonosítása.
4. *Információs és speciális támogatás*: az érintettek informálása, iránymutatás nyújtása; a gyermek és családja ügyének képviselője a megfelelő fórumokon; segítségnyújtás ahhoz, hogy ahol lehet, a klinikai kezelés az általános és a speciális szolgáltatásokba integráltan történjen (MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014).

A kulcsszemély legfontosabb feladatai

A kulcsszemélyszerep és -felelősség igen széles körű, és kiterjedésében, intenzitásában a család szükségleteihez igazodik. Kanadai és ausztrál példák hasonló módon fogalmazzák meg a kulcsszemély feladatellátásának a lényegét. Ennek értelmében a kulcsszemély-modell a szolgáltatásnyújtás olyan módjaként definiálható,

1. amelynek része egy olyan személy, aki a családokat kalauzolja rendszerben;
2. ez a személy jelenti a család számára a fő kapcsolati pontot a szolgáltató és az ellátó intézmények felé; valamint
3. segíti a családot az igénybe vett ellátások és szolgáltatások közötti eligazodásban a rendszer egészében (beleértve az egészségügy, az oktatás, a szociális ellátás, a pénzügyi támogatások, a pihenés, a közlekedés stb. ügyeit is).

Feladatai a három csomópontozat kapcsolódnak. A transzdiszciplináris megközelítésű ellátásban a kulcsszemély összekapcsolja a családokat a szolgáltató és az ellátó intézményekkel; segít az eligazodásban, a szolgáltatási jogosultságok megismerésében és az eredmények, a kimenetek, valamint a szükséges megbeszélések céljának és eredményének megértésében. Információkkal, magyarázatokkal segíti a családokat a várható kimenetek értékelése és a megoldásra fókuszáló szolgáltatáscsomag kialakítása érdekében, s azért, hogy az ellátás különböző szereplőinek kompetenciáját és felelősségeit minél jobban megértsék és megismerjék (DRENNAN–WAGNER–ROSENBAUM 2005; DEECD 2008).

A kulcsszemély feladata az is, hogy a szülőket képessé tegye (*empowerment*) saját erőforrásaik mozgósítására azáltal, hogy egyéni szükségleteiknek megfelelően támogatást, erőforrásokat, általános és speciális információkat, érzelmi támaszt nyújt nekik. Segíti a családot a gyermekről való megfelelő gondoskodáshoz szükséges képességek, ismeretek bővítésében és a más, hasonló problémákkal küzdő családokkal való kapcsolatépítésben. Szükség esetén képviseli a speciális ellátást igénylő gyermekek és családjaik érdekeit a helyi közösség különböző fórumain. Ezzel nemcsak a család támogatását szolgálja, de ahhoz is hozzájárul, hogy a helyi közösség nem érintett tagjai is megismerjék az adott családok gondjait, problémáit (DRENNAN–WAGNER–ROSENBAUM 2005; DEECD, 2008).

A kulcsszemély együttműködik a szolgáltatást nyújtó szakemberekkel, koordinálja a különböző intézmények és szakemberek által nyújtott szolgáltatásokat (egészségügyi, oktatási, szociális ellátások, pénzügyi források, közlekedés stb.), és megszervezi az ezekhez való hozzáférést. Konzultál a szakellátókkal a megfelelő beavatkozások biztosítása érdekében, és ennek során visszajelzést is ad nekik. A családközpontú ellátás érdekében fontos, hogy a kulcsszemély személyes és bizalmi kapcsolatot építsen ki a családdal és a gyermekkel. Ezzel szükség

esetén hitelesebben vállalhatja a család és a gyermek szószólójának szerepét is az intézményrendszer egésze és egyedi szereplői felé. Szerepe kiterjed a kiegészítő támogató szolgáltatások azonosítására és a szolgáltatás igénybevételének az elősegítésére is. Sokszor szükség van kapcsolati közvetítésre is a család és a gyermek, a család és a legfontosabb ellátók, illetve az egyéb szolgáltatások nyújtói között. A kulcsszemély munkájának eredményeként a családok sokkal konzisztensebb, a szükségleteikhez jobban illeszkedő és időben nyújtott intervenciót, ellátást kaphatnak az ellátó intézményektől (KENNEDY et al. 2013).

Ki töltheti be a kulcsszemély szerepét?

A kulcsszemély egy általánosan használható gyűjtőfogalom; nem mindig így hívják az adott kompetenciájú szakembert. A gyakorlatban sokszor használnak eltérő elnevezéseket, pl. ellátásvezető szakember, szolgáltatásirányító, kapcsolattartó, családi kapcsolattartó, nevesített kapcsolattartó, korai ellátó személy, szolgáltatáskoordinátor, kísérő, kísérő személy, családtámogató személy stb. (GRECO–SLOPER 2004; DRENNAN–WAGNER–ROSENBAUM 2005; MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014).

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a kulcsszemély lehet kijelölt vagy nem kijelölt személy, illetve a kettő ötvözete. Kijelölt személy esetében kifejezetten ezzel a feladattal foglalkoztatják az illetőt, míg a nem kijelölt esetben a kulcsszemély a családdal valamilyen más minőségben áll kapcsolatban (például ő a családdal foglalkozó szociális munkás). Az Egyesült Királyságban ezt a feladatot néhol állami, önkormányzati feladatként látják el, más helyeken viszont magán-, önkéntes vagy független ellátók végzik (MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014). Kulcsszemély bárki lehet, aki a családdal kapcsolatba kerül az ellátás során: gyakran szociális munkás, nővér, de lehet foglalkoztató terapeuta, fizioterapeuta, pszichológus, pedagógus vagy más segítő személy is (DRENNAN–WAGNER–ROSENBAUM 2005).

A kulcsszemély sikeres munkájának feltétele, hogy részt tudjon venni a folyamatos képzéseken, tréningeken és a szupervízióon, s hogy bízhat kollégái segítségében, és megkapja a megfelelő adminisztratív támogatást. A kulcsszemély tevékenységének és az általa nyújtott támogatásnak mindig a család adott időpontban érvényes szükségleteihez kell igazodnia. Mivel ez az igény idővel változik, a kulcsszemély feladatában, vagy ha az igényekből az következik, akkor személyében is változásra lehet szükség. A kulcsszemély feladata az is, hogy ezeket a változó igényeket felmérje, érzékelje, és kezdeményezze a változásokat, vegyen részt a menedzselésükben (MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014).

A kulcsszemély-modell hatása a családok helyzetére

A kulcsszemély-modell működését vizsgáló kutatások szerint azoknak a családoknak, ahol az ellátást kulcsszemély koordinálja, jobb a kapcsolatuk a szolgáltatást nyújtókkal, magasabb az önbecsülésük, kevésbé érzik elszigeteltnek magukat, és kevésbé gondolják megterhelőnek ezt az állapotot. Esetükben az információhoz való hozzájutásban és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben fejlődés tapasztalható, kevesebb a kielégítetlen szükséglet (LIABO et al. 2001).

Az ilyen formán támogatott családok véleménye szerint a kulcsszemély segítsége azért fontos, mert számukra időt és energiát takarít meg, csökkenti az érzelmi stresszt, ugyanakkor növeli az önbizalmukat és az önállóságukat. A szülőkkel való partneri együttműködés és a helyzetük, nézőpontjuk megértő kezelése révén a kulcsszemély munkája nagyban segíti, hogy a szolgáltatást nyújtók és a család között kölcsönösen pozitív viszony alakuljon ki. A kulcsszemély munkája segítségével a család valós igényei pontosabban és hamarabb azonosíthatók. Ennek eredményeként az ellátás sokkal hatékonyabban szervezhető és végezhető, az időben nyújtott segítség következtében pedig minimalizálható a későbbi nagyobb költségű szolgáltatásokra

vonatkozó igény. Mindez természetesen nemcsak a pénzügyi mutatókban jelent eredményt, hanem a szolgáltatás minőségében is (MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014).

I.7.1.5. Team a gyermek körül (team around the child) modell

A *team a gyermek körül* (team around the child – TAC) modell az inter- és transzdiszciplináris gyakorlat, valamint a szolgáltatáskoordináció számára nyújt keretet, ahol a gyermekkel dolgozó szakértők rendszeresen találkoznak a családokkal annak érdekében, hogy kifejllesszenek és megvalósítsanak egy lényegre törő és integrált szolgáltatási tervezetet.

A modellt először 2001-ben írták le, és egyre népszerűbbé vált elsősorban az Egyesült Királyságban, de a világ más országaiban is. A modell a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásnyújtás egy olyan módja, melyben a különböző szakterületekről érkező szakemberek a folyamatos és többoldalú intervenciót igénylő gyermekek és családok támogatása érdekében egy együttműködő csapatot alkotnak (LIMBRICK 2001; 2003; 2004). A *team a gyermek körül* modell szerves aspektusa a családközpontú gyakorlat, melynek során a családtagok a gyermek körül működő csapat teljes jogú tagjává válnak. A szülők, illetve a gondozók és a gyermekek nélkülözhetetlen partnerek a hatékony teamműködésben. A *team a gyermek körül* megközelítés nélkülözhetetlen eleme a koordináló személy (helyi gyakorlattól függően hívják vezető szakembernek, összekötő személynek stb.), aki a csapat egyik tagjaként kapcsolatot tart a család és a többi csapattag között, és koordinálja a csapat munkáját (LIMBRICK 2009). Ebben az esetben is szükség van az „egyablakos” koordinációra, a személyes kapcsolattartásra és közvetítésre a támogatott gyermek/család és a körülöttük működő csapat, illetve az ellátó, szolgáltató szakemberek között (MENGONI–OATES–BARDSLEY 2014).

Azt a fajta teamműködést, amelyet a *team a gyermek körül* megközelítés támogat, a kutatók *horizontális működésként* vagy *horizontális integrációként* írják le (LIMBRICK 2013). A *team a gyermek körül* összejöveteleken különböző szakmai háttérrel rendelkező gyakorló szakemberek horizontálisan működnek együtt a szektorok között, vertikális és hierarchikus vezetéstől mentesen. Peter Limbrick ezt „horizontális tájképnek” nevezi, amely lehetővé teszi a különböző vertikális rendszerben szervezett intézmények közötti hatékony kommunikációt és a hálózatos együttműködést, valamint a különböző intervenciók koordinálását (LIMBRICK 2013). A *team around the family* (TAF) hasonló a team around the child modellhez, de itt a fókusz még inkább az egész család támogatására irányul a gyermek potenciáljának jobb elérése érdekében (INSTITUTE OF PUBLIC CARE 2012).

Felhasznált szakirodalom

- AITKEN et al. (2009): *Early Intervention Therapy Program Guidelines*. British Columbia, Ministry of Children and Family Development.
- BABITY M. (2005): *Gyermekbántalmazás – felismerés, megelőzés, kezelés*. Oktatási segédanyag. Baja, Eötvös József Főiskola. http://gyermekbantalmazas.hu/celcsoportok/szakembereknek?task=callelement&format=raw&item_id=261&element=f39e3828-39be-44b0-ba7d-ee7e6e04e2e5&method=download (Letöltve: 2018. 03. 23.)
- BAIRD, G. et al. (2008): Regression, Developmental Trajectory and Associated Problems in Disorders in the Autism Spectrum: the SNAP Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1827–1836. p.
- BARON-COHEN, S. – ALLEN, J. – GILLBERG C. (1992): Can autism be detected at 18 month? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839–843. p.
- BASS L. (szerk.) (2004): *Jelentés a súlyosan, halmozottan sérült embereket nevelő családok életkörülményeiről*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány, 15–16. p. <http://mek.oszk.hu/09500/09511/09511.pdf> (Letöltve: 2018. 03. 28.)
- BENCZÚR M.-NÉ (2011): A szomatopedagógia kapcsolata a gyógypedagógia speciális pedagógiáival. *Gyógypedagógiai Szemle*, 39(2), 109–114. p. https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=36&jaid=524 (Letöltve: 2019. 08. 28.)
- BRUDER, M. B. (2010): Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Exceptional Children*, 76(3), 339–355. p.
- COOK PLETCHER, L. – YOUNGGREN, N. (2011): Early Intervention – IDEA Part C: Service Delivery Approaches and Practices. In MAUDE, S. P. (szerk.): *Early Childhood Intervention. Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families*. Vol. 2. Santa Barbara (California), Praeger, 1–25. p.
- CSILLAG M. – PALOTÁS Z. (szerk.) (2019): *Útmutató az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység bevezetéséhez és gyakorlatához az óvodában*. Budapest, Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/unios_projektek/efop194/E194_utmutato_ovoda_190710.pdf (Letöltve: 2019. 02. 12.)
- DEECD (2008): *Evaluation of Victorian Children's Centres. Literature Review*. Melbourne, Department of Early Education and Childhood Development. https://www.rch.org.au/ccch/cph_d4_i2_moore_childcentrereview.pdf (Letöltve: 2109. 10. 11.)
- DRENNAN, A. – WAGNER, T. – ROSENBAUM, P. (2005): *The 'Key Worker' Model of Service Delivery. Keeping Current*. Hamilton (Ontario), CanChild Centre for Disability Research. <http://bluewirecs.tzo.com/canchild/kc/KC2005-1.pdf> (Letöltve: 2018. 04. 10.)
- EVANGELISTA, N. J. (2009): Infant Early Childhood Psychology. In MOWDER, B. A. – RUBINSON, F. – YASIK, A. E. (szerk.): *Evidence Based Practice in Infant and Early Childhood Psychology*. Hoboken (New Jersey), John Wiley and Sons Inc., 3–44. p.
- FEHÉR Gy. (2015): *A konduktív pedagógiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- GRECO, V. – SLOPER, P. (2004): Care co-ordination and key worker schemes for disabled children: result of a UK-wide survey. *Child Care Health & Development*, 30(1), 13–20. p.

- GUNDA A. et al. (2015): *A gyógytestnevelés szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- GURALNICK, M. J. (2001): A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1–18. p.
- GURALNICK, M. J. (2005): An Overview of the Developmental Systems Model for Early Intervention. In GURALNICK, M. J. (szerk.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes, 3–28. p.
- HÁMORI E. (2005): *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete. Buktatók és korrekív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében*. Piliscsaba, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- HÁMORI E. (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In NÉMETH T. (szerk.): *XII. Családbarát Konferencia. Pszichoszomatikus betegségek csecsemő és kisgyermekkorban*. Budapest, OGYEI, 13–23. p.
- HÁMORI E. – MÁRKUS L. V. (2017): Kutatás és terápia hatása a kora gyermekkori intervenció területén: A kapcsolati szemlélet a regulációs zavarok felismerésében és kezelésében. In HÁMORI E. (szerk.): *„Team Around The Child.” Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány, 57–79. p.
- HANSON, M. J. – BRUDER, M. B. (2001): Early Intervention: Promises to Keep. *Infants and Young Children*, 13(3), 47–58. p.
- HÉDERNÉ BERTA E. (2018): Milyen változást hozott az esetmenedzserek színre lépése? – A határolás, az empowerment és a szolgáltatások minőségének kérdése egy terepkutatás tapasztalatai alapján. *Párbeszéd*, 5(2). <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/6102/5714> (Letöltve: 2019. 10. 16.)
- HERCZOG M. (2007): *Gyermekbántalmazás*. Budapest, Complex.
- HERCZOG M. – KOVÁCS Zs. (2004): *A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése*. OGYEI–MAVE, 5. p. <http://szociologiaszak.uni-miskolc.hu/segedanyagok/gyermekbantalm.pdf> (Letöltve: 2018. 03. 27.)
- INSTITUTE OF PUBLIC CARE (2012): *Early Intervention and Prevention with Children and Families. Getting the Most from Team Around the Family Systems*. Oxford, Oxford Brookes University.
- IZSÓNÉ SZECSÓDI I. – HUJBER T.-NÉ (2015): *A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- JONES, L. A. et al. (2010): Clinical Characteristics Associated with Language Regression for Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 54–62. p.
- JOHNSON, C. P. – MYERS, S. M. (2007): The Council on Children with Disabilities. Clinical report – identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183–1215. p.
- KÁLMÁNCHÉY R. (2000): *Gyermekneurológia*. Budapest, Medicina.
- KAPRONYI Á. – ZELENKA Zs. (2015): *A fejlesztő nevelés szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., 47–53. p.
- KASARI, C. et al. (2010): Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1045–1056. p.
- KATONA F. (1979): *Az öntudat ébredése*. Budapest, Gondolat.
- KATONA F. (1986): *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció*. Budapest, Medicina.

- KENNEDY, A. et al. (2010): *DEECD Early Childhood Intervention Reform Project. Revised literature review*. Melbourne (Victoria), Department of Education and Early Childhood Development.
- KEREKI J. – SZVATKÓ A. (2015): *A kora gyermekkori intervencióra, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. – MAJOR Zs. B. (szerk.) (2014): *Őrzők. Egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve*. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- KING, G. et al. (2009): The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants and Young Children*, 22(3), 211–223. p.
- KIRÁLY G. et al. (2015): *A nevelési tanácsadás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KPMG (2014): *Early childhood intervention – an overview of best practice*. KPMG International Cooperative. <https://docplayer.net/7618068-Early-childhood-intervention-an-overview-of-best-practice.html> (Letöltve: 2018. 09. 05.)
- KULLMANN L. (1999): A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk. In KATONA F. – SEIGLER J. (szerk.): *Orvosi rehabilitáció*. Budapest, Medicina, 13–27. p.
- KULLMANN L. (2001): Különtámogatás és rehabilitáció a magyar közoktatásban. *Educatio*, 2, 271. p. <http://epa.oszk.hu/01500/01551/00016/pdf/1084.pdf> (Letöltve: 2018. 07. 28.)
- KULLMANN L. (2002): A tevékenykedés, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, *Orvosi Hetilap*, 143(23), 1403–1410. p.
- KULLMANN L. (2015): A teammunkára felkészítés lehetőségei a gyógypedagógus-képzésben. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(3), 178–192. p.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (2012): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Budapest, Medicina.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (2014): Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika, *Neveléstudomány*, 2(3), 33–52. p.
- LIABO, K. et al. (2001): *A Review of Key Worker System for Disabled Children and Development of Information Guides for Parents, Children and Professionals*. Cardiff, Wales Office of R&D for Health and Social Care.
- LIMBRICK, P. (2001): *The Team Around the Child: Multi-agency service co-ordination for children with complex needs and their families*. Clifford (Herefordshire), Interconnections.
- LIMBRICK, P. (2003): *An Integrated Pathway for Assessment and Support: For Children with Complex Needs and Their Families*. Clifford (Herefordshire), Interconnections.
- LIMBRICK, P. (2004): *Early Support for Children with Complex Needs: Team Around the Child and Multiagency Keyworker*. Clifford (Herefordshire), Interconnections.
- LIMBRICK, P. (2009): A Question for Parents: Do you Need the Team Around the Child Approach? *TAC Journal*, 2(7), 1–3. p.
- LIMBRICK, P. (2013): *TAC, keyworkers and empowerment*. Equity & Childhood Program Members' Briefing Paper, 12(1). In YOUTH RESEARCH CENTRE (2014): *Members Briefing Papers: A Collection 2014*. Melbourne, Youth Research Centre, Melbourne University.
- LORD, C. et al. (2012): *Autism Diagnostic Observation Schedule*. 2nd edition. Torrance, Western Psychological Services.
- MARÓDI L. (szerk.) (2013): *Gyermekegyógyászat*. Budapest, Medicina. [12. fejezet: Klinikai genetikai.]

- MENGGONI, S. – OATES, J. – BARDSLEY, J. (2014): *Developing Key working*. The Open University. <http://oro.open.ac.uk/40432/> (Letöltve: 2018. 05. 11.)
- MÉREI F. – BINÉT Á. (1985): *Gyermeklélektan*. Budapest, Gondolat, 17–31. p.
- MESTERHÁZI Zs. (2000): A gyógypedagógia mint tudomány. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, BGGYTF, 68–69. p.
- MESTERHÁZI Zs. (2004): A gyógypedagógiai folyamatról. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.) (2004): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Budapest, Medicina 19–40. p.
- MESTERHÁZI Zs. (szerk.) (2001): *Gyógypedagógiai lexikon*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- MOORE, T. G. (2011): *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review December 2010*. Melbourne, Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development.
- MOORE, T. G. (2013): *Teamwork in Early Childhood Intervention Services: Recommended Practices*. Research paper for the National Disability Insurance Scheme. Melbourne, Centre for Community Health. https://www.speech-language-therapy.com/images/pdf/teamwork_in_early_child_intervention_services.pdf (Letöltve: 2018. 05. 11.)
- NÁDOR Cs. et al. (2018b): *Minőségi indikátorok kidolgozása és folyamatos minőségfejlesztés (CQI) az intenzív koraszülött ellátásban*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- NICE (2011): *Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis*. London, NICE. www.nice.org.uk/CG128 (Letöltve: 2018. 12. 20.)
- NRSZH (2016): *Fogalomtár család- és gyermekjóléti szolgálatok és központok feladataihoz kapcsolódóan*. https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2016/08/fogalomtar_csgysz.pdf (Letöltve: 2019. 10. 16.)
- O'TOOLE, M. T. (szerk.) (2009): *Mosby's Medical Dictionary*. 8th edition. St. Louis (Miss.), Elsevier.
- PAPP K. (2014): *Rehabilitáció*. TÁMOP-4.1.2.A/1-11/1-2011-0020 „Idegen nyelvű képzések előkészítése digitális tananyagfejlesztéssel a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán.” Debrecen, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.
- RÉVÉSZ Gy. (2004): *Gyermekbántalmazás: definíciók, gyakoriságok, transzgenerációs hatások*. Pécs, PTE BTK Pszichológia Intézet. <http://gyermekbantalmazas.hu/celcsoportok/szakembereknek/item/gyermekbantalmazas-definiciok-gyakorisagok-transzgeneracios-hatasok> (Letöltve: 2018. 03. 23.)
- ROSIN, P. et al. (1996): *Partnerships in Family-Centered Care: A Guide to Collaborative Early Intervention*. Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing Co.
- SCHLOESSER, J. – KAFKA, M. (2009): Transdisciplinarity: a key to a holistic intervention approach. In CARPENTER et al. (szerk.): *European Developments in Early Childhood Intervention*. Luxembourg, Eurlyaid – E.A.E.C.I., 44–67. p. https://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaeci_eci_development_eng.pdf (Letöltve: 2019. 12. 31.)
- STEFANIK K. – PREKOP Cs. (2015): Autizmus spektrum zavarok. In BALÁZS J. – MIKLÓSI M. (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarinak tankönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, 61–67. p.
- SZŐLLŐSI G. (2002): *A megítélt veszélyeztetettség: A veszélyeztetettség kategóriájának konstruálása a magyar gyermekvédelemben*. PhD-dolgozat. Budapest, ELTE Szociológiai és szociálpolitikai Intézet, 64. p.
- TORDA Á. (2015): *A logopédiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

- VEKERDY-NAGY Zs. (2013): A gyermekek rehabilitációja. In MARÓDY L. (2013): *Gyermekgyógyászat*. Budapest, Medicina.
- VEKERDY Zs. (2008): Rehabilitáció a gyermekkorban. In OLÁH É. (szerk.) (2008): *Gyermekgyógyászati kézikönyv*. 2. Budapest, Medicina, 186–217. p.
- WALLS, M. – O’CONNOR, M. (2005): Building Blocks to Best Practice. Introducing an „Integrated Holistic Model” of Early Intervention with Children and Families. In SCHONFELD, H. – O’BRIAN, S. – WALSH, T. (szerk.): *Question of Quality*. Dublin, Centre for Early Childhood Development and Education, 393–409. p.

Jogszabályok

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről.
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról.
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogyorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről.
- 1/2000. (I. 7.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- 232/2000. (XII. 23.) Kormányrendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat engedélyével működő Családvédelmi Szolgálat működésének engedélyezéséről.
2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről.
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.
2009. évi LXXII. törvény a hozzátartozók közötti erőszak miatt alkalmazható távoltartásról.
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.
- 29/2012. (III. 7.) Kormányrendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól.
- 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről.
- 229/2012. (VIII. 28.) Kormányrendelet a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.
- 21/2014. (III. 20.) EMMI rendelet a veleszületett rendellenességek bejelentéséről és nyilvánartásának rendjéről. 2. § (1).
- 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról.
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.
- A Kormány 1246/2015. (IV. 23.) Kormányhatározata az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről.
- 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről

és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról.

134/2016. (VI. 10.) Kormányrendelet az állami köznevelési közfeladat ellátásában fenntartóként részt vevő szervekről, valamint a Klebelsberg Központtról.

385/2016. (XII. 2.) Kormányrendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről.

63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről.

3. TÉMAKÖR

A GYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK JELLEMZÉSE

ÓVODAI FEJLŐDÉSKÖVETŐ SZŰRŐVIZSGÁLATOK RENDSZERE AZ ISKOLÁBA LÉPÉS IDEJÉIG

SZVATKÓ A. – BOROVICS B. – ECKHARDT D. – SOMLAI B. (2018): *Óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. Protokoll. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 7–86. p.

1. Gondolatok a szűrővizsgálatokról

1.1. A szűrés fogalma napjainkban

A szűrés fogalmát a kora gyermekkori intervencióban az egészségügyi szűrések köréből ismerjük leginkább. Ezek általában életkorhoz kötött, kötelező szűrővizsgálatok formájában valósulnak meg, melyeket újszülöttsztyályokon, perinatális intenzív centrumokban végeznek, később a házi gyermekorvosok és a védőnők prevenciós munkájának részét képezik.

Szűrés alatt *a nem magától értetődően jelen lévő problémák* felfedezését, azonosítását értjük. A szűrés célja, hogy időben, még a problémák megjelenése előtt megfelelő hatékonysággal, megelőző jelleggel kezeljék az eltéréseket. Ennek része lehet, hogy további vizsgálatokra küldjék a családokat, de legfőképpen a mihamarabbi gyógyítás felé irányítás a lényeges, vagyis azoknak a gyógymódoknak a megtalálása, amelyek ha nem is szüntetik meg teljesen az alapeltérést, a megnyilvánulási súlyosságot, a ráépülő, másodlagos eltérések mértékét csökkenteni képesek. A kora gyermekkorban végzendő egészségügyi szűrések rendszere Magyarországon jól szervezettnek mondható, különösen az elmúlt évek szisztematikus fejlesztésének köszönhetően. A problémával azonosított gyermekek esetében az egészségügyi ellátások mellett olyan szolgáltatások, ellátások is megjelennek a továbbküldésben, amelyek köznevelési és szociális területre vezetnek át. Egy csecsemő korai pszichomotoros fejlődésének szokatlan üteme vagy lassabb tempója miatt a szükséges gyermekneurológiai vizsgálatot követően a pedagógiai szakszolgálat korai fejlesztő munkacsoportja lehet az az ellátó, amely a gyermek fejlődését különböző eljárásokkal serkenti, harmonizálódó irányba fordítja és továbbköveti. A két tárca közötti együttműködés rendszere²³⁰ lényeges változásokat mutat; jelenleg a kölcsönös bizalomépítés szakaszában van.

Nem lehetünk azonban elégedettek, ha a szociális szférában és a köznevelésben használatos fejlődést nyomon követő szűrőrendszert elemezzük. A szűrések rendszere nem kellően átlátható: sokszor kapkodás, rendszertelenség és hirtelen támadt ötletek által vezérelt. Még akkor is így van ez, ha egyes területeken már láthatók a változásra való igény megnyilvánulásai, azonban a szakmaközi, intézményi egymáshoz kapcsolódás, a tárcák közötti kapcsolat még súlyos hiányokat mutat.

Munkánk egyik legfontosabb célja az, hogy a köznevelés korai szűrőmunkáját áttekintve és a meglévő gyakorlatot felhasználva igyekezzünk olyan iránymutatást adni, amely eligazítja a szereplőket – óvodapedagógusokat, gyógypedagógusokat, pszichológusokat – a korai ellátásokhoz kapcsolódó szűrések rendszerében; javaslatot ad az azonosítás különböző szintjeihez

²³⁰ A TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program című kiemelt projekt a tárcák közötti együttműködés számtalan lehetőségét dolgozta ki az egészséges életkezdés és a sikeres iskolakezdés érdekében.

kapcsolódó eljárások felhasználására, és legfőképpen praktikusán, a szűrések optimalizálásával is segíti a „kiszűrt” gyermekek ellátási lehetőségeit.

A szűrés fogalma, jelentése

Hazai irodalmi adatok szerint a fejlődési zavarok több mint egyharmada nem kerül felismerésre a beiskolázást megelőzően (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015). A legfrissebb hazai kutatási adatok azt jelzik, hogy az első osztályos, sajátos nevelési igényű gyermekek több mint 40%-ánál nem tudható pontosan, hogy mi történt velük az iskolába lépés időszakát megelőzően, a kora gyermekkori intervenció időszakában „kiszűretlen” maradt a sajátos nevelési igényük (KEREKI 2017b). Különösen sajnálatos és feltétlenül orvosolandó jelenség ez abból a szempontból is, hogy a korai években rejlő fejlődési potenciál, prevenció és intervenció sokoldalú jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni: „Nem csak a gyermek egyéni fejlődésére, jövőbeli testi és lelki egészségére vagy a család helyzetének stabilitására, kompetenciáinak megerősítésére gyakorolt hatása miatt meghatározó, hanem társadalmi hasznossága, a társadalmi folyamatokra, az integrációra, a gazdasági életre tett hosszú távú befolyása szempontjából is” (KEREKI 2017a, 93). A fejlődési zavarok, elakadások korai felismeréséhez elengedhetetlenül fontos a megfelelően működő, kellően érzékeny és minden gyermekre értő „rátekintő” jelző- és szűrőrendszer működtetése. De mit jelenthet a „szűrés” fogalma napjainkban?

A kérdésre valószínűleg ahányan vagyunk, annyiféle választ adnánk, jelen írásban mégis igyekszünk feltárni a „közös pontokat”, meghatározni a fogalom esszenciáját, lényegi jellemzőit. A szűrés mibenlétéről számos meghatározás forog közkezen – divatos fogalom. Fontosságát mind meggyőzőbben ajánlják különböző közösségek figyelmébe, és sulykolják az emberek tudatába. Ezzel párhuzamosan a szűrés gyakorlata szinte parttalaná vált, a fogalmát sokféle tevékenységre használják. A szűrést övező fogalomzavar aligha lehetne nagyobb.

Feltettük a kérdést néhány kisgyermekkel foglalkozó szakembernek: „Mit jelent a szűrés fogalma?” Felvetésünkre körülbelül 20 különböző válasz érkezett, pedig a válaszadók között volt orvos, pszichológus, gyógypedagógus és óvodapedagógus is. A beérkezett definíciós kísérletekből – gondolatébresztés céljából – szeretnénk most kiemelni néhányat:

„Megelőzni a nagyobb bajt. Azonosítani, hogy egy »probléma« jelen van-e, időben továbbküldeni a klienst egyfelől a részletesebb diagnosztika felé, másrésztől (ha szükséges) az adekvát terápiába, beavatkozás irányába.” (pszichológus)

„A szűrés egy jelzés, amely szükségessé teszi az alapos kivizsgálást. A szűrés még nem diagnózis, ugyanakkor fontos figyelemfelhívó szerepe van (lenne).” (gyógypedagógus)

„Egy betegség vagy állapot, vagy azok kialakulási lehetőségének korai felismerését célzó eljárás, ami lehetővé teszi az állapot/betegség kialakulásának megelőzését vagy a következmények megelőzését és csökkentését.” (orvos)

„Kizárjon vagy felismerjen bizonyos eltéréseket, majd ennek fényében történjen meg a célzott segítségnyújtás, ha szükséges.” (pedagógus)

„A szakmai kompetenciák által meghatározott érzékeny szemét jelenti, amely a gyermek egész személyiségére, családi rendszerére és aktuális állapotára is figyel, és az általános fejlődési szempontokat is figyelembe véve a gyermek és családja érdekében, az esetleges

megsegítés céljából jelzőrendszerként működik. Felismeri, ha nehézség van, és nem hallgat tovább.”(gyógypedagógus, DSZIT-terapeuta)

„Gyors előzetes vizsgálat, problémás fejlődés felismerésére.” (koraifejlesztő-gyógypedagógus)

„A »más« kitapogatása az átlaghoz képest.” (óvodapedagógus)

„Szerintem a szűrés mindazon pedagógiai és pszichológiai, szisztematikus megismerő technikákat, folyamatokat jelenti, amelyekkel egy adott szempont szerint meg lehet különböztetni az egyéneket. A szűrés mint szó számomra azonban negatív tartalmat is hordoz, mert a laikus asszociációban gyakran csak a »jó« vagy a »rossz« elkülönítését juttatja eszünkbe. Számomra a professzionális szűrés nemcsak a »jó« és a »rossz« elkülönítését jelenti, hanem az egyének árnyaltabb megkülönböztetését és sajátosságprofiljuk kialakítását segíti elő.” (pszichológus, pedagógus)

„Annak megállapítása egy megadott csoporton belül, hogy igényel-e valaki fejlesztést.” (konduktor)

„A szűrés fogalma számomra azt jelenti, hogy a tipikus fejlődésmenet és az életkori sajátosságok ismerete által az adott gyermek esetében megállapítom (strukturált megfigyelés, tesztek), hogy ezen sajátosságokhoz képest mutat-e elmaradásokat, és amennyiben igen, ezek olyan mértékűek-e, amely további vizsgálatokat és beavatkozásokat igényelhet. A szűrésnél fontos, hogy nem diagnosztizáló jellegű, nem minősít, csak rávilágít az esetleges elmaradások mértékére és segít a gyermek (család) számára, hogy ennek megfelelő ellátóhelyre juthassanak.” (gyógypedagógus)

A szűrés célja

A szűrés-jelzés célja a (1) kockázati tényezők, gyanújelek korai felismerése, a probléma kiszűrése, azonosítása. (2) Szükség esetén – amennyiben a probléma fennáll – javaslattétel további vizsgálatokra; illetve az (3) egészségügyi, szociális és közoktatási ellátásokba, valamint szolgáltatásokba való továbbirányítás (KEREKI–LANNERT 2009).

A „szűrés és jelzés” szakasza a kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodelljén belül

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció minden gyermekre és családjukra kiterjedő prevenció szemléletű, a gyermek korai életszakaszában (a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig tartó) nyújtott beavatkozásokat foglalja magában (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodelljének szakaszai:

1. észlelés
2. szűrés
3. állapotmegismerés
4. konzultáció, fejlesztés, terápia/ellátás, juttatás, szolgáltatás
5. értékelés

Az észlelés és a szűrés szakasza nehezen választható szét a folyamatban, hiszen bizonyos esetekben a szűrés során történik meg az észlelés, a felismerés (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A jelzés/észlelés és a szűrés szakasza preventív jellegű tevékenységekhez kapcsolható, és valamilyen

esemény vagy káros folyamat bekövetkezésének megelőzését szolgálja (KEREKI 2010). A kora gyermekkori intervenció folyamatában „észlelés, jelzés” alatt azt értjük, amikor a „jelző/észlelő”, a 0–6 éves korú gyermek testi, lelki, értelmi fejlődésében valamit gyanúsnak lát, ezért a „problémahordozót” további szűrésre, vizsgálatra küldi, azaz a „probléma szűréséhez, diagnosztizálásához, kezeléséhez értő szervezethez irányítja”. Az észlelő/jelző a problémát nem azonosítja, de azt a szülőnek jelzi, és megnevezi azt az intézményt, szervezetet, szakembert, aminek és akinek a felkeresését a probléma azonosítása érdekében javasolja (KEREKI–LANNERT 2009).

Ugyanígy a szűrés és az állapotmegismerés sem kategorikusan szétválasztható tevékenységek (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A szűrés minden esetben a szűrés módszerhez értő szakember végzi. A szűrés követi a folyamatban az állapotmegismerés szakasza (bár erre nemcsak szűrés után kerülhet sor, hanem pusztán jelzés után is), melynek célja, hogy meghatározható legyen a gyermek fejlődéséhez optimális körülményeket, feltételeket nyújtó rendszerek összessége. Ennek eléréséhez holisztikus alapokon álló diagnosztikus gondolkodásmód szükséges, mely a gyermekre mint különféle hatások gyújtópontjában fejlődő személyre tekint, a gyermeket bio-pszichoszociális vonatkozásaiban egyszerre „látja”. Ehhez a gondolkodásmódhoz elengedhetetlenül szükséges a különböző ágazatok képviselőinek együttműködése, a „közös nyelv” megtalálása.

A kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodelljének keretein belül értelmezve: „A szűrés egy adott időpontban előírt, vagy meghatározott időközönként végzett, egy-egy szakterületre jellemző, körülhatárolt módon és eszközzel kivitelezett, általában csoportos, ritkábban egyéni vizsgálat, amelynek célja a rejtett, nem szembetűnő, de kezelést igénylő állapot feltárása. Minden esetben szakember végzi” (KEREKI–SZVATKÓ 2015, 45). A korai fejlesztés szempontjából szűrés tekintetében releváns(ak) az egészségügyi ellátórendszer (orvos, védőnő), a szakszolgálat, a szakszolgálat más tevékenysége, a koraifejlesztő-központok és a nevelést-gondozást ellátó intézmények.

1.2. A szűrővizsgálatok rendszere a csecsemők és kisgyermek életében az egészségügyi és köznevelési rendszerekben

A „szűrés” egészségügyi kontextusban, biológiai modell keretében értelmezve

A szűrés fogalmát leggyakrabban egészségügyi kontextusban használjuk. A szűrés orvosi megközelítés szerint (lehetőleg) tünet-, illetve panaszmentes személyek vizsgálatát jelenti annak érdekében, hogy bizonyos rejtett betegségek fennállását kimutassa. Az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, illetve az azokra hajlamosító kockázati tényezők felismerését is szolgálja (KEREKI–LANNERT 2009).

Egy betegség kialakulásának folyamatában az első szakaszhatár a biológiai kezdet, amikor a betegség rejtetten, de sejt szinten már jelen van. Az ezt megelőző időszak alkalmas az elsődleges prevencióra, tehát a kockázati és a rizikótényezők kiiktatásával elejét lehet venni a betegség kialakulásának (például genetikai tanácsadás, védőoltások, egészséges életmód stb.). A második szakaszhatár a betegség okozta panaszok és tünetek megjelenése. Ezzel kezdődik a betegség klinikai szakasza. Az első és a második szakaszhatár közötti időszakot a betegség preklinikai szakaszának hívjuk, és ezen belül van egy pont, melytől kezdve a preklinikai kimutathatóság szakaszáról beszélhetünk: amikor a betegség tüneteket, panaszokat még nem okoz, de valamilyen szinten már jelt ad magáról. Ez az időszak ad lehetőséget a betegség tettenérésére szűrővizsgálat útján. A szűrővizsgálatok a szekunder prevenció módszerei körébe sorolhatóak, lényegük a korai felismerés, mely által a terápia/kezelés időben megkezdhető a kóros folyamat visszafordítása érdekében („Lakossági szűrővizsgálatok”²³¹).

²³¹ Lásd https://www.antsz.hu/data/cms41690/lakossagi_szurovizsgalatok.pdf (Letöltve: 2017. 11. 11.)

A várandósság alatti, a perinatális időszak és a kora gyermekkori egészségügyi szűrések alapvető szereplői a szülészek, a PIC/NIC centrumok szakemberei, a kórházi gyermekorvosok, a házi gyermekorvosok és a védőnők (KEREKI–LANNERT 2009).

A Maródi László által szerkesztett gyermekgyógyászati tankönyv (2013) az általános gyermekgyógyászatban belül egy egész fejezetet szentel a preventív gyermekgyógyászatnak és a szűrővizsgálatoknak. A preventív gyermekgyógyászat mindazon tevékenységeket magában foglalja, melyek az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, a károsodás további súlyosbodásának kivédését szolgálják. A megelőzés emberi és gazdasági szempontból előnyösebb, mint a gyógyítás. A megelőzés minden esetben hasznosabb, hatékonyabb, a mellékhatás kialakulásának kockázata is kisebb (SZŐNYI 2013).

Az egészségügyi ellátásban zajló szűrések rendszerének időben három fázisa különíthető el (KEREKI–LANNERT 2009):

1. A *fogantatás előtti szűrések*, melyek a primer prevenció körébe tartoznak, a fejlődési rendellenességek kialakulásának a megelőzésére irányulnak.
2. A *várandósság alatti szűréseket* a várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet szabályozza, de a protokoll által tartalmazott kötelező szűréseken kívül igénybe vehetők egyéb, ajánlott szűrővizsgálatok is. A várandósság alatti szűrések a szekunder prevenció körébe tartoznak, céljuk a rendellenesen fejlődő magzatok felismerése által a veleszületett rendellenességek csökkentése.
3. A *születés utáni egészségügyi szűrések* az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet és annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet²³² 2008 májusáig meghatározta a betegség megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat és a szűrővizsgálat igazolására vonatkozó rendelkezéseket. Ez az egészségügyi rendelet mellékletében (Melléklet a 67/2005. (XII. 27.) EüM rendelethez, I. fejezet) életkorokra bontva részletesen felsorolta, szabályozta az elvégzendő szűrővizsgálatokat: egy részüket a házi gyermekorvosok feladatkörébe rendelte, más részüket a védőnői feladatkörbe utalta.

A születés utáni szűrővizsgálatok törvény által előírt kontrollpontok, melyek mentén a védőnőnek / házi gyermekorvosnak életkorhoz kötött szűrővizsgálati kötelezettségei vannak: újszülöttkorban (0–4 nap), csecsemőkorban 1, 3, 6 és 12 hónaposan, majd gyermekkorban 2, 3, 4, 5, 6 évesen, illetve 18 éves korig két évente.

Ezen kontrollpontokon, életkorokban elvégzendő kötelező szűrővizsgálatok részletes felsorolását a 2005-ös EüM rendelet mellékletének első fejezetén kívül több szakirodalom is taglalta, és az orvosi egyetem honlapjáról is letölthető volt (SZŐNYI 2013). A szűrések kiterjedtek a pszichomotoros és a mentális fejlődés vizsgálatára, az érzékszervek működésének vizsgálatára, a testhossz, testtömeg, fejkörfogat, a fejlődés és tápláltsági állapot értékelésére, a mozgásszervek és a vérnyomás vizsgálatára.

A korai intervenció intézményrendszer hazai működésével kapcsolatos TÁRKI-TUDOK Zrt. által, Kereki Judit vezetésével végzett kutatás törekedett a kora gyermekkori intervenció teljes rendszerének feltárására, és megpróbálta minél szélesebb spektrumban felvillantani a területen tapasztalható főbb problémákat/anomáliákat. Összességében úgy tűnik, az említett időszakban a hazai kora gyermekkori intervenció rendszerében a szűrés-jelzés szolgáltatásai egyenletlenül működtek, a szűrővizsgálatok egységesítésre szorultak. Megfelelő kontrollpontok kidolgozásával a szűrési módszerek, eljárások új, komplex nézőpontot kaptak. A kutatás ered-

²³² A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

ményeképpen készült zárójelentés rávilágított a kora gyermekkori fejlődés monitorozásában kulcsszerepet játszó házi gyermekorvosi és védőnői ellátás bizonyos hiányosságaira (KEREKI–LANNERT 2009). Jelenleg úgy tapasztalható, hogy változás történt a kutatás ideje óta, és egyre ritkábban akadnak olyan házi gyermekorvosok, akik a sérült vagy lassúbb fejlődésű gyermekek felismerésével kapcsolatban késlekednek, és akik a csecsemőkori jelzésértékű tünetek felbukkanása esetén azt az álláspontot képviselik, hogy a gyermek „majd kinövi a bajt” (BÜKI–GALLAI–PAKSY 2004; KERÉKI–LANNERT 2009). Az egészségügyi alapellátók korszerű ismeretekkel való ellátása (módszertani kiadványok, tananyagok, képzések)²³³ kulcsfontosságú a korai fejlődés területén, és éppen az utóbbi idők projektjeinek erre vonatkozó képzései segíteni látszanak ezt a múltbéli hiányt megszüntetni (KERÉKI 2015).

A *Zöld könyv* (FAZEKAS–KÖLLŐ–VARGA 2008) hasábjain Herczog Mária foglalkozott a védőnői ellátásban a hálózatban rejlő lehetőségekkel a gyermek fejlődésének folyamatos monitorozására, kísérésére, a jelzésre és szűrésre (HERCZOG 2008). A kora gyermekkori intervencióval kapcsolatos kutatások is kulcsszereplőként tekintenek a védőnőkre a problémák detektálásában és a szülők tájékoztatásában (KERÉKI–LANNERT 2009; KERÉKI 2017b). A hatályos jogszabályok teljes körű ellátórendszerként számolnak a védőnői szolgálattal – a valóságban azonban a védőnői szolgálat nem teljes körű, és regionálisan jelentős különbségeket mutat. Az ország számos védőnői körzete földrajzilag túlzottan nagy kiterjedésű, és a körzeti védőnő közlekedése nem megoldott. A védőnő által ellátandó családok száma – főként a hátrányos helyzetű településeken tapasztalható tartós helyettesítési kényszer miatt – túl magas, ami az ellátás minőségének rovására mehet. Meg kell azonban jegyezni azt is, hogy az ellenkező tendencia is megfigyelhető: a leghátrányosabb körzetekben a leginkább rászoruló családokat nagyobb gyakorisággal látogatják, és kompetenciájukon túlmutató segítséget is nyújtanak (BÍRÓ–NAGY–SZIGETI 2015).

A védőnői szolgáltatásokat szabályozó hatályos törvények és rendeletek által a különböző kontrollpontokon, életszakaszokban előírt szűrések során felvett adatok megfelelő informatikai összehangoltság hiányában az utóbbi évekig nem értek össze a korai intervenció más intézményei/szereplői által felvett adatokkal, így az információk nagy része elveszett, nem hasznosult, nem került vissza értelmezhető formában sem az érintett családokhoz, sem az érintett szakemberekhez (HERCZOG 2008; KERÉKI–LANNERT 2009). Mára ez a helyzet javuló tendenciát mutat, köszönhetően a Kora gyermekkori (0–7 év) programnak²³⁴ és társprogramjainak, amelyek keretében 3000 laptop került szétosztásra a területi védőnők között (KERÉKI 2017b).

Az elmúlt években nagy lendületet és egyfajta prioritást kapott a kora gyermekkori intervenció teljes területe, annak szakmai és pénzügyi hátterét jelentő projekteken keresztül.²³⁵ Lényeges előrelépésnek lehettünk tanúi annak a ténynek következtében is, hogy 2014-től az EMMI Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkársága koordináltan, stratégiaileg is egységes elgondolással kezeli ezt a területet. Számos hasznos vívmányt üdvözölhetünk a gyermeki fejlődés nyomon követésében, a fejlődési rizikó- és védőtényezők azonosításának rendszerében, így például az egészségügyi alapellátás szereplőinek, a védőnőknek, a házi gyermekorvosoknak, illetve a vegyes praxisú háziorvosoknak szólnak kidolgozásra került egy – protokollunkban a későbbiekben részletesebben tárgyalandó – komplex szűrőrendszer (KERÉKI 2017a). Emellett egyre pregnansabban érezhető, hogy az egészségügyi jelzőrendszerek mellett a más – közne-

²³³ Gyermek-alapellátási Információs Portál. <http://www.gyermekalapellatas.hu> (Letöltve: 2017. 11. 03.)

²³⁴ TÁMOP-6.1.4-es Kora gyermekkori (0–7 év) program.

²³⁵ Az egészségügyi ágazatban: TÁMOP 6.1.4-es Kora gyermekkori (0–7 év) program, 2012–2015; a köznevelés területén: TÁMOP-3.4.2/B Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése) projekt, TÁMOP-3.1.1 21. századi közoktatás-fejlesztés, koordináció, II. szakasz; a szociális ágazatban: TÁMOP-5.2.6 A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása projekt.

velési és szociális – tárcákhoz tartozó szereplők konvergens működésének is egyre nagyobb szerep jut napjainkban (KEREKI 2013).

Szintén a későbbiek megértése miatt fontos tudnunk, hogy egy, a kora gyermekkori intervenciós rendszer működésének feltárásával foglalkozó, a 2010-es évekig készült kutatás rávilágított arra, hogy a védőnők által elvégzett kötelező szűrővizsgálatok rendszerében a 4 éves korosztály a legelhanyagoltabb, valamint a 2 évesek esetében is tapasztalható némi visszaesés; a szűrővizsgálat területeit illetően pedig az egész országra jellemző, hogy az érzékszervek működésének vizsgálatai a legkevésbé kontrolláltak. 3 és 5 éves korban megemelkednek az elvégzett vizsgálati arányok, valószínűleg szoros összefüggésben az óvodai nevelésbe való bekapcsolódással (3 éves kor), illetve az 5 éves kori szűrések szaporodását az is serkentheti, hogy ebben az életkorban a házi gyermekorvosnak kötelező kitölteni egy adatlapot, ami az iskolai felkészítés elősegítésére szolgál, s ehhez a védőnőnek kell szolgáltatni az adatokat. Az elvégzett szűrési eljárások vonatkozásában a vizsgálatok a korcsoportok közötti eltéréseken kívül területi eltéréseket is mutattak (KEREKI 2010) – azokban a régiókban volt alacsonyabb az elvégzett szűrések aránya, ahol az eszközellátottság szignifikánsan alacsonyabb értéket mutatott (KEREKI–LANNERT 2009).

A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének hazai működésével kapcsolatos újabb keletű elemzések továbbra is akut, élő problémapontokként tekintenek a fentebb vázolt hiányosságokra, egyenetlenségekre. A téma iránt mélyebben érdeklődők Kereki Judit *Utak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése* (2015) című könyvében ismerkedhetnek meg a jelen állapotával, kihívásaival, megoldások felé irányuló törekvéseivel.

Valószínűleg a szűrések során felmerülő nehézségek, a hozzáértés, a szakmai tudás hiánya indukálta annak a 2004-ben készült módszertani levélnek (BÜKI–GALLAI–PAKSY 2004) a kiadását, amely a házi gyermekorvos és a védőnő munkáját próbálja segíteni a pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerésében, a pszichomotoros fejlődés nyomon követésének ismertetésével (KEREKI–LANNERT 2009). Ez a módszertani levél lett az alapja a Gyermekegészségügyi kiskönyv pszichomotoros fejlődésről szóló részének, illetve annak az adatlapnak, melyet egy miniszteri rendelet szerint a házi gyermekorvosnak a védőnő segítségével minden 5 éves gyermekről ki kell töltenie. A módszertani levél felhívja a figyelmet a fejlődést befolyásoló tényezők ismeretének, a fizikális vizsgálatot megelőző alapos anamnézisnek, megfigyelésnek a jelentőségére, továbbá a folyamatdiagnosztikának, valamint a szülő-gyermek kapcsolat megismerésének a fontosságára. A fejlődés rendszeres monitorizálása által meghatározható a gyermekre jellemző fejlődési ütem és irány, ami prognosztikailag sokkal több információval szolgál, mint egy adott pillanatban készült státusz felvétele, egyszeri állapot detektálása. A módszertani levél taglalja a fejlődési vizsgálat menetét, lépéseit, melynek a fizikális vizsgálaton túl része a gyermek viselkedésének, a szülő-gyermek viszonyának, a gyermek játéktevékenységének, a pszichomotoros működésnek a megfigyelése. Bizonyos életkoronként részletezi a fejlődési zavar gyanújára, a megkésett, eltérő fejlődésre utaló jeleket. A módszertani levél hangsúlyozza a fejlesztőmunka lehetőségeinek ismeretét, ami jelzi az alkotók széles, az egészségügyi láthatáron túlpillantó szemléletét. Tartalmaz egy fejlődési táblázatot, mely segít az aktuális fejlettségi státusz megállapításában, emellett életkoronként nem azonos számú (a fejlődés ellenőrzésére szolgáló) feladattal, de felöleli a nyelvi fejlődés, az önellátás-szociális viselkedés, a gondolkodás, a finom- és a nagymozgások területeit is, és jelzi, hogy mi számít „jelentős fejlődésbeli megkésésnek”.

A fejlődést befolyásoló tényezők taglalásánál a szerzők (BÜKI–GALLAI–PAKSY 2014) kiemelik a korai fejlődés követésével kapcsolatban a „fejlődést veszélyeztető tényezők”, „rizikófaktorok” ismeretének, feltérképezésének kulcsfontosságát. A rizikófaktorok, vagyis a kockázati tényezők (melyek egy kóros állapot megjelenésének valószínűségét növelik) egyik csoportját

a biológiai rizikófaktorok alkotják, amelyek az egyéni, főképpen biológiailag meghatározott sajátosságokat jelentik (ilyen például a születés kori éretlenség vagy a testi betegségekre való hajlam). A rizikófaktorok másik csoportja a környezettel kapcsolatos. Ilyenek lehetnek a szülők mentális betegségei, szerényebb nevelői kapacitásai, a családban történt negatív életesemények, az alacsonyabb szintű szociokulturális körülmények. A „mozgó rizikó modellt” Gordon és Jens alkotta meg 1988-ban: „Mozgó rizikónak nevezzük azt a jelenséget, amikor egy fejlődési kockázati tényező bizonyos életkorban megmutatkozik, majd eltűnik, de egy idő múlva visszatérhet, és az addig látszólag megfelelő fejlődés további kibontakozását gátolja, esetleg atipikus irányba téríti” (GORDON–JENS 1988; idézi KEREKI–SZVATKÓ 2015).

Gallai Mária a *Gyermekgyógyászat* című tankönyv „Egészséges gyermek fejlődése” című fejezetében részletesen foglalkozik azzal a problémakörrel, mely szerint az „enyhébb problémák” gyakran elkerülnek az orvos figyelmét, ezért is alapvetően fontos, hogy minden gyermek fejlődését rendszeresen monitorozzák (GALLAI 2013). Kérdéses azonban, hogy milyen sűrűn legyenek a kontrollpontok. Az igazi nehézséget a felismert probléma értékelése jelenti, hiszen szem előtt kell tartani, hogy a fejlődés menete, a különböző készségek időbeli megjelenése egyénfüggő; előfordulhat, hogy gyakran csak késik egy-egy funkció fejlődése, de ha menet közben mégis kiderül, hogy „gond van”, akkor az intervenció késlekedés a gyermek esélyeit rontja. Az előszűrések során nagy hangsúlyt kéne fektetni a rizikótényezőkre, rizikós gyerekekre, azaz a rizikó fogalmára.

A fejlődési zavarok időben való kiszűrésével kapcsolatban számos vizsgálat igazolja, hogy – kellő tájékoztatás és oktatás után – a szülők saját gyermekeik fejlődésének megfigyelésével, valamint a szülők és az egészségügyi ellátók közötti kommunikáció fejlesztésével javíthatják a fejlődési zavarok időbeni felismerését. A TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori projekt egyik gyümölcse a *Gyermek-alapellátási útmutató*, melynek célja, hogy a rendelet szintű szabályozáson túl, a TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori projekt módszertani fejlesztéseit beépítve átfogó képet adjon a védőnő és a háziorvos és a gyermekorvos szűréssel kapcsolatos feladatairól. A dokumentum tartalmazza mindazon orvosi és védőnői tevékenységeket, amelyeket az alapellátás területén a szakemberek – a szülők közreműködésével – a gyermekek egészséges fejlődésének nyomon követése érdekében végeznek. Az útmutató felépítésében követi a szűrővizsgálatok gyakorlati megvalósításához szükséges lépéseit, a legszükségesebb teendőket. Az életkorhoz kötött orvosi és védőnői vizsgálatokon túl, melyeket jelenleg miniszteri rendelet szabályoz²³⁶), a TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt szakértői csoportja hangsúlyozza, hogy szükség van egyéb szempontokon alapuló megfigyelésekre, vizsgálatokra is az egészségi állapot pontos meghatározásához/követéséhez.

A szakértői csoport komplex, sűrűn egymást követő kontrollpontokon elvégzendő szűrőrendszert állít fel, amelyben a szülői megfigyelés hangsúlyos szerepet játszik. A 28/2017. (X. 25.) EMMI rendelet alapján a védőnőnek és a házi gyermekorvosnak 2017 novemberétől jogszabályilag is kötelező elvégezni a gyermekek fejlődésével kapcsolatos szűréseket újszülöttkorban, a csecsemő 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 18 hónapos korában, majd 2, 3, 4, 5, 6 évesen. Ezekhez a kontrollpontokhoz kapcsolódik még három kiegészítő életkor: 15 hónapos korban, illetve 2,5 és 7 éves korban, mely életkorokban csak azon a gyermekek fejlődését vizsgálják a szakemberek, akiknél a megelőző vizsgálatokkor felmerült a fejlődési zavar gyanúja, valamint 7 éves korban azoknál a gyerekeknél végzik el a szűrővizsgálatokat, akik még nem járnak iskolába. Az alapellátásban végzett egészségügyi szűrővizsgálatok szülői kérdőívek alkalmazásával és rizikófelméréssel egészültek ki (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015).

²³⁶ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

A projekt szakemberei által összeállított, a gyermek fejlődését a szülők véleménye alapján vizsgáló szülői kérdőíveket a gyermek 1 hónapos és 7 éves kora között összesen 12 alkalommal kell a szülőknek kitölteni, valamint ha a korábbi kontrollpontra felmerült a fejlődési eltérés, megkésett fejlődés gyanúja, két kiegészítő életkorban is: a gyermek 15 hónapos és 2,5 éves korában. Továbbá 7 éves korban azon gyermekek esetében ajánlott a kérdőív kitöltése, akik még nem kezdték meg iskolai tanulmányaikat. A szülői kérdőív korcsoportonként 12 kérdést tartalmaz, amelyek a nagymotoros mozgás, a finommotoros mozgás, a hallás és a látás, a receptív és az expresszív nyelvi készségek, a szociális és emocionális készségek, a viselkedés és az iskolai készségeket megalapozó háttérképességek, a figyelem és az adaptív gondolkodás területét térképezik fel. Az összes olyan kontrollpontra javasolják és leírják a védőnői szűrővizsgálatot és az orvosi vizsgálatot, ahol a szülői megfigyelésen alapuló kérdőív kitöltésre kerül. Ily módon egy olyan komplex, sűrűn egymást követő kontrollpontokon elvégzendő szűrőrendszert állítanak fel, amelyben a szülői megfigyelés hangsúlyos szerepet játszik (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

A projekt során létrehozott rizikókérdőíveket a védőnői dokumentáció tartalmazza, melyet összesen három időpontban (a várandósság alatt, újszülött- és gyermekkorban) kell a védőnőnek kitöltenie.

Az útmutatóban az egyes életkorokhoz kapcsolódó fejezetek felépítése jól áttekinthető, így gyakorlati „sorvezetőt” jelenthet a szakemberek számára (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015).

„Szűrés” és köznevelés

Az egészségügyi értelemben vett szűrés fogalmát kisebb-nagyobb megszorításokkal a köznevelés is felhasználja. A korai életkorokban a pszichológiai-gyógypedagógiai szűrésre nagy hangsúlyt kell fektetni, hisz a későbbi fejlődés szempontjából kihagyhatatlan, hogy a fejlődési rizikókat felfedjék, és a kisgyermek időben támogatáshoz jusson (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

Az egészségügyi szereplők közvetlen észlelésen alapuló strukturált megfigyeléseihez (előre tervezett, célirányos adatgyűjtés) hasonlóan, a köznevelés intézményrendszereiben dolgozó szakemberek is hasonló, strukturált megfigyeléseket végeznek, és jól szerkesztett szempontsorok vezérlik őket.

Az óvodáskorú gyermekek fejlődésének nyomon követésével kapcsolatos jogszabályi háttér

A jogszabályok egyértelműen rögzítik az óvodák kötelezettségeit az óvodáskorú gyermek fejlődésének nyomon követésével kapcsolatban.

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

„26. A köznevelési intézményekben nyilvántartott és kezelt személyes és különleges adatok

[...] 41. § (4) A köznevelési intézmény a gyermek, tanuló alábbi adatait tartja nyilván: [...]

c) a gyermek óvodai fejlődésével kapcsolatos adatok, [...]

(8) A gyermek, a tanuló [...]

b) óvodai fejlődésével, valamint az iskolába lépéshez szükséges fejlettségével kapcsolatos adatai a szülőnek, a pedagógiai szakszolgálat intézményeinek, az iskolának [...] továbbítható. [...]

35. A pedagógus kötelezései és jogai

62. § (1) A pedagógus alapvető feladata a rábízott gyermekek, tanulók nevelése, oktatása, óvodában a gyermekek Óvodai nevelés országos alapprogramja szerinti nevelése, [...]

f) a szülőt (törvényes képviselőt) rendszeresen tájékoztassa a tanuló iskolai teljesítményéről, maga- tartásáról, az ezzel kapcsolatban észlelt problémákról, az iskola döntéseiről, a gyermek tanulmányait érintő lehetőségekről, [...]

42. A szülő kötelességei és jogai

72. § (1) A szülő kötelessége, hogy

- a) [...] együttműködve az intézménnyel, figyelemmel kísérvje gyermeke fejlődését, tanulmányi előmenetelét, [...]
- (5) A szülő joga különösen, hogy [...]
- b) gyermeke fejlődéséről, magaviseletéről, tanulmányi előmeneteléről rendszeresen részletes és érdemi tájékoztatást, neveléséhez tanácsokat, segítséget kapjon.”

363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról

„IV. Az óvodai élet megszervezésének elvei

[...] 4. Az óvodai nevelés tervezését, valamint a gyermekek megismerését és fejlesztését, a fejlődésük nyomon követését különböző, kötelező dokumentumok szolgálják.”

20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról

„23. Az óvodás gyermek fejlődésének figyelemmel kísérésével kapcsolatos szabályok

[...] 63. § (1) Az óvoda az óvodás gyermekek fejlődését folyamatosan nyomon követi és írásban rögzíti. Az óvodás gyermek fejlődéséről a szülőt folyamatosan tájékoztatni kell.

(2) Ha a gyermeket nevelő óvodapedagógus a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének elérése érdekében indokoltnak tartja, az óvoda vezetője tájékoztatja a szülőt az Nkt. 72. § (1) bekezdés a) pontjában foglalt kötelességekről, továbbá a kötelességek nem megfelelő teljesítéséből eredő követ kezményekről, valamint az Nkt. 72. § (4) bekezdésében foglalt jogokról.

(3) Amennyiben a szülő az óvoda döntésében foglaltaknak önként nem tesz eleget, az óvoda vezetője az Nkt. 72. § (1) bekezdés a) pontjában, valamint (4) bekezdésében foglaltak alapján a szülői egyet nem értést alátámasztó nyilatkozat megküldésével értesíti a gyermek lakóhelye szerint illetékes kormányhivatalt.

(4) Az óvoda a gyermek értelmi, beszéd-, hallás-, látás-, mozgásfejlődésének eredményét – szükség szerint, de legalább félévenként – rögzíti.”

Rögzíteni kell a gyermek fejlődését szolgáló intézkedéseket, megállapításokat, javaslatokat is:

„93/A. § (1) A gyermek fejlődését nyomon követő dokumentáció a gyermek fejlődéséről folyamatosan vezetett olyan dokumentum, amely tartalmazza a gyermek fejlettségi szintjét, fejlődésének ütemét, a differenciált nevelés irányát.

(2) A gyermek fejlődését nyomon követő dokumentáció tartalmazza

- a) a gyermek anamnézisét,
- b) a gyermek fejlődésének mutatóit (érzelmi-szociális, értelmi, beszéd-, mozgásfejlődés), valamint az óvoda pedagógiai programjában meghatározott tevékenységekkel kapcsolatos egyéb megfigyeléseket,
- c) a gyermek fejlődését segítő megállapításokat, intézkedéseket, az elért eredményt,
- d) amennyiben a gyermeket szakértői bizottság vizsgálta, a vizsgálat megállapításait, a fejlesztést végző pedagógus fejlődést szolgáló intézkedésre tett javaslatait,
- e) a szakértői bizottság felülvizsgálatának megállapításait,
- f) a szülő tájékoztatásáról szóló feljegyzéseket.”

Az óvodáskorú gyermek fejlődésének dokumentálására nincs egységes sablon, az intézmények saját hatáskörükben döntenek el, hogy a jogszabályoknak és az előírásoknak megfelelően milyen dokumentumot állítanak össze saját intézményükre vonatkozóan (ebben több elérhető mintadokumentum is segítségükre lehet). Az intézmények által kidolgozott fejlődést nyomon követő kötelező dokumentumnak viszont összhangban kell lennie az Óvodai nevelés országos alapprogramjával, a helyi pedagógiai programmal, továbbá a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelettel.

Az óvodai évek során két kötelező, jogszabály által előírt köznevelésbeli szűrőesetnek át a gyermekek, és mind a két szűrés a logopédia területéhez tartozik. 3 éves korban a KOFA, 5 évesen a SZÓL-E logopédiai szűrőeljárás használatával végzik az óvodás gyermekek nyelvi fejlettségének szűrését (részletesebben lásd a „Korai logopédiai szűrés az óvodába lépés környékén [KOFA szülői kérdőív]”, valamint a „Nagycsoportos gyermekek megfigyelése ősszel és kora tavasszal [SZÓL-E]” című alfejezetben).

Ezen kívül a helyi pedagógiai szakszolgálatok saját, a helyi kívánalmakhoz illeszkedő gyakorlatától függ, hogy milyen életkorban milyen egyéb gyógypedagógiai-pszichológiai szűrést végeznek el, és a gyermekek milyen körében teszik ezt. Egyes helyeken minden gyermeket megszűrnek, máshol csak azokat a gyermekeket, akiknek esetében az óvodapedagógusok problémát jeleznek. Az óvodapedagógusok körében végzett kérdőíves vizsgálatunk során (ECKHARDT et al. 2018) a kérdőívet kitöltő óvodapedagógusok által leggyakrabban említett, hozzáférhető (szűrő)eljárásokat az „Ajánlás” című alfejezetben mutatjuk be. Ezeknél nem mindig lehetett megállapítani, hogy az említett szűrő- és vizsgálati eljárást milyen kompetenciájú szakember használja, és milyen körben. Valószínűsítettük, hogy az eljárások felhasználása nem egységes, és nincs szakmai konszenzus az óvodai felhasználás feltételeivel kapcsolatban, illetve nem feltétlenül ajánlottak arra a célra, amelyre használni szándékoznak.

A *pedagógiai szakszolgálati munka* kapcsán leggyakrabban a következő, kora gyermekkori intervenció részét képező szűrések történnék (KEREKI–SZVATKÓ 2015):

- 3 éves korú gyermekek nyelvi fejlettségére vonatkozó logopédiai szűrés;
- 5 éves korú gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének logopédiai szűrése;
- középső csoportosok szűrővizsgálata komplex gyógypedagógiai-pszichológiai eljárással a fejlődési nehézségek korai azonosítása érdekében, az iskolakészültség alapjainak hiányosságait keresve;
- a mozgásfejlettség szűrése;
- tehetségszűrés;
- nagycsoport elején végzett szűrővizsgálat az iskolába lépéshez szükséges fejlettség előmozdítása érdekében.

Meg kell jegyeznünk, hogy az egyes pedagógiai szakszolgálatoknál nem mindegyikét használják ezeknek a szűrővizsgálati eljárásoknak. Ott, ahol középső csoportos időszakban szűrnek, nem szűrnek a nagycsoport elején, és teljesen esetleges, hogy szűrnek-e tehetséget vagy mozgásfejlettséget, sőt az is, hogy szűrnek-e bármit is egyáltalán.

Óvodapedagógusok és a jelzés, szűrés lehetőségei

Az óvoda a gyermek hároméves korától a tankötelezettség kezdetéig nevelő intézmény. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény (Nkt) 8. § (2) bekezdés értelmében: „A gyermek abban az évben, amelynek augusztus 31. napjáig a harmadik életévét betölti, a nevelési év kezdő napjától »legalább« napi négy órában óvodai foglalkozáson vesz részt.” A gyermekek 3 éves korától kezdődő kötelező óvodáztatásról szóló törvényi rendelkezés 2015. szeptember 1-jétől lépett hatályba.

Szinte minden gyermekfejlődéssel foglalkozó szakember megegyezik abban, hogy a kora gyermekkori évekbe fektetett fejlesztések, hátrányokat kompenzáló programok jelentősen kedvezőbb eredményekre vezetnek és fajlagosan olcsóbbak, mint a későbbi életkorokat célzó kompenzáló programok. *A gyermekek számára a legjobb esélyt a készségeik, képességeik kibontakoztatásához akkor tudjuk megadni, ha „megismerjük” őket, fejlődésüket folyamatosan követjük, kísérjük, és minél fiatalabb életkorban megbízhatóan észlelni tudjuk, ha egy gyermek fejlődési üteme, iránya eltér az átlagostól, vagy valamilyen probléma gyanúja merül fel.* Annak a meghatározásában, hogy hol tart a gyermek, hol van a probléma, hova kell eljuttatni, a szülők mellett az óvodapedagógusoknak van kulcsszerepük.

A fejlődés kísérésében ki kell használnia kiterjedt óvodai hálózat előnyeit. Az óvodapedagógusok egy jól strukturált megfigyelési szempontsor segítségével, kihasználva a gyermekkel és családjával való mindennapos kapcsolatot, alapvető szereplői a fejlődés monitorozásának, a gyermek nyomon követésének, megfigyelésen alapuló megismerésének, eltérő utak esetén a jelzésnek. Természetesen a fejlődés különféle területeiről, a fejlődésben fellelhető varianciáról való megfelelő szakmai háttértudás előfeltétele a minőségi kísérésnek, elakadások, eltérések detektálásának.

Nagyon fontos a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek együttműködése, a szakmai hálók, utak működése és ezen működések ismerete. A részletes és reális megfigyeléshez kidolgozott szempontok szükségesek, és bár a spontán megfigyelések is igen fontosak, pusztán rájuk nem építhet a pedagógus nevelési, fejlesztési tervet (BAKONYI–KARCZEWICZ 2016).

Számtalan megismerési technika, megfigyelési szempontsor férhető hozzá az interneten, a témának több évtizedes szakirodalma van, és több „gyakorlati szemlélettel” megírt könyv áll rendelkezésre. Fontos, hogy a fejlődés megfigyelését segítő szempontsorok legyenek kellően részletesek és árnyaltak, illetve térjenek ki:

- az értelmi képességekre és a hozzájuk kapcsolódó pszichikus funkciókra;
- az érzékszervek működésére és az észlelési képességekre;
- a verbális és a nonverbális kommunikációra;
- a nagy- és a finommozgásokra
- és a szocializációs, érzelmi életre, a társas kapcsolatokra egyaránt.

Az óvodáskorú gyermekek fejlődésének ezen szempontsorok alapján történő követése, kísérése lehetőséget ad egy biztosabb jelzőrendszer működésére, mely a probléma észlelése után, a gyermek személyiségének egészét és a vele interakcióban lévő környezetét is figyelembe véve mérlegeli az esetleges további szűrés és vizsgálat indokoltságát.

Az óvodapedagógusok gyermekre való folyamatos és érzékeny figyelme a kísérés, amely ebben az életkorban és élethelyzetben a minden gyermekre kiterjedő jelzőrendszer működését teszi lehetővé. Az óvodai kísérés nem egymagában felelős a gyermekek fejlődésének nyomon követéséért, hanem az egészségüggyel és a szociális ágazat képviselőivel közösen kell ellátnia ezt a feladatot. Mindennek keretét a kidolgozás és a differenciálás alatt álló optimális gyermekút-koncepció adja.²³⁷

²³⁷ A TÁMOP-3.1.1 21. századi közoktatás-fejlesztés, koordináció kiemelt projekt, a TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program kiemelt projekt és az EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt egyaránt célul tűzte ki az transzszektorális gyermekút minél részletesebb kidolgozását és pilot jellegű kipróbálását.

A szűrővizsgálati módszerek alapvető feltételei

A hazai kora gyermekkori intervenció rendszerében a szűrés-jelzés szolgáltatásai egyenetlenül működnek (KEREKI–LANNERT 2009). A szűrés-jelzés rendszerének optimálisabb, hatékonyabb működéséhez számos kulcsfontosságú feltétel, szempont megvalósulása lenne kívánatos. Szükség lenne arra, hogy a kora gyermekkori intervenció különböző ágazatainak szereplői holisztikus szemlélettel, rendszerben gondolkodjanak. A prevenciónak kitüntetett szerepe kellene, hogy legyen, ennek érdekében pedig elengedhetetlen a hazai szűrővizsgálatok egységesítésére és megújítására irányuló törekvés, amelynek megindulása a szemünk előtt játszódó folyamat. Megfelelő protokollok kidolgozásával, bővítésével, frissítésével a szűrési módszereket, eljárásokat, kontrollpontokat szabályozni és egységesíteni lehetne. Az érvényes protokollok „érvényre juttatását” módszertani központoknak kellene segíteniük, melyek feladata a szűrési módszerek elsajátítását segítő képzések biztosítása lenne.

A megfelelően működő szűrő-jelző rendszernek szintén alapvető előfeltétele a szűrések elvégzéséhez szükséges eszközök hozzáférhetősége. Szabályozni kellene a szűrési eredményekről való tájékoztatási, jelentési kötelezettséget. A rendszer kielégítő működéséhez elengedhetetlen, hogy a különböző szektorok, szereplők egymással összekapcsolt adatbázisokkal rendelkezzenek, melynek alapfeltétele a megfelelő informatikai hardver- és szoftvereszközök hozzáférhetősége, valamint az ezzel kapcsolatban elérhető képzések. A szektorok illesztése, jó egységbe helyezése érdekében csatlakozási pontokat kell találni a fejlődést követő szűrések között az egészségügyben, a nevelésügyben és szociális szférában.

Fontos szem előtt tartani a szülők „jelző szerepét”: informálásukkal, érzékenyítésükkel még inkább elő kellene segíteni, hogy partnerként vehessenek részt ebben a folyamatban. Ahogyan azt fentebb már jeleztük, nagy jelző ereje van a védőnői hálózatnak, és ezen a téren az óvodapedagógusok szerepe is döntő.

A folyamatdiagnosztika jelentősége megkérdőjelezhetetlen. Fejlődést követő szűrési rendszerre van szükség, ami jelez, halad és visszacsatol. Mind a védőnőknek, mind az óvodapedagógusoknak lehetőségük van folyamatában figyelemmel kísérni a gyermek fejlődésének bontakozását, és ez a folytonosság engedi láttatni a fejlődés ívét, mely hozzájárul az aktuális állapot értelmezéséhez.

Egy hatékonyan működő szűrő-jelző rendszer segítségével korán szem elé kerülnek a rizikós utak, s a rendszer ezáltal képes a legkorábbi időponttól feltárni a későbbi életpályák, életkilátások szempontjából fontos kockázati tényezőket, és így a gyermek idejében bekerül a terápiás/fejlesztő ellátásba.

A gyermekek kísérésének rendszere, a különböző szintek egymásra épülése



Az átlagtól eltérő fejlődés azonosítása és diagnosztizálása

1. szint: a fejlődés rendszeres követése minden gyermek számára (*surveillance*)

Az iskolába lépés első időszakáig, 6-7 éves korig, amíg az agyfejlődés a legintenzívebb és a hátrányok, rizikófaktorok leküzdésére a legideálisabbak a neurológiai feltételek (KATONA 2001; PLÉH 2008), minden kisgyermek fejlődését szükséges figyelemmel kísérni a gyermekekkel foglalkozó különböző szakmai területek képviselőinek. Ezzel a családok gyermeknevelési erőfeszítését támogatják, és elősegítik a fejlődés optimális kibontakozását. Az egészségügyben dolgozó házi gyermekorvosok, védőnők, valamint a szociális és az oktatásügy szakembereinek, a kisgyermeknevelőknek, az óvodapedagógusoknak a feladatköre – a szülőkkel való szoros együttműködésben –, hogy észleljék a gyermekek esetleges érintettségét, sérülékenységét, fejlődési elakadását. Emellett arra is érzékenynek kell lenniük, hogy a gyermek-szülő kapcsolat elemi működőképességét megtíeljék.

A munkához leggyakrabban irányított megfigyelési szempontsorok adják a támpontokat, de jó hatásfokkal segítheti a követést néhány erre a célra kialakított szűrőeljárás is, melyekre a következőkben néhány példát is említünk. A nemzetközileg legismertebbnek tartott fejlődéskövető, monitorozó eljárások egyike az *Ages and Stages Questionnaire*.²³⁸ Az eljárás a fejlődés 5 fő területét öleli fel: a nagy- és a finommotorikát, az alkalmazkodást, a problémamegoldást, a kommunikációt és a szociális területeket. Ki kell emelnünk, hogy az újabb kiadás (ASQ3) a fejlődési szempontok mellett bevezette a szocio-emocionális területek szűrését is (ASQ:SE, SQUIRES–BRICKER–TWOMBLY 2016), és a vizsgált életkori övezetet 1 hónapos kortól 66 hónapos korig bővítette. A szűrés a szülő közreműködésével végezhető el, gyors, költséghatékony és megbízhatónak tartott.

²³⁸ A hazai fejlesztésű szülői kérdőívek a *Gyermek-alapellátási útmutatóban* erősen támaszkodtak erre a fejlődéskövető eljárásra.

Mindezt még kiegészíthetjük azzal, hogy a legerősebb fejlődési hatóerő, a szülő-gyermek kapcsolat megbicsaklásaira igen csekély számú szűrőeljárással rendelkezünk, azonban a folyamatos figyelemmel követés lehetőséget biztosít a kötődés, az emocionális és a társas fejlődés problémáinak azonosítására – amennyiben ez a szempont a szűrést végzők érdeklődési mezejébe bekerül. Itt ki kell emelni a nevelőszülőknél élő gyermekek figyelemmel követésének sajátos példáját. Élethelyzetükből és – az ezzel szoros kapcsolatban lévő – lelki helyzetükből adódóan a nevelt gyermekek sérülékenyebbek lehetnek a pszichés funkciók fejlődésében; pszichoszociális, viselkedéses nehézségek lényegesen gyakrabban jellemzik őket. Rendkívül hasznos lenne, ha a gyermekjóléti ellátásban létezne olyan egyszerű és jól kezelhető vizsgálati eszköz, amellyel a szociális szféra szakemberei is könnyebben észlelhetnék, hogy kik azok a gyermekek, akiknek biztosítani szükséges a terápiás ellátást. Ezen a területen is ismerhetünk jól működő és terjedőben lévő külföldi szűrőeljárást (Brief Assessment Checklist), valamint gyakorlatot (GOEMANS et al. 2018).

Magyar nyelven is elérhető az érzelmi és viselkedésszavarok „durva” szűrésére alkalmas kérdőív, a *Képességek és nehézségek kérdőív* (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-Magy; TURI et al. 2013; BIRKÁS et al. 2008), melynek több változata között fellelhető egy, a 2–4 éves korosztály számára összeállított is (GOODMAN 1997). A 25 tételes kérdőív öt területet mér fel (érzelmeik, viselkedés, figyelem, kortársakkal való kapcsolat és proszociális viselkedés), területenként 5-5 kérdéssel. A kérdőívnek létezik szülői, pedagógusi és 11 éves kor felett önjellemzős változata is, így a több forrásból származó információ birtokában alkalmasnak találhatjuk a problémás esetek felismerésére.

Az ilyen típusú eljárásoknak pontosan az a feladatuk, hogy viszonylag nagy biztonsággal találják meg azokat a gyermekeket, akiknek fejlődése eltérést mutat az átlagostól, és ez ne szubjektív benyomáson alapuljon, hanem tárgyilagosabb, formális eljárással legyen megragadható, esetleg számokban kifejezhető eredményekre építsen. Az ilyen eljárások felhasználása mellett is kihagyhatatlan a szakemberek tapasztalata, tudása és az a szakember-szülő együttműködési keret, amelyben a szülői megfigyelések, az esetleges aggodalmak meghallgatásra találnak. Az eredmény azonban soha nem lehet kategorizáló semmilyen fejlődési eltérésre – pontosan elegendő a sérülékenység megbízható felismerése és a megfelelő továbbírányítás. Az egészséges fejlődés követése nemcsak a tünetekre való érzékenységet kell hogy jelentse, hanem a gyermek testi, érzelmi, szociális és mentális jóllétének követését is.

2. szint: fejlődési szűrőeljárások alkalmazása sérülékenységet mutató gyermekek körében (screening)

Az átlagtól eltérő fejlődés azonosításának és diagnosztizálásának folyamatában a második szinten találhatjuk a fejlődési szűrőeljárások felhasználását a fejlődés különböző területei mentén fellelhető rizikógyermekek azonosítása érdekében. A fejlődési szűrőeljárások alkalmazásának azokat a fejlődési területeket kell elérnie, amelyeken a vizsgált gyermek az átlagos fejlődési normáktól eltér. Szakmai kompetenciáját illetően ez a feladatkör a gyógypedagógus és a pszichológus területe, hiszen a konkrét megfigyeléseken túlmenően itt az eredményeket a gyermek komplex személyiségével, fejlődésével, körülményeivel, aktuális helyzetével kell összevetni. Az elemzést követően döntést kell hozni arról, hogy a probléma olyan mérvű-e, hogy szükségesnek látszik mélyebb elemzésen alapuló iránymutatás a gyermek fejlődésének támogatásához, vagy elegendő valamely egyszerűbb megoldás, például serkentés, esetleg kivárá. A szűrési eredmények értelmezése – bár a hétköznapi életben kevesen vannak ennek tudatában – függ az átlagos és az átlagostól eltérő fejlődés értelmezésétől, és annak figyelembevételétől, hogy egy tünet számtalan ok következtében állhat elő. A későbbi fejlődésre vonatkozó előrejelzés akkor

válhat be nagyobb eséllyel, ha az eredmény értékelője nem egy funkciót, hanem a funkciók összességét, egymásra hatását is vizsgálja, ha a számításába bevonja a biológiai és a környezeti rizikótényezők interakcióját is. A szűrésre felhasznált eszköz érzékenysége és a tesztelésbe bevont területek megfelelősége szintén olyan szempontok, amelyeknek bele kell játszniauk a döntési mechanizmusba. A szűrőtesztek eredményéhez a gyermek fejlődéstörténetének, a családnak és a szülők aggodalmainak ismerete, valamint klinikai megfigyelések is csatlakoznak a felelősségteljes értékeléskor. Ezen a vizsgálati szinten tehát holisztikus megközelítésű, dinamikus folyamatokra érzékeny feldolgozás várható el.

Mivel a szűrések legtöbbször lényegük szerint deficiitorientáltak, fontos betartani néhány alapvető feltételt (KEREKI–SZVATKÓ 2015):

- A szűrővizsgálati módszer mögött álljon megbízható szakmai tudás, tudományos háttér. Elsősorban a mozgásos, a nyelvi, a szociális és a kognitív területek fejlődési szintjét ragadja meg, és azt viszonyítsa az életkori átlaghoz.
- Fontos tájékozódni a szűrt funkció fejlődési variabilitását illetően. A fejlődési probléma megfelelő értékelése nem könnyű feladat, hiszen a fejlődés menete, a különböző készségek időbeli megjelenése egyéni függő. Előfordulhat, hogy csak késik egy-egy funkció fejlődése, de az is lehet, hogy az intervencióval való késlekedés ronthatja a gyermek esélyeit.
- A megőlyegzés látszatát is messzire kerülje el, mert ettől mind a szakemberek, mind a szülők érthetően tartanak.
- A szűrés metódusát előzetesen részletes eljárásrenddel kell megalapozni, kisebb mintán kipróbálni és finomítani. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a mai szűrőeszközök, vizsgálati eljárások legtöbbje sajnos nem tesz eleget a módszertani kritériumoknak (CsÉPE 2008).
- Nagyon fontos a megfelelő keretek biztosítása (személyi és tárgyi környezet, titoktartási kötelezettség).
- A szűrés folyamata mögött álljon szakmai teammunka, ami biztosítja a többoldalú átgondolást, és ezáltal a tevékenység megfelelő szakmai színvonalát.
- A szülőt illetően biztosítani kell a „tájékozott beleegyezés helyzetét”, a szabad döntés lehetőségét. A szülő számára, amennyiben igényli, lehetővé kell tenni a szűrésen való jelenlétet. Fontos a szülő és a szakember közötti partneri kapcsolat, a személyes találkozás, melynek során az információk a szülők számára érthető módon integrálhatók.
- Az eredményekről lehetőleg írásban értesítsük az érintetteket, és a szülőnek, valamint a gyermekkel intézményes formában dolgozó szakembernek igény esetén konzultációs lehetőséget kell biztosítani. Nem szabad elfeledkezni a szűrés nem kívánatos lélektani hatásairól, a bizonytalanságról, a lehetséges rossztól való félelelről, ezért is különösen fontos a megfelelő informálás és szükség esetén a továbbirányítás.
- A szűrés eredményének függvényében meg kell szervezni az esetlegesen szükséges beavatkozásokat.
- A szűrővizsgálati módszer megbízhatóságával szemben támasztott kritériumok: legyen magas az érzékenysége (kevés téves negatív eset); legyen fajlagossága/specifikussága (kevés hamis pozitív eset), azaz rendelkezzen magas jósló értékkel, valamint ugyanazon személynél azonos feltételek mellett megismételve azonos eredményt adjon (reproduktivitás).
- A szűrővizsgálatokkal szembeni elvárás továbbá, hogy legyenek egyszerűek, gyorsak, költséghatékonyak és kulturálisan érzékenyek.
- Nem utolsósorban fontos elvárás még: a szűrővizsgálat vonzó legyen a gyerekek számára.

Az atipikus fejlődés szűrőeljárására példaként egy ugyancsak szülői kikérdezésen alapuló eljárást hozunk fel, amelyet hazánkban is használnak: a *Módosított kisgyermekkorai autizmus kér-*

dőívet (M-CHAT – The Modified Checklist for Autism in Toddlers; ROBINS et al. 2001). A teszt a gyermekek 16 és 30 hónapos kora közötti időszakban az autizmus spektrum zavar (autism spectrum disorder, ASD) szűréséhez nyújthat segítséget a megfigyelhető szokásos viselkedésen keresztül, és 23 jól érthetően megfogalmazott, eldöntendő kérdésből áll. A kérdőív egy rutin orvosi felülvizsgálat (pl. státuszvizsgálat) részeként is kitölthető és kiértékelhető, de használhatják más szakemberek is. Az M-CHAT kérdőív autizmusra érzékeny szűrővizsgálati anyagként működik, ezért gyakran ad álpozitív eredményt. Az álpozitív eredmények finomítására a szerzők kidolgoztak egy irányított utánkövetéses interjút, amelyet az M-CHAT kérdőívvel összhangban kell használni. Az autizmus kiszűrésén kívül a kérdőív eredményei hozzájárulhatnak a differenciáldiagnózishoz: más fejlődési zavarral, illetve lemaradással küzdő gyermekek problémáinak elkülönítésére is használható, ha további speciális vizsgálatra kerül az adott kisgyermek. Az M-CHAT kérdőív kevesebb mint két perc alatt kiértékelhető. Emellett, mivel semmilyen szűrővizsgálati eszköz nem lehet 100%-osan érzékeny, a szerzők javasolják minden olyan kisgyermek felülvizsgálatát is, akinek esetében valamelyik szülő, az orvosa vagy más vele foglalkozó szakember autizmus spektrum zavarra gyanakszik. A rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy a kérdőív jó előrejelző validitással rendelkezik (DUMONT–MATHIEU–FEIN 2005).

A 0–3 éves kor közötti bármely ok miatt sérülékenységgel jellemezhető gyermekek fejlődésének monitorozására és a szükséges intézkedések megtételére javaslatot adó családközpontú vizsgálati eljárás az IDA-2 (Infant-Toddler Developmental Assessment – Csecsemő és kisgyermekek fejlődési vizsgálata; PROVENCE et al. 2016), mely hazánkban nem használatos ugyan, de érdemes ellesni multidiszciplináris, minden részletre kiterjedő szemléletét ezen a területen.

Lényegesen gyakrabban használt fejlődési szűrőeljárás az MSSST (Meeting Street School Screening Test; ZSOLDOS–SARKADY 2001), amelyet a tanulási zavarok korai, óvodai időszakban történő előrejelzésére alakítottak ki. Részletesebb bemutatása az „Ajánlás” című alfejezetben található. Előjáróban annyit jelzünk, hogy az óvodai fejlődéskövetés nyomán a tanulási nehézség terén sérülékenynek talált kisgyermekek első tájékoztató vizsgálatára, szűrésére alkalmas, de kiemelő, hogy csak gyógypedagógus és/vagy pszichológus alkalmazhatja.

3. szint: diagnózis és fejlesztési terv fejlődési zavarral küzdő gyermekek számára

Az állapotmegismerés rendszerében a diagnózis készítése komplex feladat: orvos, pszichológus, gyógypedagógus és egyéb specialisták együttműködésében megvalósuló alapos és specifikus vizsgálat nyomán születik. A fejlesztési stratégia kialakításában a szülők ismét kulcsszereplők, de hogy ennek eleget tudjanak tenni, nem lehet megfelekedni a személyes megsegítésükről a megértés mellett az elfogadás és a cselekvés dimenzióiban sem.

Fejlődéskövetés és a mentálhigiénés prevenció összefüggései

A gyermekek fejlődéskövetésének az előbbiekben ismertetett rendszere jól illeszkedik a mentálhigiénés prevenció fogalomrendszerében kidolgozott hármas tagozódáshoz. Nyilvánvaló, hogy egy kisgyermek problémája egy teljes család problémája, ezért a mentálhigiénés szemléletmódra való utalás itt helyénvaló.

Az *elsődleges megelőzés* körébe a mentális problémák kialakulása ellen szerveződő, akár indirekt tevékenységek tartoznak: a stresszhelyzetek csökkentése, a krízisben nyújtott társas támasz, a rizikócsoportok meghatározása, a rizikófaktorok csökkentése és az ismeretterjesztés. Ehhez kapcsolható a minden gyermek számára szükséges fejlődéskövetési gyakorlat a gyermekintézmények közreműködésével, melyhez a szülők tájékoztatása, a szülőkkel való együttműködés is szorosan hozzátartozik.

A *másodlagos megelőzés* csapásiránya a tünetek korai felismerése és gyors kezelésbe vétele. Ezzel mutat párhuzamot, ezt a célt segíti megvalósítani a fejlődési szűrőeljárások alkalmazása az előzetes jelzések alapján már felismert sérülékenységet mutató gyermekek körében. Ez a fokozat a szülőkkel való bizalmi kapcsolat mélyebb próbája, melynek megvalósítása emocionálisan megterhelő minden szereplő részére. Értékét csupán retrospektív módon lehet felmérni, és az ezzel kapcsolatos elemi belátásokhoz időnként sok türelemre és a szereplők kölcsönös megbecsülésére van szükség.

A *harmadlagos prevenció* a betegségekkel együtt járó hátrányok minimalizálását, az optimálisan legjobb állapot elérését és fenntartását tűzi ki célul. A harmadlagos prevenció döntő tényezői a köznevelési rendszerben a komplex diagnózis és az állapotmegismerés nyomán létrejövő fejlesztési terv, hiszen ez az az eszköz, ami a gyermekben rejlő lehetőségek maximális kibontakoztatását biztosítja. Ezen a szinten a szülők együttműködése, bevonódása, felelősségük átérzése alapvető feltétel, melynek támogatására feltétlenül szükség van.

1.3. Elméleti és pszichológiai aspektusok, valamint az eltérő szakmai kompetenciák szerepe a fejlődéskövető szűrésekben

A fejlődéskövető kora gyermekkori szűrések pszichológiai vonatkozásai jó néhány kérdést vetnek fel, melyekre nincsenek minden helyzetben alkalmazható, egyértelműen érvényes válaszok. Mégis érdemes néhányat kiemelni/kihangsúlyozni belőlük, mert mind a szűrésben részt vevő gyermekek szülei, mind a szűrést végző szakemberek könnyen magukra maradhatnak a dilemmáikkal, elbizonytalanodhatnak, és a problémáik megoldhatatlansága, a kérdéseik esetlegessége miatt könnyen lelkiismereti konfliktusokba bonyolódhatnak. A szűrés célcsoportjai magától értetődően a gyermekek, akikben szintén lehetnek olyan érzések, melyeket ajánlatos fgyelembbe venni a szűrések lebonyolítása során.

A fejlődéskövető szűrésben részt vevő szakemberek dilemmái

1. Legelőször egy elméletinek tűnő, de sok gyakorlati következménnyel járó kérdést vetünk fel. A szűrés alapfeladata – a szűrési logika legsajátosabb tulajdonsága – *a határvonal kijelölése a tipikus és az atipikus fejlődés között*. A fejlődésnek vannak olyan területei, ahol könnyebben elválik egymástól az átlagos és az attól eltérő, a kóros vagy éretlen funkció, míg más területeken ezt a határvonalat nehezebb, sőt nem is célszerű meghúzni. Ebből kifolyólag a személyiségfejlődés komplex alakulásának bizonyos vonásait nem helyes a korai időszakban címkézni, mert felléphet annak a veszélye, hogy ez önmagát beteljesítő jóslatként fog működni, mivel a gyermeket körülvevő felnőttek ezen az optikán keresztül szemlélik a gyermeket, ez pedig feltétlenül torzító hatású. *A fejlődési utak, különösen a korai időszakban, roppant változatosak lehetnek*, és a különböző változatok a kompenzáció útjait is jelenthetik, melyeket vétek lenne „kiszűrni”, még akkor is, ha a helyesen kialakított szűrési eljárás nem jelent okvetlen megbélyegzést.

Másrésről legalább ilyen mértékben megfontolandó, ha a megbélyegzés veszélyétől félve a megsegítés sikere szempontjából igen jelentős korai évek fejlődési potenciálját elpazarolják, ha tétlenül szemlélik a gyermek átlagostól eltérő fejlődését, esetleg észre sem veszik. Ezt a kettősséget sokan átélik, és elmondhatjuk, hogy komoly szakmai differenciáltság szükséges a helyes megoldáshoz. A gyermekek ismerete mellett a környezeti lehetőségek óvatos felmérése, a szülőkkel való kapcsolattartás bizalmi aspektusa a döntő momentum. A szűrési eljárás megválasztása tehát körültekintést igényel, de a kiszűrt gyermekekkel és szüleikkel való további munka – a „megmondás”, továbbirányítás, és főképpen a gyermek további ellátásának szorgalmazása lényegesen felelősségteljesebb feladat.

A szakemberek egyes csoportjai számára megnyugtató, amikor objektívnek címkézett, standardizált szűrőeljárást alkalmazhatnak a fejlődési problémák korai azonosításában. Ez gyakran megbízhatóbbnak tűnik, mint az óvodapedagógusi szubjektivitáson alapuló érzékenységi küszöb. Ugyanakkor egy adott területen az átlagostól való eltérés csak az egész személyiség rendszerének figyelembevételével értelmezhető, ezért pontosan az óvodapedagógus tudására, az egyéni sajátosságokat érzékelő tapasztalására és tapintatára van a legnagyobb szükség a reális megítéléshez, melyet egy-egy területre kidolgozott, standardizált szűrőeljárás nem képes számba venni.

A napi gyakorlatban a szűrésben részt vevő szakembereknek sajnos sokszor hiányos információjuk van az előzményekről, a hosszmetzeti képről, és legtöbbször a vizsgálatot követő történéseknek sem részesei – így a megsegítés élménye gyakran kimarad a folyamatból. A korlátozott kapacitás miatt gyakori élménye a szakembernek az időhiány, amely nemcsak magára a felmérési szakaszra, hanem a szülőknek való visszajelzésre is jellemző.

Előfordul, hogy az óvodapedagógusok nem tájékoztatják megfelelően a szülőket gyermekük gyengébbnek vélt fejlettségéről, és megvárják a professzionálisnak tartott szakemberek vizsgálatát. Így egyrészt elkerülhetik a konfrontációként megélt tájékoztatást, megbeszélést a szülőkkel, másrészt a felelősség terhét is „áttelepítik” más szakemberek, lehetőleg más intézmények vélt szakértelméhez, a nekik tulajdonított hatalmi helyzethez. Ha a kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodelljét tekintjük irányadónak, akkor a jelzés, szűrés kapcsán az *óvodapedagógusi kompetenciát a következőkben foglalhatjuk össze: ráhangolódás, megfigyelés, követés, a változásokra való érzékenység és a „jó jelzés” képessége – időben, érzékenyen, érthetően, objektíven – a gyermek személyiségét, előtörténetét, körülményeit figyelembe véve.*

Mint látható, igen fontos a körütekintő szervezés: az óvodába lépéstől kezdve a szülő bevonása a folyamatba, a fejlődéskövető szűrés céljának, módszereinek alapos, a laikusok számára is érthető ismertetése. Ez az óvodapedagógusok kompetenciájába tartozó feladat, mint ahogyan az is, hogy a gyermekek erősségeit is hangsúlyozzák. A szülőknek ez visszajelzés és egyben példaadás arról, hogy a gyermekükre ne csak a hiányosságain keresztül tekintsenek, még akkor sem, ha a nehézségeiket megérik, és igyekeznek segíteni azokon.

2. A következő kérdésünk azzal kapcsolatos, hogy *kik a szűrés alanyai*. Az óvodáskorú gyermekek szűrése, esetleg komplex pedagógiai-pszichológiai vizsgálata, sőt a képességfejlesztés szükségessége is vitatéma a pedagógusok, pszichológusok körében. A szakemberek egy része minden gyermekre kiterjedően kötelező érvénnyel fontosak tartja a szűrés és a fejlesztés megvalósítását, míg mások kifejezetten azt vallják, hogy csak indokolt, organikus idegrendszeri sérülés esetében van szükség szűrésre, vizsgálatokra, fejlesztésre. Vajda Zsuzsanna a jelenlegitől kissé eltérő kontextusban, de nagyon is megfontolásra méltóan írja a *Siettetett gyerekek* című tanulmányában: „Mivel a fejlődést az első hónapokban, években alapvetően belső érési folyamatok vezérik, amelyek az éppen aktuális tapasztalat spontán megszerzésére készítetik a gyereket, kifejezetten kártékony a korai fejlődésbe való beavatkozás. A kisgyermek életének túlszervezése, a külső sémák és normák erőltetése hátráltatja a fejlődést. A korai fejlesztés azoknak a gyerekeknek az esetében indokolt, ahol valamilyen súlyosabb idegrendszeri sérülés, komoly, éves lemaradás tapasztalható” (VAJDA 2009). Tény, hogy minden gyermek fejlődése egyedi ütemű, hiszen minden gyermek egyedi adottságokkal, sajátos temperamentummal, saját tapasztalatokkal rendelkezik, és tapasztalatainak felhasználása is egyedi. Ebbe a folyamatba, a spontán önszervezésbe egyfajta passzivitásba szorító edukációval beleavatkozni nem szabad. Ezért minden gyermeket kitenni egy korai fejlettségű szűrési sorozatnak felesleges és kétes kimenetelű. Azonban a gyermekek korai fejlődésének figyelemmel követése szükséges és támogatandó, részben mert egyes fejlődésbeli elmaradások már nagyon korán felismerhetőek és

kiegyensúlyozhatóak, másrészt minden gyermek életében lehetnek olyan periódusok, amikor a környezetétől értőbb figyelmet vár el – gondoljunk csak a kistestvér születésére, vagy egy fejlődési szakasz kissé megkéső eléréseire. Ezek korai felismerésében kezdetben a gyermekorvosnak, védőnőnek, bölcsődei kisgyermeknevelőnek van nagy szerepe, a gyermek óvodába kerülésével pedig az óvodapedagógusoknak.

Javaslatunk szerint az irányított óvónői figyelem terjedjen ki minden gyermekre, de a szűrés ne célozzon meg mindenkit, csak az előzetes rátekintés, figyelem alapján „rizikósnak” ítélt részpopulációt. A kötelezően vezetett fejlődési naplóban rögzített, az óvónők által folyamatosan monitorozott készségek, képességek fejlődési irányának elemzésével kirajzolódhatnak a rizikósnak ítélt utak, melyek a további szűrővizsgálatok szükségességét valóban indokoltá teszik. Továbbá ne feledkezzünk meg arról, hogy a megfigyelések egyik eszköze tulajdonképpen a játék, amely a lehető legkomplexebben veszi figyelembe a gyermekek életkorát, aktuális lelki fejlődésük sajátosságait, és nem vonja ki őket a jól ismert hétköznapi helyzetekből. Ebben az értelemben az érdekes, változatos, impulzusokkal teli motiváló helyzetek és a motoros aktivitás nélkülözhetetlen elemei a szűréseknek (BAKONYI 2009).

3. Utolsó kérdésünk azokra a problémákra igyekszik reflektálni, amelyek az egészségügyi és köznevelésbeli ellátatlansággal vagy látszatellátással kapcsolatosak. *Kell-e szűrni ott, ahol nem biztosítható a kiszűrt gyermekek ellátása?* Kell-e szűrésre fordítani a csekély mértékű ellátási kapacitást, miközben az ismert esetek hatékony megsegítése sem lehetséges?

Elhamarkodott válasz helyett tágítsuk ki a figyelmünket az alternatív ellátási módok felé is, és a különböző tárcák egymásról eddig mit sem tudó, párhuzamos lehetőségeit is vegyük számításba. A jelenlegi struktúrában az egészségügy, a köznevelés, a szociális ellátások és a magánszolgáltatók adta lehetőségek határai még mindig nehezen átjárhatóak. Azonban egyre jobban kiépülőben van egy olyan intézményhálózati modell is, amely a szakszerű, több szempontú segítségnyújtást célozza meg olyan integrált, egymással együttműködő ellátások, szolgáltatások kialakításával, amelyek tudnak egymásról, és többféle típusú ellátást képesek nyújtani. Nézzünk egy példát! Akár szülői jelzés, akár logopédiai szűrés alapján kiderül, hogy egy kisgyermek súlyos nyelvi és beszédfejlődési zavarral küzd. Ilyenkor a logopédusnak súlyossági sorrend alapján el kell döntenie, hogy milyen stratégia alapján szervezi meg az adott kisgyermek ellátását az általa ellátott többi gyermek érdekeinek sérelme nélkül:

- a) Szülői konzultáció segítségével otthoni gyakorlást kezdeményez.
- b) Kiegészítő terápiákra irányítja a gyermeket, míg felszabadul a gyermekre fordítható óraszám.
- c) Olyan súlyosnak ítéli meg a gyermek állapotát, hogy azonnali terápiába kezd, és néhány, már javulófélben lévő gyermek további gyakoroltatását rendszeres konzultáció segítségével az óvodapedagógusra bizza, aki ezeket a feladatokat a napi rutin részeként játékos módon oldja meg.
- d) A helyi szociális ellátásra támaszkodva megszervezi, hogy a gyermeket a szülővel együtt rendszeresen vigyék el a környékbeli ellátási centrumba, ahol komplex terápiát kaphat.
- e) Kiegészítő vizsgálatokat kezdeményez a körzeti gyermekegészségügyi centrumban, és javaslatot kér az intenzív ellátás formájára.
- f) Felveszi a kapcsolatot a környékbeli magánellátókkal, és a szülők anyagi lehetőségeit figyelembe véve, a szociális ellátók támogatásával megszervezi a gyermek terápiába vételét, amelyet rendszeresen követ.

Ezeknek a lehetőségeknek a számbavétele a mindenkori ellátási helyzethez való rugalmas alkalmazkodás próbaköve, egyben *a szakember szakmai szabadságának* függvénye. Ez utóbbi biztosítása sokban támogathatja az ellátási hiányok megoldásának esélyét.

Javaslatunk szerint a megfelelő metodikájú óvodapedagógusi követés, a gyermekek állapotának monitorozása ebből a perspektívából nézve is elegendő, így a rizikócsoport szűrését, vizsgálatát ilyenkor még a szakemberhiánnyal küzdő ellátórendszer is könnyebben megvalósíthatja. Az óvodapedagógus a hétköznapiak során szerzett tapasztalatai alapján észre tudja venni, hogy egy-egy gyermeknek vannak-e elmaradásai bizonyos funkcióterületeken, vagy „fúrcsáságokat” észlelhet a viselkedésében. Ennek alapján eldöntheti, kik tartoznak abba a rizikócsoportba, akik további szűrővizsgálatokat, esetleg az állapotmegismerés elmélyült vizsgálatait igénylik. Az a megoldás azonban végképpen elkerülendő, amikor egy-egy szakembercsoport éves munkaóráinak felét a szűrés teszi ki, majd az ellátandó gyermekek töredékrészével foglalkozva súlyos szorongásokat indukálnak az ellátatlan gyermekek szüleiben és óvodapedagógusaiban, lényegében magukra hagyva őket azzal az információval, hogy a gyermek nem fejlődik megfelelőképpen, s ezt az információt objektívebbnek feltüntetendő, százalékban fejeznek ki: „Az ön gyermekének mozgásállapota 35%-os.” Ez súlyos hiba. Nem beszélve az állandóan szűrés végző szakember lelkiállapotáról, aki a kiégés felé sodródhat, hiszen, mint említettük, nem élheti át a folyamat megsegítési szakaszát, rutinszerűvé válhat számára a vizsgálódás, elveszhet az érzékenysége, és lankadhat a figyelme.

A fejlődéskövető szűrésben részt vevő szülőkkel való kapcsolattartás kérdései

A fejlődés rendszeres, minden gyermekre kiterjedő követése kifejezetten elvárt a szülők körében, mint azt a szülői kérdőívünk (lásd 1.4. fejezet) is tanúsítja. A fejlődést követő megfigyeléseket a szülők a feladataikhoz, a „szülői mesterségükhöz” nyújtott segítségként, gyermeknevelési sikerességük visszajelzéseként értékelik. Különösen így van ez akkor, ha az óvodapedagógusok a gyermek óvodába kerülésétől kezdődően *tájékoztatják a szülőket arról, hogy milyen rendszer alapján végzik ezt a munkát*, és hitelesen képviselik az ebben való szakmai jártasságukat. E jártasság legfényesebb bizonyítékeként megfelelő „tónusban”, érdeklődve fogadják a gyermekekről szóló történeteket, magabiztosan folytatják le az óvodakezdő interjút és jeleznek vissza az első időszakról. Ezek a beszélgetések megteremtik az alapját annak, hogy a későbbiekben „nehezebb” kérdéseket is szóba tudjanak hozni. Célszerű, ha ezekben a beszélgetésekben kidolgozódik az a beszédmód, amellyel az adott családdal a leghatékonyabban lehet kommunikálni. Nem javasoljuk a tegeződést és a „haverkodás” egyéb megnyilatkozását sem: egymás tisztelete, a közös munkához szükséges finom távolságtartás a szakmai hozzáállás modelljét könnyebben alakítja, és elmélyültebben valósítja meg a szülő-szakember kapcsolat célját.

Amennyiben az óvodapedagógusokkal megfelelően kialakult a konszenzus a gyermek előrehaladásával, erősségeivel és gyengeségeivel kapcsolatban, az csökkentheti azt a szorongást is, amely a legtöbb szülőt eltölti, amikor a sérülékenységet mutató gyermekek körében külső szakemberek alkalmazzák a szűrőeljárásokat. Mindez nem meglepő, hiszen az ilyen jellegű helyzetek a szülők oldaláról nézve számos esetben a gyermek első megmértetéseinek közé tartoznak. Ahogyan bármilyen új helyzetnél, a szűrővizsgálatoknál is számíthatunk arra, hogy a szülő korábbi (esetleg egészen korai) félelmei aktiválódnak. Mivel a vizsgálatokon többnyire képességbeli nehézség vagy valamilyen egyéb probléma mentén találkoznak a szakemberek a gyermekkel, a vizsgálatok érzelmileg is megterhelővé válhatnak. Gyermekek különféle (szűrő) vizsgálata néha szinte traumatizálja őket. A sokféle szülői reakció között helyet kaphat a kétségbeesés, a tagadás, a bagatellizálás és a pedagógushibáztatás is – érzelmileg felfokozott légkört teremtve, amelyet néha nehéz keretek között tartani.

A szülők kétségbeesése a feltárt gyengeségekkel kapcsolatban érthető. Fontos, hogy ilyen esetekben az óvónő és a többi szakember álljon a szülők mellé, és kísérelje őket annak érdekében, hogy a bajukban ne érezzék magukat egyedül. *Elengedhetetlen, hogy hiteles, szakszerű válaszokat, magyarázatokat kapjanak*, és ne pusztán a címkézés jelenjen meg gyermekük állapotát, fejlődési lehetőségeit illetően. Ne feledjük, a jogszabályi előírásokban utalás történik a szűrések megszervezésére, amelyeknek a szülő bevonásával kell megtörténniük, valamint szükséges a szülők részére tanácsadás nyújtása is. Pedagógiai tanácsadás történhet elsősorban a gyermek fejlődésével összefüggő egészségügyi, pszichológiai, nevelési-pedagógiai kérdésekkel kapcsolatban, másodsorban pedig az érdekvényesítéssel kapcsolatban, illetve szükség esetén a szakemberek más hivatalos szervekkel való együttműködésben is segítik a családokat. A pszichológiai ellátásban gyakori és elengedhetetlenül fontos, hogy a pszichológus az anyával vagy mindkét szülővel konzultáljon, és néhány alkalommal segítse a trauma feldolgozásának folyamatát, illetve azt, hogy a szülők reálisabban ítéljék meg gyermekük fejlődését.

Ha a folyamat során a szülő is partnerré tud válni, csökkenhet a szorongása, továbbá *nem úgy tekint a szakemberre, mint a probléma okozójára, hanem mint a feltárójára*. Ennek köszönhetően a szülő egyre inkább úgy fogja érezni, hogy képes befolyásolni az eseményeket, így a stresszérzése csökkenhet. Ebben az állapotban sokkal reálisabban fogadhatja az eredményeket, és valószínűleg a fejlesztés folyamatában is sokkal értőbben képes részt venni. A szakemberek számára is elengedhetetlen támasz és információforrás a szülő, hiszen már a kezdetektől fogva ő a gyermeke legjobb ismerője. Különösen így van ez a fejlődési zavarral küzdő gyermekek szüleinél, akiknél hosszú távú együttműködés alapjait kell lerakni.

A szülőkkel való vizsgálati együttműködés leglényegesebb elemei minden részt vevő szakember esetében tehát az informálás, a partnerség és az érzelmi hatások számbavétele, valamint tapintatos kezelése.

Gyermekek a fejlődéskövető szűrésben

A gyermekek szempontjából nézve kiemelten fontos, hogy mindennemű szűrés, és később a fejlesztés és terápiás munka a szükségleteiknek leginkább megfelelő, kis lépések elve alapján történjen a legközelebbi fejlődési zóna elérése érdekében. Az érdekes, változatos, színes, impulzusokkal teli motiváló helyzetek és a motoros aktivitás nélkülözhetetlen elemei a szűréseknek is. De ami talán ennél is fontosabb, hogy a gyermek és a szakember között egy olyan bizalmi kapcsolat jöjjön létre, amely egyfajta kölcsönös elfogadást eredményez.

Kérdés, hogy hogyan hat a „vizsgálódás” a gyermekekre. Nyilvánvaló, hogy ha az óvó nénije végzi, akkor – jó esetben – nem is veszi észre. Saját, megszokott környezetében van, egyéni ritmusában tevékenykedik, egy ismerős felnőtt bizalmát és figyelmét érezve maga mögött.

Ha azonban külső szakember végzi az óvodában a szűrést, akkor az óvodapedagógusnak nagy felelőssége van abban, hogy a gyermeket felkészítse. Ha esetleg a szülő viszi külső helyszínre a gyermeket, akkor az ő feladata bejósolhatóvá tenni a gyermek számára a helyzetet és a körülményeket.

1.4. A szülők, az óvodapedagógusok és a pedagógiai szakszolgálatokban, óvodapszichológiai hálózatban közreműködő szakemberek fejlődéskövető szűrésekkel kapcsolatos tapasztalatai

Az EFOP 1.9.5-VEKOP-16 számú *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* című projekt „Kora gyermekkori fejlődést követő szűrések egységes rendszerének szakmai protokollja” című tevékenységének keretén belül az óvodai időszakban megvalósuló szűrővizsgálatokkal

kapcsolatban több célcsoporttal végeztünk kérdőíves felmérést. Célunk az volt, hogy a protokollban megfogalmazott ajánlások és a kifejlesztésre kerülő konkrét segédeszközök azokon a tapasztalatokon alapuljanak, amelyeket a mai óvodáskorú gyermekek szülei, óvodapedagógusai, óvodapszichológusai és a velük foglalkozó pedagógiai szakszolgálatok szakemberei bocsátanak a rendelkezésünkre. Részletes elemzésünket *A köznevelés rendszerében használatos fejlődéskövető szűrővizsgálatok és az iskolába lépési vizsgálatokkal kapcsolatos kérdőíves kutatás ismertetése* című tanulmányban foglaltuk össze (ECKHARDT et al. 2018). Most a mondanivalónk szempontjából leglényegesebb összefüggéseket vázoljuk fel.

1.4.1. A fejlődéskövető szűrővizsgálatok szülői megítélése: a szülői kérdőív elemzése

Névtelenül, online kitölthető kérdőívvel – amelyet kérésünkre az óvodapedagógus juttatott el számukra – megkérdeztük a szülőket arról a pedagógiai-pszichológiai szűrővizsgálati rendszeréről, mely gyermekük fejlődését az óvodába lépéstől az iskolába kerülés időszakáig kíséri.

A szülői kérdőívet először 2017 júniusában, majd augusztusának végén küldtük el ország-szerte 398 központi elhelyezkedésűnek vélt óvodába, melyekről feltételeztük, hogy minél több szülőnek tudják továbbítani. Mintánk végül nem vált kellően heterogénné, és a reprezentativitással is adós maradt, mégis az összesen 261 kitöltött *Szülői kérdőív* elemzése során a válaszok mintázatából több megfontolásra alkalmas kérdés rajzolódott ki.

Képet kaptunk (a túlnyomó többségében felsőfokú végzettséggel rendelkező és nagyvárosokban élő szülők válaszai által) az intézményekben jelenleg folyó gyakorlattal kapcsolatos elégedettségéről, valamint a szülői oldalról felmerülő/kirajzolódó igényekről.

A válaszadó szülők egyhangúlag fontosnak tartják a gyermekük fejlődését kísérő óvodai szűrővizsgálatok elvégzését, és véleményük indoklásában leginkább az időben elkezdett intervencióban rejlő prevenció értékét hangsúlyozták. A kitöltő szülők túlnyomórészt „jótékony tapasztalatokkal” rendelkeznek e téren, így nem meglepő, hogy nagy hányaduk érez bizalmat a gyermeküket érzékenyen követő és támogató szűrővizsgálatokkal szemben.

A szűrővizsgálatok időpontjával és gyakoriságával kapcsolatos kérdésekre adott válaszokban kirajzolódó tendencia utalhat arra, hogy a fejlődést követő szűrővizsgálatok elvégzésének gyakorlatát az iskolába lépés időszakának közeledte facilitálja. Üdvözlendő az a jelenleg formálódó gyakorlat (és kérdőívünkben az egyéni válaszok formájában/során megfogalmazott szülői igény), mely a fiatalabb korosztályok szűrésére is nagyobb hangsúlyt fektetne, kiaknázva a korai években rejlő preventív erő potenciálját.

A szülők körében az óvodájukban dolgozó szakemberek létszámával és összetételével kapcsolatos magas arányú elégedettség mellett kritikai zöngék is megjelentek: a túl nagy csoportlétszám és a leterhelt óvodapedagógusok következtében az egyes gyermekekre jutó megcsappant személyes figyelem negatív következményeit helyezték előtérbe, valamint kiemelték az óvodapedagógusok fluktuációjának gyakori és kártékony jelenségét is.

Kérdőívünk elemzése során hangot kaptak olyan kritikai megjegyzések, melyek a szűrővizsgálatok egysíkúságát, a fejlődés bizonyos területeire való rátekintés hiányát emelték ki. Megfogalmazódott az igény a gyermek fejlődésének alaposabb és folyamatosabb nyomon követése és az óvodapedagógusok munkáját segítő egyéb társszakmák intézményen belüli jelenléte iránt.

A kérdőívünket kitöltő szülők határozottan jelezték, hogy szükség lenne az óvodán belül saját óvodapszichológusra, fejlesztőpedagógusra és gyógypedagógusra; ez a kívánalom pedig szépen összeesik azzal a vágygal, miszerint a szülők gyermekük fejlődésének társas, viselkedési és érzelmi aspektusait is szeretnék jobban megismerni, figyelemmel követni az értelmi készségek, a finommozgásos és a nagymozgásos készségek, valamint a nyelvi és a beszéd-készségek mellett.

A szülők megfelelő és pontos tájékoztatásának hiányossága, illetve az ez iránti igény kérdőívünk több pontja mentén is markánsan megfogalmazódott. *A jövőben nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a szűrést végző szakemberek, az óvodapedagógusok és a szülők közötti célzott, nyílt, kétoldalú kommunikáció elősegítésére.*

14.2. A fejlődéskövető szűrővizsgálatok óvodapedagógusi megítélése: az óvodapedagógusi kérdőívek tapasztalatai

Az óvodapedagógusi kérdőív kiküldését követően két hullámban, a szülői kérdőívekkel azonos időben, összesen 289 óvodapedagógus válaszolt a kérdéseinkre, osztotta meg véleményét az óvodáskorban zajló szűrővizsgálatokkal kapcsolatban. Tudatában vagyunk annak, hogy jellegzetességeinél és nagyságánál fogva ezen mintánk sem tekinthető országosan reprezentatívnak, mégsem lebecsülendő a közel 300 pedagógusi vélemény, melyekben hangsúlyos, értékes és értékelésre, elemzésre alkalmas tapasztalatok, „üzenetek” fogalmazódtak meg.

A kitöltők a tapasztalt óvodapedagógusok köréből kerültek ki – mind életkorukat, mind speciális gyakorlatukat illetően. Ezért is kiemelendő, hogy az általuk használt fejlődéskövető eljárások 42%-a *egyedileg kialakított*, ami arra utal, hogy a meglévő fejlődést nyomon követő eszközöket nem találják az ő lakóközösségükből jövő kisgyermekekre nézve megfelelő komplexitásúnak, és támpontokat keresnek a helyi viszonyokra jobban érvényes, csoportjuk szűrésére alkalmasabb megfigyelési rendszerekben. A fejlődéskövető szűrésekre az óvodapedagógusok 62%-a a *középső csoportot tartja a legalkalmasabb időszaknak*. Ez különösen akkor megfontolandó, ha azt is figyelembe vesszük, hogy az óvodába lépés időszakát és a közvetlen az iskolába lépés időszakát nem tartják megfelelőnek szűrővizsgálatok végzésére, amit minden szempontból el tudunk fogadni.

A nyomon követésbe bevonandó társszakmák közül a válaszadók 81%-a a fejlesztőpedagógust, 65%-a a gyógypedagógust és a pszichológust vonná be. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a köznevelési rendszer hagyományos szereplőivel a legtöbb helyen jól kidolgozott a kapcsolat, és a megfelelő bizalom is kialakult. Egy másik kérdés kapcsán, nevezetesen a fejlődéskövető szűrés lebonyolításában való részvételt firtató kérdésben még pregnánsabbá válik egy összefüggés: *a válaszadó pedagógusokhoz legközelebb lévő szakemberek bírnak a legnagyobb bizalmat*. Határozott kontúrral válnak el egymástól a fenntartó önkormányzat által foglalkoztatott „saját” és a távoli, a szakszolgálathoz köthető ugyanolyan alapképzettségű szakemberek (az óvoda fenntartója által foglalkoztatott gyógypedagógusok, fejlesztőpedagógusok 63%-ban; a pedagógiai szakszolgálat hasonló szakemberei 17%-ban vannak jelen). Ebben a megvilágításban sokkal érthetőbb az egyébként meglepő eredmény: az óvodapszichológusok csekély, 5%-os jelölése ugyanebben a kérdésben. Feltételezhetjük, hogy az előbbi összefüggés ritka előfordulási gyakoriságuk következménye – sajnos, igen kevés óvodapszichológus dolgozik az országban.

1.4.3. A fejlődéskövető szűrővizsgálatok óvodapszichológusi megítélése: az óvodapszichológusi kérdőív tapasztalatai

Ötvenegy, nehezen megtalált óvodapszichológus válaszai alapján foglaljuk össze a válaszadók sajátosságainak általunk vizsgált elemeit. További részletekért *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja* című munkát ajánljuk az olvasó figyelmébe (SzvATKó et al. 2018). Röviden még annyit kell megjegyeznünk, hogy kérdőívünkkel a fővárosban és városban (megyeszékhelyen) dolgozó szakembereket tudtuk elérni.

Róluk fontos tudni, hogy meglehetősen *túlterheltek*: a minta több mint feléhez (54,9%) 16-nál több csoport tartozik. Ezek az óvodapszichológusok legalább 300 kisgyermeket látnak el,

55%-uk 40-nél több óvodapedagógussal tartja a kapcsolatot, és 20%-uk potenciálisan 1600-nál több szülő számára elérhető. Ez a kapcsolattartási nyomás szinte ellehetetleníti a valós, mindennapi és érdemi közös munkát, így az óvodapszichológusoknak komoly intellektuális investációt jelenthet a tömeges információk kezelése és a látszatellátás veszélyének elkerülése.

Ezekkel a körülményekkel élesen ellentétes az, hogy az óvodapszichológusok benyomásai szerint az óvodáktól és a szülőktől feléjük érkező lehangsúlyosabb (94,1%) elvárás a gyermekek érzelmi életének fejlődésével és esetleges nehézségeivel való munka. 92,2%-uk érzékeltte úgy, hogy a következő elvárás a gyermekek társas kapcsolataival való pszichológiai jellegű foglalkozás. Nem kevésbé tartották fontosnak (90,2%) a szülők konzultációs keretek közötti támogatását a nevelési problémákkal való megküzdésben. Elgondolkodtató, hogy ilyen elvárásoknak hogyan tudnak megfelelni a fent részletezett leterheltség mellett. Az ilyen típusú pszichológiai munka komoly elmélyültséget, a gyermekekkel, a gyermekcsoporttal és az óvodapedagógusokkal való érzékeny együttléteket igényel. A másik fő kérdésünk az volt, hogy milyen megfigyelési módszereket, fejlődéskövető szűrőeljárást használnak az óvodapszichológusok a gyermekek megismerése érdekében. Az óvodapszichológusok *86,3%-a a részt vevő megfigyelést jelölte meg* mint az általa leggyakrabban használt szűrési eljárást (erről részletesen lásd az 1.5. fejezetet: „Az óvodapedagógusok használatában lévő fejlődéskövető szűrések jellemzői”).

A megfigyelés mellett az óvodapszichológusok azt jelezték, hogy a *DIFER-eljárás és a saját fejlesztésű szűrőeljárás* a legelterjedtebb az óvodákban (mindkettő egyaránt 47,1%). Ez a vélekedés teljes összhangban van az óvodapedagógusi jelzésekkel.

Az óvodapszichológusok 54%-a azért tartja szükségesnek a fejlődés nyomon követését, hogy a legkorábban és a legjobb eséllyel legyen biztosítható a gyermekek számára készségeik és képességeik kibontakoztatása. További 28%-uk szerint ez azért szükséges, mert az átlagosnál lassabban fejlődő, vagy a viselkedésükben eltérő ütemű fejlődést mutató gyermekek egyéni bánásmódban részesülhetnek a szűrőeljárás eredményeinek ismeretében.

Megkérdeztük az óvodapszichológusokat, hogy saját szakmai kompetenciájukra tekintettel, milyen segítséget tudnak leginkább adni a fejlődéskövető szűrővizsgálatok előkészítésében, lebonyolításában és értékelésében. A válaszadók nagy arányban az eredmények értelmezésében (80,4%), illetve az egyéni fejlődést elemző megbeszéléseken való részvételt (74,5%) emelték ki. Az előzetes megfigyelések megvalósításában 62,7%-uk venne részt, ami a fejlődéskövetésben ígéretes potenciált jelenthet. Meg kell jegyeznünk, hogy az eddig áttekintett három kérdőívben *markánsan megmutatkozott a pszichológus szakma aktívabb bevonásának igénye*.

Az óvodapedagógus válaszadók 78%-a jelölte, hogy szívesen venne részt csoportos szülői konzultációkban az óvoda más szakembereivel együtt, illetve 67%-uk a szülővel való konzultáció lebonyolításában működne közre. Mindez a szülők erőteljesebb tájékozódási igényéhez kiválóan csatlakozik. Az óvodapedagógusok és az óvodapszichológusok válaszaiból is következtethetünk a rendszeres, visszajelző *szakmai team* igényére, amelynek megvalósulása nagy valószínűséggel elősegíti a gyermekek sikeres továbbhaladását.

1.4.4. A fejlődéskövető szűrővizsgálatok pedagógiai szakszolgálati megítélése: a szakszolgálati kérdőív tapasztalatai

Névtelenül, online kitölthető kérdőívvel kérdeztük a járási pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadós szakembereit saját szűrővizsgálati gyakorlatokról és az erre épülő iskolaérettségi vizsgálati eljárásról. A kérdőívet a 2017-es év végén küldtük ki országszerte minden általunk ismert járási pedagógiai szakszolgálatához. 152 pedagógiai szakszolgálattól kaptunk választ a kérdéseinkre, ezért jogosan feltételezhetjük, hogy mintánk az országosan 241 feladatellátási helyvel rendelkező hálózat munkamódszerét meglehetősen reprezentatívással képviseli.

A pedagógiai szakszolgálatok által rendszeresen végzett óvodai szűrővizsgálatok területről kérdezve a válaszadók kicsivel több mint fele (59,2%) a *nagycsoport elején* végzi a szűrővizsgálatait az iskolába lépéshez szükséges fejlettség előmozdítása érdekében, de a minta harmada (29,6%) *középső csoportos szűrővizsgálatot* végez a fejlődési nehézségek korai azonosítása érdekében. Ez utóbbi tendencia szépen egybecseng azzal, hogy az óvodapedagógusok 62,4%-a a középső csoportban tartaná aktuálisnak a pedagógiai szakszolgálatok szűrőeljárásainak lebonyolítását.

A válaszok alapján meglepően nagy változékonyság tapasztalható a szűrések nyomán a kiszűrt gyermekeknek adható terápiák, fejlesztések tekintetében. Az ellátást egyértelműen megadni tudó válaszok a minta kis híján 40%-át teszik ki. Elmondhatjuk, hogy főképpen ezeken a helyeken van értelme egyáltalán szűréseket végezni, hiszen ezek elsődleges értelme a korai ellátásba jutás serkentése. Megtalálni a segítségre szoruló gyermekeket, majd kapacitás hiányában nem ellátni őket – ez meglehetősen nehezen magyarázható logikai sor. Javítja a képet, hogy enyhébb esetekben közvetett ellátási módok által igyekeznek támogatni a kisgyermek helyi megsegítését, például a szülő vagy az óvodapedagógus konzultációjával (18,6%). A továbbküldés is egy lehetőség, és ezzel is elég sok (9,9%) pedagógiai szakszolgálat él.

A szűrések módszerére közvetlenül nem kérdeztünk rá. Az egyéb kategóriában azonban voltak utalások a módszertanra: az MSSST-vizsgálat, a saját maguk által összeállított vizsgálat, az iskolaérettségi vizsgálat és a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat is megjelent, jelezve, hogy előzetes feltételezésünk nem volt alaptalan, a félreértéseknek és a megoldási próbálkozásoknak széles a spektruma.

1.5. Az óvodapedagógusok használatában lévő fejlődéskövető szűrések jellemzői

A leggyakrabban használt fejlődéskövető szűrési eszközök

Az alábbiakban összefoglaljuk, hogy melyek voltak azok a szűrőeljárások, amelyeket vizsgált mintánkban a leggyakrabban használtak az óvodák falai között a fejlődéskövetésre. Meglátásunk szerint ezeknek az eljárásoknak egy jelentős része hibás alkalmazásra kerül: nem megfelelő kompetenciával bíró szakemberek kezében ugyanis téves eredményekhez vezethet, és nagyobb kárt tesz, mintha nem is használták volna. Maguk az eljárások is kritika tárgyává tehetők, de ennek elemzése nem feladatunk. Vannak azonban roppant átgondolt, finoman mérő és kifejezetten az óvodapedagógus általi fejlődéskövetésre alkalmas szempontsorok, melyeket az olvasó könnyű szívvel választhat. A felhasználási mód sem közömbös az eredményesség szempontjából: például az említett szűrőeljárásokat egyes óvodákban a pedagógiai szakszolgálat munkatársai használják fel a rizikógyermek azonosításához, a további szakvizsgálatokra küldés bevezetőjeként. Amiről azonban most szó van, az a *minden gyermek esetében szükséges óvodapedagógiai fejlődéskövetés kérdése* az elsődleges prevenció keretében.

A táblázatos formával az a célunk, hogy áttekinthetővé és pregnánssá tegyük az összefüggéseket. A táblázatba csak azok az eljárások kerültek bele, amelyeket válaszadóink minimum 10%-a választott. [...] A táblázatos összefoglalást követően röviden jellemezzük a leggyakrabban használt eljárásokat. Legvégül pedig egy, a válaszadóink által nem említett eljárást szeretnénk az olvasó figyelmébe ajánlani.

Táblázat az óvodapedagógusi és óvodapszichológusi kutatási mintánkban megjelenő leggyakrabban használt szűrővizsgálati eljárásokról²³⁹

VÁLASZTOTT ELJÁRÁSOK							
	Az óvodapedagógusi kutatásban jelentkező gyakorisága %-ban ²⁴⁰	Az óvodapszichológusi kutatásban jelentkező gyakorisága %-ban	Az eljárás célja	A felvétel időszaka	A felvevő szakmai kompetenciájára való utalás	A felvétel időtartama	Megjegyzés
DIFER	60,6	42,9	Lehetővé teszi az iskolai alkalmassághoz szükséges alapkészségek fejlettségének diagnosztikus mérését	4–8 éves korban	Óvodapedagógiai, tanítói	45–50 perc	Országosan használt, elismert, tudományos megalapozottságú mérőeszköz, a módszer ismert az érintett pedagógusok többségének körében
RÉSZT VEVŐ MEGFIGYELÉS	–	90,5	Valós helyzetekben társas kapcsolati és emocionális történések megragadása	Bármely életkorban	Pszichológusi	Alkalomszerű, de szükség esetén ismétlődő	Egyéni problematikára érzékeny
KOMPLEX PREVENCIÓS ÓVODAI PROGRAM (PORKOLÁBNÉ)	13,8	4,8	Az iskolai problémák korai felismerése és az iskolai életre felkészítő, egyénre szabott preventációs program meghatározása	Az óvodai évek alatt folyamatosan	Óvodapedagógiai	Folyamatos megfigyelés, szakaszos lejegyzés	
MSSST	14,9	33,3	Részfunkciózavarok vizsgálata dolgozták ki, hogy időben feltárja a majdani tanulási zavarok kialakulásáért felelős hiányosságokat	Óvodás- és kisiskoláskorban	Pszichológus, gyógypedagógus, tanító, fejlesztőpedagógus, óvodapedagógus	25–30 perc	Hazai normál létezőnek

²³⁹ Itt is megjegyezzük, hogy az említett eljárások nem feltétlen szűrőeljárások; kialakításukkor az alkotók többnyire pedagógiai vagy pszichológiai vizsgálatra alkalmas tesztként határozták meg, illetve állították össze őket.

²⁴⁰ A kutatás már említett hiányosságai miatt az itt következő eredményeket is csak tendenciászerűen érdemes figyelembe venni.

	Az óvodapedagógusi kutatásban jelentkező gyakorisága %-ban	Az óvodapszichológusi kutatásban jelentkező gyakorisága %-ban	Az eljárás célja	A felvétel időszaka	A felvevő szakmai kompetenciájára való utalás	A felvétel időigénye	Megjegyzés
SINDELAR-FÉLE ELJÁRÁS	12,1	23,8	A fejlesztendő kognitív képességtérületek kijelölése és a kognitív fókuszú fejlesztőeljárás meghatározása	4 éves életkor fölött	Gyógypedagógiai, pszichológiai, felsőfokú pedagógiai és óvodapedagógiai végzettséghez kötött	40–50 perc	Nem szűrőeszköz, nincs életkori standardja
DISZLEXIA-ELŐ-REJELZŐ GYORS-TEST	12,1	–	Az olvasási és írási alapkészségek kialakulását befolyásoló részképességek feltárása	5 éves kor fölött	Gyógypedagógiai, logopédiai	20–25 perc	
„SAJÁT MÓDSZERŰ MEGFIGYELÉSI ELJÁRÁSOK”	17		A fejlődés nyomon követése	Helyileg változó, többnyire 4 éves kortól	Óvodapedagógiai	Folyamatos	Egyéni változásra érzékeny
KÖTELEZŐ LOGOPÉDIAI SZŰRŐELJÁRÁSOK							
KOFA-3	Nincs adat		A 3 éves gyermekek nyelvi fejlettségének megállapítása	3 éves korban	Logopédiai	25–30 perc a kérdőívet kitöltő szülőknek	
SZÓL-E?	Nincs egyértelmű adat		Az 5 éves gyermekek beszéd- és nyelvi zavarainak, ez utóbbin belül az írott nyelvi zavarokat előrejelző alapképesség-defectek felismerése	5 éves korban	Logopédiai	Kb. 20 perc	
ALTALUNK AJÁNLOTT, IGÉRETES ELJÁRÁS							
KIVANCSTILADA	–	–	A gyermekek tehetőségi irányultságának feltérképezése	4–8 éves korban	Pedagógiai, az eljárás használata tanfolyam elvégzéséhez kötött	30–60 perc	

Diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer: DIFER

A szűrés célja

A DIFER Programcsomag egy diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer és egy hozzá kapcsolódó kritériumorientált fejlesztőrendszer együttese 4–8 évesek számára. A kidolgozás célja az volt, hogy olyan komplex eszköz jöjjön létre, amely segíti az óvodai és az iskolai készségfejlesztő munkát.

A szűrőeszköz típusa, tartalma

A DIFER Programcsomag készségmérő tesztszelei lehetővé teszik az iskolai alkalmassághoz szükséges alapkészségek fejlettségének diagnosztikus mérését (NAGY et al. 2004a). A tesztek információval szolgálnak arról, hogy a készségek begyakorlásáig, optimális elsajátításáig mennyit kell még fejlődni a gyermeknek. A gyermekek fejlettségét a készség optimális fejlettségéhez mint kritériumhoz viszonyítva adja meg.

A DIFER által mért 7 elemi alapkészség az iskolai tanulás szempontjából kritikus jelentőségű előfeltételnek tekinthető (JÓZSA 2011). A 7 elemi alapkészség: írásmozgás-koordináció, beszédhang-hallás, relációszókincs, elemi számolási készség, tapasztalati következtetések, tapasztalati összefüggések megértése, szocialitás.

Az értékelés módja

A fejlődést az úgynevezett „Fejlődési mutató” segítségével követhetjük nyomon 4 éves kortól 8 éves korig. A DIFER-mérés minden alapkészség esetén 5 fejlődési szakaszt különít el (NAGY et al. 2004b). Az 5 szakasz: előkészítő, kezdő, haladó, befejező, optimum. Az iskolakezdés kapujában álló gyermek akkor tudja többé-kevésbé kudarcok nélkül teljesíteni az első osztályt, ha képességei már az utolsó két szakasz valamelyikében helyezkednek el. Ha még csak az előkészítő vagy kezdő szinten tart, nem javasolt számára az iskolakezdés.²⁴¹

A 7 alapkészség fejlettsége egyetlen számértékkel jellemezhető, ez a DIFER-index, mely mutató a kutatások szerint szoros kapcsolatban áll az IQ-értékkel. A DIFER-index mutatja az elemi alapkészségek fejlettségét, ami a 7 alapkészség százalékpontban megadott fejlettségének átlaga. Megmutatja, hogy az optimális fejlettséget kifejező 100 százalékponthoz képest a vizsgált gyermeknek mennyit kell még fejlődni. Ez az index a kritériumorientált fejlesztés egyik legfontosabb és legátfogóbb mutatója.

A szűrés időigénye

A tesztek felvétele egyéni vizsgálat keretében történik. A készségek fejlettségének diagnosztikus feltérképezése körülbelül 45–50 percet vesz igénybe. Ezt követi egy diagnózis elkészítése az eredmények tükrében, majd az egyéni fejlesztési javaslat összeállítása és a folyamatos fejlesztés megkezdése (BÁNNÉ MÉSZÁROS 2016).

A szűrést végző szakember végzettsége

A mérőeszközt úgy tervezték, hogy használata ne igényeljen speciális szakértelmet, óvónők és általános iskolai tanítók is fel tudják venni. A módszer alkalmazása rövid időn belül elsajátítható.

²⁴¹ Egy tanító tapasztalatai. Mire jó a Difer-mérés? <http://www.koloknet.hu/iskola/meres-es-ertekeles/mire-jo-a-difer-meres> (Letöltve: 2017. 09. 07.)

Tudnivalók a szűrés eszközéről

A tesztsomagot standardizálták és statisztikai optimalizálással egy rövidített változatot is szerkesztettek belőle. A rövid DIFER minden vizsgált készségből 2–6 kiemelt feladatot tartalmaz.

A rövid változat a DIFER-index közvetlen becslését adja. A tesztsorozat megbízhatóságát és előrejelző validitását több nagy mintán alapuló felmérés igazolta már; az egyik ezek közül lefedte az adott évben iskolába lépő teljes gyermekpopulációt.

A DIFER elemző programjának használatához minimális IKT-kompetenciára ugyan szükség van a/az (óvoda)pedagógus részéről, viszont nagyban megkönnyíti és pedagógiai mérés-értékelés szempontjából szakmailag megalapozottá és korrektté teszi az elemző munkát. A DIFER feldolgozó program letölthető a http://www.oktatas.hu/koznevelas/meresek/difer/difer_feldolgozo_program oldalról. A program segít abban, hogy egyéni és csoportos szinten is elemezhesék, szemléltethessék a mérési adatokat. Továbbá lehetőséget biztosít arra, hogy az egyéni vagy csoportos eredményeket más referenciacsoportok eredményeivel összehasonlíthassák.

A szűrőeljárás erényei

Országosan használt, elismert, tudományos megalapozottságú mérőeszköz; a módszer ismert az érintett pedagógusok többségének körében.

A szűrőeljárás problémapontjai

A teszt felvételekor problémát jelenthet a tesztet felvevő pedagógus esetleges szubjektivitása, hiszen a felvételt végző személynek már előzetes ismeretei, tapasztalatai vannak a választó gyermekkel, tanulóval kapcsolatban. Előfordulhat, hogy a pedagógus kicsit másképpen olvassa fel az instrukciókat az egyes gyermekeknek, és kismértékben a válaszok pontozása is változó lehet. Ezt a szubjektivitást próbálták kiküszöbölni egy újabb fejlesztéssel, melynek során a gyermekek a feladatokat számítógép segítségével, online oldják meg. A tesztelés során az előre rögzített szóbeli instrukciókat a számítógép játssza le (a szövegeket képzett szakemberek olvassák fel), majd a válaszok értékelését is a program végzi. Így a szubjektivitás teljes mértékben kiküszöbölhető. Jelenleg a 7 mért terület közül csak két terület – a szociális készségek és az írásmozgás-koordináció – nincs digitalizálva. A számítógépes tesztelés korlátja lehet, hogy a beiskolázás kezdetén a tanulóknak még nem kielégítő a számítógépes ismeretük.

Gyakran megjelenő probléma, ami az eljárás kidolgozóinak szándékával ellentétes, hogy a gyermekekkel foglalkozó pedagógusok helyett az adott intézményben feladatot ellátó fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus, illetve időnként az óvoda-/iskolapszichológus tevékenységi körébe sorolják a mérőeszköz használatát. Ilyen módon pontosan az a pedagógus nem ismeri meg a rábízott kisgyermek fejlesztésének egyéni lehetőségét, akinek a napi munkája tervezéséhez a legnagyobb szüksége lenne rá.

Az egyszemélyes, alapos pedagógiai vizsgálati helyzet legnagyobb előnye a pedagógus és a gyermek kapcsolatának elmélyítése lehetne a gyermek egyéni fejlődésének jobb megismerése által, ám erről idő hiányában, a „házi használatra szánt” pedagógiai mérésektől húzódozva a pedagógusok többsége lemond, és a feladatot a speciális fejlesztők területére számúzi. Ezt jelentősebb problémának találjuk, mint az óhatatlanul fellépő, de önreflexióval reális korlátok között tartható szubjektivitást.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

„Az elmúlt hetekben csináltak az óviba egy felmérést hogy milyen a gyerekeknek a képessége. Ez középső csoportban történt. Számolás, képfelismerés, betűforma írás stb. Az én

gyerekek az országos átlagban van benne, ami azt jelenti, a korának megfelelő a képessége. Sem több sem kevesebb, aminek én örülök is. De vannak olyan csoporttársai akik 100%-osra csinálják meg ezeket a teszteket, tudnak írni, olvasni, számolni, tehát átlagon felüliek. Szerintetek ez jó vagy rossz. Én is kezdem el a gyereket tanítani írni és olvasni? Nektek mi a véleményetek erről? Nálatok is csináltak ilyet az oviba???” <http://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&topicid=84711&step=0&bw=1> (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Ezek a felmérések azért vannak, hogy lehessen tudni, hogy a gyerek milyen szinten van. Kell e valamiből fejleszteni. Ált. minden gyerekeknek van amiből nem 100%. Nem kell otthon tanítani külön. Ha játszótok sokat közösen az a legjobb fejlesztés ilyen korban még.” <http://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&topicid=84711&step=0&bw=1> (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Úristen! Milyen tesztekéről beszéltek? Egy 5 éves gyerek legfontosabb tevékenysége a játék! Nem a betű formálás, stb! A gyerek addig gyerek, amíg ovis. Utána bekerül egy húsdarálóba, ahonnan 18 évesen kerül csak ki. Addig csak tanul, tanul... és sosem játszhat már gondtalanul! Persze van egy bizonyos alapkészség amit kell érniük ezt nem vitatom.” <http://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&topicid=84711&step=0&bw=1> (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Azt nem tartom mondjuk helyesnek, hogy az én gyerekeknek november közepén csinálták, aki vele egy idős egy nappal idősebb a lányomnál nála meg két hónappal később. Szerintem egy ilyen korú gyerek nagyon sokat fejlődik két hónap alatt.” https://www.gyakorikerdesek.hu/gyerekvallalas-neveles__ovodak__5297879-mit-szoltok-az-ovodai-differ-teszthez (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Óvónő vagyok és fejlesztőpedagógus. Azért végezte idegen óvónő, mert külön képzés kell a végeztetéshez. Én biztos, hogy nem félnék, mert:

1. egy teszt nem teszt
2. a Difer tele van hibákkal, olyanokkal, amik felnőttként sem logikusak.- most a héten szabin vagyok, de ha szeretném, megnézem Neked, hogy mik azok a részek, amik nem egyértelműek. Egyetemi könyvtárból Te is ki tudod kölcsönözni...
3. Hallgattam órákat Nagy Józsefnél,(Ő vezette a kutatásokat), Ő maga mondta, hogy normális esetben nem is végezné el a tesztet (sokszor ezért is kezdik a kisDiferrel, és ha van olyan képesség, ahol nagyon nem jók az eredményeit, megcsinálják a rendeset...)” https://www.gyakorikerdesek.hu/gyerekvallalas-neveles__ovodak__5297879-mit-szoltok-az-ovodai-differ-teszthez (Letöltve: 2017. 08.16.)

Részt vevő megfigyelés

Az óvodapszichológusok által preferált részt vevő megfigyelés éppen általánosan használt mi-volta miatt nem illeszthető az eddigi feldolgozási struktúránkba, noha maga a megfigyelés mint „irányított észlelés, amelynek alapján valamilyen megállapításra jutunk” (SZOKOLSZKY 2004, 421) minden óvodában történő szűrés, azonosítás alapja. Az óvodapedagógusok és más együttműködő szakemberek egyik legáltalánosabban és legsikeresebben használt módszere éppen a megfigyelés, amely lehet strukturált és kötött kategóriák nélküli is.

A helyesen végzett részt vevő megfigyelés a kisgyermek viselkedését természetes, beavatkozás nélküli formában igyekszik megragadni (BÖDDI et al. 2015) és a későbbiek során valamilyen szem pontrendszerben elhelyezni. Nagyon fontos, hogy az ilyen típusú megfigyelés

során a megfigyelő nem avatkozik be a megfigyelt folyamatba, sokkal inkább annak komplexitását próbálja elkapni. Intuitív megközelítéssel végzendő tehát, azonban a megfigyelő egyáltalán nem a szélsőséges szubjektivitás felé hajlik, hiszen valósan létező mintázatokat, témákat keres, és módszere következetes használatával objektív adatokhoz jut.

Az óvodapszichológusok részt vevő megfigyelése komoly segítséget tud adni a csoportban dolgozó óvodapedagógusoknak. Az a fajta jelenlét, amivel az óvodapszichológus – szisztematikus munkája eredményeként – a csoportban létezhet anélkül, hogy jelentősen befolyásolná az ottani történéseket, tág teret biztosít a megfigyelésre, különösen a társas interakciók és az emocionális megnyilvánulások területén.

MSSST (Meeting Street School Screening Test)

A szűrés célja

Óvodás és kisiskolás gyermekek vizsgálatára dolgozták ki azzal a céllal, hogy időben feltárja a majdani tanulási zavarok kialakulásáért felelős részképességek hiányosságait (ZSOLDOS–SARKADY 1994).

A szűrőeszköz típusa, tartalma

A szűrőeljárás verbális és nem verbális feladatokból áll. Méri a szenzomotoros rendszer alapját képező (1) motoros készséget, a (2) vizuo-perceptuo-motoros készséget és a (3) nyelvi készséget. A tesztet három szubtesztre osztották fel, és minden szubteszt 5-5 feladatból áll:

A motoros minták szubteszt feltérképezi a kétoldali, szeriális mozgásminták kivitelezését és a testvázlattal kapcsolatos téri tájékozódást.

1. A vizuo-perceptuo-motoros szubteszt méri a vizuális diszkriminációt, az emlékezetet, a geometrikus ábrák és betűformák reprodukáló készségét, a térbeli és a sorrendbeli orientációt.
2. A nyelvi szubteszt vizsgálja a nyelvi készséget, az auditív figyelmet, a nyelvi emlékezetet, az időrendi fogalmakban való tájékozottságot és a fogalmazási készséget.

A teszthez mellékeltek egy úgynevezett viselkedést mérő skálát, amelynek célja a gyermek vizsgálat alatti magatartásának megítélése. A skála a gyermek viselkedését olyan aspektusokból elemzi, amelyek a tanulási helyzetet meghatározzák: a magatartást, a kooperációt, a figyelmet, a mozgást, a beszédet és a teljesítőképességet. A tanulási viselkedést részletező szempontok szerint az együttműködés, a figyelem, a koncentrációkészség, az önellenőrzés, a mozgásszabályozás, a ceruzahasználat, a szemmozgás-szabályozás, a beszéd, a grammatika és a teljesítőképesség eredményességét regisztrálja (GREGUSS é. n.).

Az értékelés módja

A szubtesztek elvégzett feladatai nyersponttal minősíthetők, amelyet a vizsgált gyermekek életkorának megfelelő normatáblázatból normaponttá lehet alakítani. A normapontok értéke jelzi, hogy a gyermek teljesítménye az átlaghoz mérten mutat-e eltérést.

Jelzést kaphatunk a tanulási zavar előjeleinek veszélyére, enyhe veszélyére és a veszélyeztetettség hiányára. A szűrés során kapott eredményeket értelmezhetjük profilként, valamint az összteljesítmény meghatározására is alkalmasak.

A szűrés időigénye

Tapasztalatok alapján a szűrés körülbelül 25-30 perc alatt felvehető, így használatával nagy létszámú csoportok szűrése és diagnosztizálása végezhető el rövid idő alatt.

A szűrést végző szakember végzettsége

A teszt használatát pszichológusoknak, gyógypedagógusoknak, tanítóknak, fejlesztőpedagógusoknak és óvodapedagógusoknak ajánlják.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

A teszt egy könnyen használható tesztlapból és a hozzá tartozó feladatlapokból áll. Értékelési útmutató alapján egyszerűen értékelhető (0, 1, 2 pont) a gyermekek teljesítménye (GYENEI–SZAUTER J.–NÉ–SZIGETI 1995). A teszt 4;7 éves kortól 7 éves korig használható. A vizsgáló részéről is aktív jelenlétet kíván.

A szűrőeljárás erényei

Az MSSST-t informatív, három területet mér (mozgás, beszéd, gondolkodás), és ezzel együtt a gyermek munkamódja, figyelme, feladattartása, feladattudata is jól látható. Felvétele viszonylag rövid időt vesz igénybe. A teszt nem eszközigenyes, a szakemberek számára könnyen elsajátítható. Jelzést kaphatunk a tanulási zavar előjeleinek veszélyére, enyhe veszélyére és veszélytelenségére.

A szűrőeljárás problémapontjai

Egyes felhasználó szakemberek személyes információi szerint a szűrőeljárás nem differenciál eléggé (széles értékelési sávokkal dolgozik). A végső eredmény nem mindig van összhangban a részeredményekkel (például egy területen elért nagyon alacsony pontszámot kompenzál a másik két terület, és így nem ugrik ki a tanulási veszélyeztetettség – például nagyon gyenge mozgás, de jó verbalitás és gondolkodás esetén lehet az a következtetés, hogy nincs veszély). A megfelelő értékeléshez szükséges a tapasztalat, már csak azért is, mert a sztenderd nem kellően differenciált, a viszonyítás, illetve az értékelési pontok nehezen követhetők.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

„és az mssst-n kívül mérték Balázst más szempontból is? Mert ha jól tudom, az «csak» az észlelést és a nyelvi képességeket méri... ? magyarul a várható tanulási nehézségeket szűri. Anno az öcsém írt tükörírással. de nagyon komolyan. merthogy ugye 1 év van közöttünk, és szembe össze voltak fordítva az asztalaink, oszt amíg én elsős voltam, ő szemből sasolt. (tkp, még jó, hogy nem fejjel lefele IS írt...)” <http://forum.index.hu/Article/showArticle?go=83209442&t=9085904> (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Megvolt a fogadóóra, tannéni szerint szükséges a fejlesztés, de csak figyelem és mozgáskoordináció terén, egyebekben Balázs túl van fejlesztve. Ő is osztja, h Balázs nem készség-szinten, hanem agyból ment át az MSSST-n, hát most örüljek vagy szomorkodjak :-)” <http://forum.index.hu/Article/showArticle?go=83297309&t=9085904> (Letöltve: 2018. 02. 13.)

„mssst-vel tenyleg az van, amit mondtam, szoval okos a gyereked, az jott ki:)” <http://forum.index.hu/Article/showArticle?go=83297309&t=9085904> (Letöltve: 2018. 02. 13.)

A komplex prevenció óvodai program

A szűrés célja

Az iskolai problémák korai felismerése és az iskolai életre felkészítő, egyénre szabott prevenciós program meghatározása.

A szűrőeszköz típusa, tartalma

Folyamatosan használható fejlettségmérő lapok 3–7 éves gyermekek részére, olyan szempontokkal (PORKOLÁBNÉ BALOGH 2009), amelyek segítségével a harmonikus személyiségfejlődés óvodán belüli biztosítása lehetővé válik, valamint a potenciális tanulási zavarok is jobb eséllyel megelőzhetők. Ez a szűrőeszköz olyan szempontokat is kínál az óvodapedagógusoknak, amelyekkel azonosítani tudják azokat a gyermekeket, akiknek óvodán kívüli szakemberre lehet szükségük (gyógypedagógus, pszichológus, pszichiáter, neurológus). A megfigyelések, mérések legfontosabb területei: a mozgás- és a testséma fejlettségének mutatói, a térbeli tájékozódás képessége, az értelmi fejlődés, a finommotoros koordináció fejlettsége, a nyelvi kifejezőképesség alakulása és a gyermekek szociális érettsége, fejlettsége (BALÁZSNÉ SZÚCS–PORKOLÁBNÉ BALOGH–SZAITZNÉ GREGORITS 2009).

Az értékelés módja

Egyéni fejlődési ütemet és fejlettségi profilt állapít meg a fejlesztési feladatok meghatározásához.

A szűrés időigénye

Folyamatosan, a napi tevékenységekbe illesztve, de legkevesebb havi gyakorisággal szükséges jelölni az adott életkor sajátosságaitól eltérő problematikus viselkedésformákat. Alkalmanként rövid idejű feladathelyzeteket teremt.

A szűrést végző szakember végzettsége

Óvodapedagógus.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

A szűrés háttérében álló Komplex Prevenció Óvodai Program 1996-ban jelent meg, mely akkor már 15 éves kutatói és óvodai gyakorlati munka eredményeként jött létre. A program előremutató sajátosságai közé tartoznak azok a ma is érvényes gondolatok, melyek az adott életkorú gyermekekre irányuló bármely jótékony célú beavatkozás legfontosabb elemeinek a mozgást és a játékot tekintették. A program alapja a tudatos célkitűzések megvalósításán keresztül prevenció irányultság, mely a programhoz tartozó fejlettségmérő lapok filozófiáját is meghatározta.

A szűrőeljárás erényei

Az óvoda kultúraátadó szerepének hangsúlyozása mellett az életkori sajátosságokhoz optimálisan illeszkedő megfigyelési szempontsor felkínálása jól rendszerezve, egyszerű, de lényegbe vágó módszerekkel, játékszerű feladatokkal, természetes helyzetekben. Az eltérő fejlődési ütem szem előtt tartásának igénye messzemenően találkozik a napi valósággal, mint ahogyan az óvodás gyermekek érzelmi biztonságának alapszükséglete és az érzelemvezérelt megismerési sajátosságok is.

A szűrőeljárás problémapontjai

Csak tapasztalt, szakmailag jól tájékozott és rendszeres megfigyelésre, előrelátásra képes óvodapedagógus kezében működik jól.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

Nem találtunk erre vonatkozó bejegyzést, ami feltételezésünk szerint abból fakad, hogy az eljárást a szülők nem ismerik, noha számos ma használatos, újabb keletű és ismertebb eljárás alapját képezi. Kiválósága ellenére hiányzik az ismert eljárások változékony köréből.

A diszlexia-veszélyeztettség szűrővizsgálata (MAROSITS 2007)

A szűrés/vizsgálat célja

A szerzők által előrejelző gyorstesztnek nevezett kétrészes vizsgálat a részképességek feltárását tűzi ki céljával, jelesül azokat, amelyek jelenléte befolyásolja, hátráltatja az olvasás és írás alapképességek információszerező és -közlő szerepének kialakulását. A vizsgálat sor hangsúlya a korai prevención kívül a terápiaközpontúságra helyeződik, mivel az egyes részfeladatokban megmutatókozó bizonytalanságok segítenek kijelölni a logopédiai, fejlesztőpedagógiai munka irányultságát.

A szűrőeszköz típusa, tartalma

A vizsgálat elvégzésére legoptimálisabb időpont a középső csoport vége, a nagycsoportos kor eleje (5-6 éves kor), de még első osztályos gyermekekkel is elvégezhető. Ha a logopédus az óvodapedagógusok jelzései alapján több rizikótényezőt állapít meg, elvégzi a két előrejelző tesztet a gyermekekkel. Ezen vizsgálatok során kiderülhet, hogy inkább a beszéddel kapcsolatos részfunkciók sérültek-e csupán, vagy a motoros területek is érintettek a diszlexia-veszélyeztettség terén. Az előrejelző gyorsteszt első részében a gyermeket színek és képek megnevezésére kéri, a természetes irányt (balról jobbra) tartva. Fontos, hogy a gyermek törekedjen a minél gyorsabban történő megnevezésre. A teszt második része hat részfeladatot foglal magában: a szem- és a kézmozgás koordinációját, az alak háttérváltozásának megkülönböztetését, az alakkonstancia vizsgálatát, a térbeli helyzet vizsgálatát, a térbeli viszonylagosság vizsgálatát és a ritmusismétlést, -követést. Ha az előrejelző gyorsteszt során veszélyeztettségre utaló jeleket fedeznek fel, akkor minden esetben szükséges a részletes vizsgálat elvégzése. A diszlexia-prevenció munkát minden esetben megelőzi(k) a szűrővizsgálat a gyorsteszttekkel, az anamnézis felvétele, továbbá a részletes vizsgálat és a személyre szabott kiegészítő vizsgálatok is.

Az értékelés módja

Az első részben a stopperrel mért idő a mérvado; fontos lejegyezni a másodpercnyi pontosságot. A teszt az átlagos időt adja meg viszonyítási alapnak. A második részben az elérhető pontszám 30. Ha a gyermek 20 pont alatt teljesít, feltétlenül szükséges a részletes vizsgálat, azaz a DPT elvégzése.

A szűrés időigénye

Körülbelül 20-25 perc alatt elvégezhető.

A szűrést végző szakember végzettsége

A teszt felvétele gyógyopedagógus-logopédus szakértelmet igényel.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

A gyorsteszt első és második része a New York-i Columbiai Egyetem által összeállított diszlexia-előrejelző gyorsteszt része, amely a vizuális ingerekre adott szóbeli reakciók idejét méri (színek, képek). Az egyetem vizsgálatai szerint a verbális válaszok automatizálásában való sikertelenség összhangban lehet a diszlexiával. A második része a vizuális percepciót, a vizuomotoros koordinációt és a ritmusszerialitást vizsgálja. Magyarországon az eljárás kialakítása Marosits Istvánné nevéhez köthető.

A szűrőeljárás erényei

A szűrőeljárás gyorsan elvégezhető, akár 4-5 fős kis csoportban is, ahol még ellenőrizhető, hogy a gyermekek egyedül dolgoznak-e, és megértették a feladatokat. Objektív, hiszen az első rész értékelése egy megadott átlaghoz igazodik, a második rész pedig a pontszámok alapján értékeli az elért eredményt. A felhasználó szakemberek véleménye alapján a teszt az iskolát kezdő gyermekeknél jól jelez, és diszlexia-veszélyeztettség esetén további részletes vizsgálatot javasol.

A szűrőeljárás problémapontjai

A szűrőeljárást használó szakemberek beszámolója alapján az 5 éves korosztály esetében a szűrési eredmények nem mindig mutatnak valós adatokat, a teszt gyakran felülmér.

Sindelar-féle módszer vizsgálati része

A vizsgáloeljárás célja

A Sindelar-módszer vizsgáló eljárása nem használható szűrőtesztként (ZSOLDOS–MOHAI–RINGHOFER J.-NÉ é. n.). A vizsgáló módszer komplex, de egyértelműen csupán része egy kognitív képességfejlesztő eljárásnak – nem önálló diagnosztikai vagy szűrőmódszer, hanem olyan feladatsor, amelynek célja a fejlesztendő kognitív képességterületek kijelölése, és az általa kidolgozott kognitív fókuszú fejlesztőeljárás hatékonyságának ellenőrzése. Az eljárás a tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerésére és terápiájára helyezi a hangsúlyt óvodáskorban és az iskolát kezdő gyermekeknél annak érdekében, hogy a tanulási zavart megelőzzék, illetve kisiskoláskorban a zavar elmélyülését megakadályozzák.

A vizsgáloeljárás típusa, tartalma

Mint láthattuk, a fenti egyértelmű megállapítás dacára, a kérdőíves válaszolók egy jelentékeny hányada óvodai szűrésre használja az eljárást. Bár a módszer magyarországi honosítóival (ZSOLDOS 1999) messzemenően egyetértünk a felhasználás korlátainak kijelölésében, mégis a tájékoztatás és talán a meggyőzés céljából röviden ismertetjük az eljárást.

Az Affolter elvét követő sindelari koncepció szerint a gyakorlást a „gyökereknél” kell kezdeni, azon a szinten, ahol a kognitív képesség még megfelelően működik. Akkor is innen indul a foglalkozás, ha ez a szint a gyermek életkorához képest igen alacsony. Az egyéni vizsgáloeljárás a képességek minőségi elemzését célozza. A feladatok az észlelési szintek fejlettségét mérik a következő fejlődési struktúra szerint:

1. modalitásspecifikus szint
2. intermodális szint
3. szeriális integráció

A vizsgáloeljárás feladatai: vizuális differenciálás, vizuális diszkrimináció, verbális akusztikus differenciálás, verbális akusztikus diszkrimináció, intermodális integráció, vizuális szeriális em-

lékezet, verbális akusztikus emlékezet, intermodális szeriális emlékezet, beszédmotorika, vizuomotoros koordináció, vizuális figyelem, akusztikus figyelem, testséma, téri orientáció.

Az értékelés módja

A Sindelar-féle módszer vizsgálati szakaszának kiértékelése nagyon alapos, precíz munkát igényel. Szem előtt kell tartani a gyermek kompenzációs törekvéseit, illetve az egyes feladatok közötti interferenciákat is.

A hibapontokat összeszámlálva kisebbeknél az értékelés/módszer egy lombos fa ábráján teszi átláthatóvá, miként és hogyan alakul az egyes részképességek színvonala az adott gyermek esetében. Nem lévén meg az életkori standardokhoz való hasonlítás lehetősége, a vizsgálóeljárás minden esetben önmagához viszonyítja a gyermek képességeit. Megfigyelhetővé teszi, hogy a gyermek képességprofilján belül melyek azok a területek, ahol a többihez képest kisebb vagy esetleg nagyobb elmaradás tapasztalható. Az eredmények szerint jelölt „képességfa” lombja egyértelműen megmutatja a részképesség-gyengeség meglétét. Ilyenkor a lombkorona szabálytalan rajzolata jól tükrözi a részképességek diszharmonikus fejlődését.

A vizsgálóeljárás időigénye

A vizsgálati rész egyénileg, játékos formában történik. Az eljárás ezen szakaszának felvétele körülbelül 45-50 percet vesz igénybe. A vizsgálat eredménye szerint elindított fejlesztőmunka csak szülői közreműködéssel oldható meg, mivel napi 10 perces gyakorlást igényel.

A vizsgálóeljárást végző szakember végzettsége

A Sindelar-módszer igényes használata gyógypedagógusok, pszichológusok, felsőfokú pedagógiai és óvodapedagógiai végzettségű szakemberek számára hirdetett „kiképző” tanfolyamon sajátítható el.

Tudnivalók a vizsgálóeljárás eszközéről

A Sindelar-program olyan komplex módszer, amelyben a feltáró, illetve a terápiás tervet kijelölő vizsgálóeljárás, a fejlesztési periódus és a hatékonyságot ellenőrző ismételt vizsgálat szerves egységet alkot a fejlesztési diagnosztika koncepciójának megfelelően.

A Sindelar-program részei

1. Feltáró, illetve a terápiás tervet kijelölő vizsgálóeljárás.
2. A fejlesztési periódus.
3. A hatékonyságot ellenőrző ismételt vizsgálat.

A vizsgálati rész a teljes képességrepertoár megismerését célozza, nem csupán a hibás funkciókét. A vizsgálati rész – eltérően a hagyományos pszichometriai eszközöktől – alapvetően a minőségi elemzésre helyezi a hangsúlyt. A program indításakor és lezárásakor készült vizsgálati képességprofilok összehasonlításával megállapítható a gyermek önmagához viszonyított fejlődési szintje.

Brigitte Sindelar osztrák pszichológus programjának magyar adaptációját Zsoldos Márta és Ringhofer Jánosné végezte el az 1980-as években a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán.

A vizsgáloélmény erői

Az aktuális/későbbi tanulási zavar hátterében álló részképesség-gyengeségek feltérképezése mellett az eljárás a kísérőtűnetként jelen lévő magatartásproblémák kiküszöbölésére is hangsúlyt fektet. Az eljárást az értelmi fejlődésükben enyhe elmaradást mutató gyermekeknek kipróbáló hazai és külföldi szakemberek is többnyire pozitív tapasztalatokról számolnak be.

A vizsgáloélmény problémái

A fentiekben már részletezett helytelen felhasználásból eredő tévedéseken kívül más nem tapasztalható; a vizsgáloélmény könnyed, gyors és látványossá tehető eredménnyel zárul.

A vizsgáloélmény tükrözése szülői blogokban

„A jó benne, hogy egyes részképességeket külön is vizsgál, így koncentráltan lehet egy-egy területet fejleszteni. A teszt eredményét egy fa alakú grafikonon ábrázolják, így laikus szemmel is könnyen követhető a változás...” <http://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&topicid=163701&step=0&bw=1> (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Örülök, hogy csináljátok a Sindelárt...biztos vagyok benne, hogy hamarosan érezni fogod a hatását (vagy már érzitek is!)” <https://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&csatid=&topicid=163701> Letöltve: 2018. 02. 15.)

„Megvolt a felmérés: a leánykám tök béna volt : a nő is azt mondta neki, h figyeljen jobban oda...elmesélte, miket kellett, és minden után /majdnem/ hozzátette, h „de persze ezt is elrontottam”, aztán egy vigyorgó fej....szóval, még nem tudom a kiértékelést, de tutti lesz tréningünk amit nem bánok, csak a kitartást nem tudom, h meglesz-e a leánykámban...” <https://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&csatid=&topicid=163701> (Letöltve: 2018. 02. 15.)

Logopédiai szűrővizsgálatok

A logopédiai szűrővizsgálatok a gyermekek nyelv- és beszédfejlődésének nehézségeit, elakadásait hivatottak minél korábban azonosítani a korai megsegítés érdekében. A korai azonosítás különösen abban az aspektusban érdekes, ami a logopédiai munka hangsúlyeltolódásának irányába mutat, tudniillik arra, hogy a későn észlelt nyelvfejlődési zavarok eseteiben következményesen súlyos tanulási, emocionális és viselkedési zavarok is felléphetnek. Ezek megelőzése 5-6 éves korban, ameddig a logopédusok vélhetőleg kapcsolatba kerültek a nagycsoportos óvodásokkal, már elkészt. A köznevelési törvény értelmében, a 2017/2018-as nevelési évtől kezdődően minden 3. évet betöltött gyermeknek kötelező logopédiai szűrővizsgálaton részt vennie. Tehát az eddig is kötelező, 5 éves kori szűrővizsgálat megelőzi egy 3 éves korban elvégzendő szűrővizsgálatot.

A 2016-ban módosított 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről a következőket írja erről:

„25 § (3) A logopédiai ellátás keretében el kell végezni a harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrését. A hároméves kori logopédiai szűrés a nyelvi fejlettségre (receptív és expresszív nyelv), az öt éves kori szűrés elsősorban a beszédartikulációra, illetve az írott nyelvi (írás és olvasás) készségekre irányul. A szűrés eredménye alapján szükség szerint el kell végezni a gyermek további logopédiai vizsgálatát, illetve kezdeményezni kell további gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatokat.

25 § (4) A részletes logopédiai vizsgálat és logopédiai vizsgálati vélemény alapján kell a gyermek további logopédiai ellátását megszervezni, ha a szűrés és a logopédiai vizsgálat eredményei alapján erre szükség van.”

KOFA–3 (Kommunikatív Fejlődési Adattár)

A szűrés célja

A logopédusok a hároméves kori kötelező logopédiai szűrést a KOFA–3 szűrőeljárással végzik a 2017/18-as tanévtől kezdődően. A KOFA–3, mely 36 hónapos kortól mér, olyan szülői beszámolón alapuló korai nyelvfejlődési szűrőeljárás, amely a gyermek nyelvi fejlettségének megállapítását tűzi ki céljául. A hároméves gyermekek kötelező logopédiai szűrésével lehetőség van a nyelvfejlődési késések, elakadások, eltérések korai detektálására, melynek hatására a szakemberek abban bíznak, hogy a korai szűréssel csökkenni fog az öt éves korban logopédiai ellátásra szoruló gyermekek száma.

A szűrőeszköz típusa, tartalma

A KOFA–3 kérdőíves formában kér információt a szülőktől, és így a szülő válaszain keresztül, közvetve méri a gyermek nyelvi teljesítményét, tehát a szakember a hároméves gyermekek nyelvi fejlettségéről a szülei előre strukturált, írásos beszámolóján keresztül szerez információt az elsődleges szűrés során (KAS–LŐRIK é. n.). (Abban az esetben, ha a szülő valamilyen okból kifolyólag akadályoztatva van a kérdőív önálló értelmezésében, kitöltésében, a KOFA–3 kérdőív interjú formájában, a logopédus általi személyes kikérdezés útján is felvehető.) A KOFA–3 kérdőívet a logopédus az óvodai beszoktatás időszakában vagy az azt megelőző óvodai tájékoztató értekezlet során szóbeli és írásbeli tájékoztatás kíséretében adja át a szülőnek, aki a kitöltött kérdőívet lehetőleg egy héten belül visszajuttatja (KAS–LŐRIK é. n.).

Az eljárás öt részre tagolódik: aktív szókincs, mondatok, nyelvhasználat, példamondatok, kis hibák feltérképezése.

A *Szókincs* szekcióban a szülő egy 124 elemű szólistában bejelöli a gyermeke által expresszíven használt szavakat. A *Mondatok* részben a szülőnek mondatpárok tagjai közül kell kiválasztani a gyermeke beszédére legjobban hasonlító változatot (például „Még alma!” / „Kérek még almát!”). Ez a rész a gyermekre jellemző mondatalkotás színvonalát méri fel. A *Nyelvhasználatot* vizsgáló területen a gyermek verbális kommunikációjára, általános megértésére irányuló eldöntendő kérdésekre ad választ a szülő, ami alapján a globális kommunikációs szokások, a kommunikáció színvonala mérhető fel. A *Példamondatok* részben a kérdőív a szülőktől a gyermek által mostanában mondott három leghosszabb mondat szó szerinti lejegyzését kéri, ami alapján a mondatalkotás fejlettségéről alkothat képet a szakember. Hároméves korban a gyermekek önállóan kezdik alkalmazni a ragozási szabályokat, melyek következtében a kivételes alakok esetében olykor túláltalánosítási hibákat követnek el (például oroszlánt helyett oroszlánót mondanak). A *Kis hibák* részben a kérdőív ezekre a túláltalánosítási hibákra kérdez rá konkrét példák segítségével, illetve a szülőnek lehetősége van továbbiak megadására is (KAS–LŐRIK é. n.).

Az értékelés módja

A szülő válaszai alapján differenciálható az életkornak megfelelő, illetve az attól elmaradó teljesítmény a felmért területeken. A visszakapott kérdőíveket a logopédus értékeli a KOFA–3 tájékoztató normái és értékelési kritériumai szerint. A szűrőeljárás értékelésében vannak pontozható és számszerűen nem pontozandó tételek. A szűrés eredményeiről a logopédus a szülők

igényei szerint írásbeli és/vagy szóbeli tájékoztatást ad. A szűrés eredménye lehet „tipikus nyelvi fejlettség” vagy „nyelvfejlődési késés” (KAS–LŐRIK é. n.).

A szűrés időigénye

A szűrés a szülőktől általában 25-30 perc időt igényel. Tapasztalat híján a logopédus számára még nem ítéltető meg a kiértékelés ideje egyéb járulékos feladatok miatt.

A szűrést végző szakember végzettsége

A szűrőeljárás értékelése logopédusi szakértelmet igényel. A felvétel szervezésében az óvoda-pedagógus közvetítése feltétlenül szükséges.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

Az eljárás eredeti, 1993-as amerikai változatának neve: MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (CDI).²⁴² A magyar nyelvre való átültetést L. Nabors Oláh (University of Pennsylvania), Kas Bence és Lőrök József végezte el. A KOFA adaptálása óriási hiányt pótol, mivel ezt megelőzően nem volt magyar nyelven a korai nyelvfejlődést és annak késését, zavarait felmérő szűrőeljárás. Az óvodai szűrővizsgálatra használt változat, a KOFA–3 mellett két, fiatalabb gyermekeknek szóló fejlődési adattár áll a szakemberek rendelkezésére: a KOFA–1 és a KOFA–2.

A *gyermekek 8–16 hónapos* koráig a KOFA–1 („Kommunikatív Fejlődési Adattár – Szavak és Gesztusok” vagy elterjedt nevén, „kisKOFA”) használatos, ami a nyelvelsajátítás kezdetén a gyermek által használt, megértett szavakat, nonverbális megnyilatkozásokat, gesztusokat tárja fel; leginkább a gyermeki „megértésről” kér információkat a szülőktől.

A *gyermekek 16 és 30 hónapos* kora közötti időszak nyelvfejlődésének vizsgálatára a KOFA–2 („Kommunikatív Fejlődési Adattár – Szavak és Mondatok”) hivatott. Ez a lexikai és morfológiai-szintaktikai fejlettséget térképezi fel ebben a korai életszakaszban; a gyermek beszédprodukciónál, aktív szókinccsel kapcsolatban kérdezi a szülőket: a szülő egy felsorolásból bejelöli a gyermek által használt szavakat (szókinccs vizsgálata), ezen kívül bejelöli, hogy használ-e a gyermek bizonyos rendhagyó tőváltozatokat (morfológiai-szintaktikai fejlettség; KAS et al. 2010).

A szűrőeljárás erényei

A KOFA–3 segítségével ebben az igen korai életszakaszban általánosan és rutinszerűen mérhető a gyermekek lexikai és morfológiai-szintaktikai fejlettsége. A szakemberek a módszer előnyeként említik annak költséghatékonyságát, továbbá azt, hogy viszonylag rövid idő alatt kitölthető, és a logopédus csak azokkal a gyermekekkel, családokkal találkozik személyesen, akiknél a kiértékelés során eltéréseket detektáltak. A módszer előnyei közé sorolandó még, hogy a szülők válaszai a felismerésen és nem a felidézésen alapulnak, ami növeli a válaszok vélt megbízhatóságát. A KOFA–3 jól illeszkedik a logopédus szakmában jelenleg zajló változásokhoz, melyek vonatkozásában „megkésített beszédfejlődés” helyett „nyelvfejlődési késésről” beszélünk ebben a korai életkorban, és ezzel összhangban a nyelvi késés és elmaradás kezelésének prioritása kerül a logopédiai ellátás homlokterébe az artikulációs eltérések kezelésével szemben.

Az első tapasztalatokhoz²⁴³ tartozik, hogy nyolc budapesti kerületben a vizsgált gyermekek 10-12%-a volt érintett nyelvfejlődési elmaradás szempontjából. Közülük a kisgyermekek felénél

²⁴² Kidolgozói: Larry Fenson és munkatársai: Philip S. Dale, J. Stephen Reznick, Donna Thal, Elizabeth Bates, Jeffrey P. Hartung, Steve Pethick és Judy S. Reilly.

²⁴³ Pintye Mária személyes közlése alapján (2017).

egy év logopédiai terápiát követően az elmaradás nyomtalanul felszámolódott, 10%-uknál más eltérés volt a nyelvi alulteljesítés mögött, míg a maradék 40% esetében feltételezhető a nyelvi zavar. Ha ezt sikerül hároméves korban azonosítani és hozzárendelni az azonnali komplex ellátást, akkor mindez a szűrőeszköz működőképességét kellő mértékben alátámasztja.

A szűrőeljárás problémapontjai

A szakemberek kétségeiket is kifejezik a szülői válaszok megbízhatóságát illetően, hiszen, ha figyelembe vesszük az emlékezet korlátait és a természetes elfoglaltságot mint tényezőt, a „szülők nem szakképzett megfigyelők”. Ezzel kapcsolatban Kas és munkatársai 2010-ben két érvényességi vizsgálatot is végeztek, melyek a szavak és a grammatikai morféimák tekintetében is megerősítették a szülői beszámolók hitelességét, bizonyítva az eljárás gyakorlati alkalmazhatóságát a nyelvfejlődési diagnosztikában (KAS et al. 2010).

Mivel a 3 éves kori kötelező logopédiai szűrés csak 2017 szeptemberében lépett hatályba, a gyakorlati megvalósulás tapasztalatairól még kevés ismerettel rendelkezünk. Tájékoztatásunk alapján a szakma nehézségként említi, hogy a szülők által kitöltött kérdőívek eredményeit a logopédusnak kell „digitalizálni”, ami hatalmas adminisztrációs terhet jelenthet a számukra, továbbá nem tisztázott a szűrésen fennakadt gyermekek további útja sem. Ki látja el őket? Hogyan és milyen formában? A szakemberhiányból és a túlterheltségből fakadó nehézségeket tovább fokozza, hogy nem minden logopédusnak van tapasztalata a 3 éves korosztállyal. Igény merült fel a logopédusok és a mozgásterápiában jártas szakemberek együttműködésére, valamint érdemes lenne elgondolkodni azon, hogy a nyelvfejlődési szűrést adott esetben ki lehetne egészíteni a mozgás felmérésével, szenzoros integrációs tüneti listával.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

„A 3 éves kisgyerekeknek éppen elég stressz az otthonától elszakadni és óvodába kerülni. Mennyi mindenhez kell alkalmazkodnia miközben fel ottmaradni az óviban szülők nélkül Teljesen felesleges kiténni őket meg a logopédiai szűrésnek is! ...En biztos nem hagynam ha most lenne 3 éves lenne a gyeregem.... Ugy latszik keves a munkájuk a logopédusoknak, fel kell magukra hívni a figyelmet.”

Válasz 1.: „Én vidéken élek, és itt nagyon is sok feladat és több intézmény tartozik egy-egy szakemberhez, és biztosan nem céljuk, hogy fel hívják magukra a figyelmet. Ugyanakkor (bár nyilván eltérő lehet máshol a gyakorlat) én szülőként azt tapasztaltam, hogy a szűrést nem is veszik észre a gyerekek, éppen ezért nem stresszeli őket. Saját csoportjukban játék közben figyeli meg őket a logopédus. A kérdőív sem lehet stresszforrás, hiszen a szülő tölti ki, így egyébként inkább a szukbjektivitásnak lehet veszélye.”

Válasz 2.: „Kérem, olvassa el újból a cikket figyelmesen. Választ kap arra, miért érdemes már a 3 éves gyerekeket szűrni. Csatlakozom Katához, a SZÜLŐ tölti ki a kérdőívet, gyermeket nem terheli. A logopédusoknak plusz munkát jelent a többi rengeteg mellett, de fontosnak érzik, ezért is csinálják, nem magamutogatásképpen.” http://www.babaszoba.hu/articles/gyerek/Kotelezo_logopedia_i_szures_3_eves_kortol?id=20170817 (Letöltve: 2017. 11. 19.)

SZÓL-E? szűrőeljárás az óvodai logopédiai ellátásban

A szűrés célja

A SZÓL-E? az 5. életévüket betöltött, a következő tanévben feltételezhetően iskolába lépő gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrésére alkalmas eljárás. A SZÓL-E? feladatainak kialakításakor a szerzők legfőbb célja az volt, hogy objektív eszközt adjanak a logopédusok kezébe az óvodás gyermekek kommunikációs elmaradásainak, azaz a beszéd- és a nyelvi zavarok, illetve ez utóbbin belül az írott nyelvi zavarokat előrejelző alapképesség-deficitek felismeréséhez (KAS et al. 2011; 2012).

A szűrőeszköz típusa, tartalma

Egynileg felvehető logopédiai szűrőeljárás, amely 10 területen tárja fel a gyermek teljesítményeit, változatos, a gyermekekhez közel álló feladatokat alkalmazva. Az instrukciók a gyermekek számára könnyen érthetőek. Az eljárás részletes, átfogó képet ad a kiejtésről, a nyelvi produkcióról és megértésről, az olvasásra-írásra való előkészültségről, megalapozva a további vizsgálatokat és az ezekre épülő logopédiai terápiát.²⁴⁴ A SZÓL-E? logopédiai szűrőeljárás által vizsgált 10 terület: artikuláció, szóemlékezet, az álszavak hallási megkülönböztetése, formaegyeztetés, a nyelvtani morfémák használata, álszóismétlés, mondatismétlés, hangtani tudatosság, figura-sor másolása, gyors megnevezés.

Az értékelés módja

A szűrést végző logopédus a szűrőeljárás egyes feladataiban elért eredményeket 740, 5-6 éves gyermek adatahoz viszonyítva értékeli, és megalkotja a gyermek nyelvi és beszédteljesítményének profilját.

A szűrés időigénye

A szűrés általában 20 perc alatt elvégezhető.

A szűrést végző szakember végzettsége

A szűrőeljárás alkalmazása logopédusi szakértelmet igényel.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

Kidolgozói: Kas Bence, Lőrík József, Molnárné Bogáth Réka, Szabóné Vékony Andrea, Szatmáriné Mályi Nóra.

Megjelenése: 2011.

A 2017/18-as tanévtől kezdve a 15/2013. (II. 26.) a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló EMMI rendelet módosítása alapján a logopédiai ellátás keretében el kell végezni a 3. és 5. életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrését. SZÓL-E? az ötéves kori logopédiai szűrés során használt egyre elterjedtebb eljárás.

Az eljárás felvételét részletes útmutató segíti, a kiértékelés gyorsan, hatékonyan történik, ötévestől hat és féléves korig három különböző életkori sávban adja meg az egyes próbákhoz tartozó szűrési határértékeket. A vizsgálati jegyzőkönyv struktúrája, átlátható szerkezete segítséget nyújthat a szakértői vélemények megírásában, valamint a szülők és a pedagógusok tájékoztatásában (KAS et al. 2011; 2012).

²⁴⁴ Lásd <http://www.szole.hu> (Letöltve: 2018. 02. 02.)

A szűrőeljárás erényei

A SZŐL-E? szűrőeljárás pozitívumai közé sorolható, hogy részletes és átfogó képet ad a gyermek nyelvi fejlettségéről; eredményei alapján további vizsgálatok kezdeményezhetők; segít a fejlesztési célok és terápiás irányok meghatározásában, a folyamatdiagnosztikában, illetve a logopédiai fejlesztések eredményességének nyomon követésében. A szűrőeljárás felvétele közben a közvetlen logopédiai képességterületek mérésén felül egyéb területek (például figyelem, kezeség, feladattudat) megfigyelésére is lehetőség nyílik.

A szűrőeljárás problémapontjai

A szűrőeljárás kizárólag az egyéni logopédiai vizsgálatra vállalkozik, így egy funkcionálisan komplex kép kialakításához más fejlődési területek szakértelmeinek bevonására is szükség van (lásd „Ajánlás” – mentálhigiénés munkacsoport). Mivel a nyelv- és beszédfejlettség mérési szempontjait az eljárás főleg a beszédprodukcóra korlátozza, a kiszűrt gyermekek esetében ki kell egészíteni egyéb vizsgálatokkal is, különösen, ha az elvárt fejlődés késni látszik. Az első felhasználói tapasztalatok szerint (kollegiális személyes közlések, 2017) az egyes funkcióterületeket mérő próbák kapcsán felmerül, hogy a szűrőeljárás „felülmér”, a gyermekek pusztán találgatással válaszolhatnak, és előfordul, hogy csupán a „próba-szerencse” alapon adott válaszok mellett jó eredményeket érnek el, a valódi nehézségeik pedig rejtve maradnak (például a hangtani tudatosság feladatnál). Az álszóismétlés, a hangtani tudatosság, a figurásor másolása típusú feladatokban kritikus a szűrési határérték megbízhatósága.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

„Kisfiamnak az óvodában a Szól-e szűrőeljárással készítettt az óvodai logopédus felmérést. Az első felmérésnél szeptemberben az álszópároknaál és az álszóismétlésnél és a hangazonosításnaál teljesítettt gyengén az akkor 5 éves kisfiam. Ez a januári felmérésnél annyiban javult, hogy az álszópároknaál már jobban teljesítettt. A többi feladatnaál (a 3 említett kivételével) úgy láttam, hogy szinte mindent hibátlanul megoldott. A logopédus ez alapján megállapította, hogy beszédészlelési zavara van a gyerekeknek. Hallásvizsgálatra akar küldeni bennünket. A kisfiam az anyanyelvét nagyon szépen, választékosan beszéli, nagyon bő a szókincse, korán elkezdett beszélni. Soha, semmilyen probléma nem volt a beszédfejlődésével. Ha az anya-nyelvét tökéletesen el tudta sajátítani, nem értem ezek a tesztfeladatok mennyiben mutatnak valós képet a beszédészleléséről. Kérdésem az lenne, hogy ez alapján valóban javasolt-e hallásvizsgálatra küldeni a gyereket? Előre is köszönöm segítségét.”
www.csaladinet.hu/szakertok/szabone_vekony_andrea_logopedus/faq/?tag=beszedeszleles (Letöltve: 2017. 08. 16.)

„Saját módszerű megfigyelési eljárások”

Mivel a saját módszerről viszonylag keveset írtak a válaszadók, ezeket az eljárásokat csak megközelítő pontossággal tudjuk egy csoportra jellemző sajátosságokkal meghatározni. Mégis kísérletet teszünk erre, mert ezekből a módszertanokból kitetszik, hogy az óvodapedagógusok kellő szakmai kritikával és érzékenységgel keresik a hozzájuk és a helyzethez illeszkedő szűrési megoldásokat, és nem elégednek meg az országosan elterjedt, számukra azonban mégsem megfelelő megoldási móddal.

A szűrés célja

Minden meghatározási kísérletből kiderül, hogy az eljárás célja a kisgyermek egyedi fejlődésének rendszeres megfigyelésén alapulva a lassabban vagy az átlagostól eltérően fejlődő gyermekek azonosítása még iskolába lépés előtt.

A szűrőeszköz típusa, tartalma

Ebbe a csoportba olyan egyedileg kialakított eljárások tartoznak, amelyeket az óvodákban dolgozó szakemberek közösen dolgoztak ki annak érdekében, hogy a saját óvodájukba járó gyermekek fejlődését a helyi viszonyoknak megfelelően, saját szakmai meggyőződésük szerint végezhesék el. Több utalás történik arra, hogy a kidolgozásban különböző szakmai csoportok vettek részt – az óvoda gyógypedagógusa, a szakmai munkaközösség, a városi igazgatóság. Az elnevezések is beszédesek: mérőlap, mérőrendszer, mérőanyag, szempontsor, fejlődést követő dokumentáció, egyéni fejlettségmérő, fejlődési napló, személyiségnapló.

Az értékelés módja

Az óvodák általában saját mérő-értékelési rendszerük részeként használják ezeket a mérőeszközöket. Egységes értékelésről természetesen itt nem beszélhetünk, hiszen nem egyetlen és nem országosan bemért eszközzel van szó.

A szűrés időigénye

A legtöbb saját módszer esetében nem kaptunk adatokat a megvalósítás időigényéről, az azonban kitetszik a megfogalmazásokból, hogy a saját módszerek gyakorlói többnyire folyamatos megfigyelést/szűrést végeznek.

A szűrést végző szakember végzettsége

Óvodapedagógusi kompetenciára történtek utalások.

Tudnivalók a szűrés eszközéről

Mivel a saját eljárásokról nem kértünk részleteket – nem számítottunk ilyen arányban ezekre a típusú válaszokra –, kevés jellemző sajátossággal rendelkezünk. Indirekt módon arra a következtetésre juthatunk azonban, hogy az egyéni megoldások hívei egyes szűrési/megfigyelési szempontsorokat felhasználva alakították ki a saját módszertant (például Porkolábné Balogh Katalin, Nagy Jenőné, Laminé, Patyiné). Más esetekben az a kiemelendő, hogy a válaszadók a módszerek, tesztek egész arzenálját sorolták fel, amelyből ihletet merítettek.

A szűrőeljárás erényei

A saját módszer – amennyiben azt rendszeresen frissítik, újragondolják és az újonnan érkező kollégákat erre betanítják – igen nagyfokú személyes részvételt eredményezhet, így a megfigyelések alaposabbak, pontosabbak, énközelibbek lehetnek. A felhasználók pontosabban érthetik, hogy az egyes meghatározások mit jelentenek az ő esetükben a területileg hozzájuk tartozó iskolára való megfelelő előkészítésben. A szakmailag öntudatos óvodapedagógusok közösségei a saját módszertant – a gyermekek kulturális és identitásbeli jellemzői alapján – sokszor alkalmasabbnak találják az ő óvodájukba járó kisgyermek fejlődésének követésére. Egy helyütt „puha mérésnek” neveztek egy eljárást, szemben a „kemény méréssel”, az óvodai szűrés, azonosítás elemi meghatározásaként tudunk fogadni és erényként számontartani.

A szűrőeljárás problémapontjai

A sokféleség előnyei mellett bizonyos módszertani bizonytalanságok tételezhetők fel: gyakran olyan jellegzetességekkel írnak le egy-egy szűrőeljárást/megfigyelést, amelyek nem tartoznak az óvodai élet körébe, az óvodapedagógusok kompetenciájába.

A szűrőeljárás tükröződése szülői blogokban

Nem találtunk ilyen természetű bejegyzést – a szülők feltehetően nem tájékozottak az óvoda mérési-értékelési rendszerében.

Az általunk ajánlott, ígéretes eljárás: Kíváncsi Láda

Számos vizsgálat kimutatta, hogy a legtöbb tehetségígéret hatéves korig elvész. Hiába van meg a kiemelkedő adottság, ha a környezet nem hívja azt elő, nem lesz belőle képesség. A tehetségesek között előforduló későbbi alulteljesítés egyik fő oka a korai években a hiányzó támogatásban és a nem megfelelő intellektuális kihívásban keresendő (PINTÉR 2014).

A Kíváncsi Láda a 4–8 éves gyermekek tehetségének azonosítására (a tehetségfejlesztés megalapozására) alkalmas játékos mérőeszközcsomag, ami a gyermekek kíváncsiságát igyekszik „kitapogatni”, és a játék folyamatában azonosítani a kiemelkedő, erős területeket, tehetségirányultságot. A mérőeszköz elkészítését és a hozzá tartozó tehetségfejlesztő program összeállítását Gardner „többszörös intelligencia”-elméletére alapozták az alkotók. Eszerint az intelligencia nem egységes, hanem több különálló intelligencia létezik: nyelvi-verbális, logikai-matematikai, téri-vizuális, testi-kinesztetikus, zenei, interperszonális (társas), intraperszonális (belső, önreflexív működés) és praktikus. A Kíváncsi Láda esetén mindegyik képességterülethez tartoznak feladatok (ANTAL-FERENCZ 2016).

Mindamellet, hogy ennek a diagnosztikus tehetségazonosító mérőeszközcsomagnak elsődleges célja az erősségek feltérképezése (a gardneri IQ-területek mentén haladva), a vizsgálat során akár a gyengeségek is megmutatkozhatnak.

A Kíváncsi Láda nem egy sztenderdizált teszt, hanem célzott megfigyelésre alkalmas játéksorozat, melynek célja a tevékenykedtetés. A Láda nem feladatlapokat tartalmaz, hanem kézzel fogható játékokat. A ládát ki lehet nyitni, szét lehet szedni, s ezáltal egy varázsló vára tárul elénk. A varázslóval kapcsolatos cselekmények, kalandok adják a kerettörténetet a játékhoz/méréshez. A ládában található kis zsákok rejtik az újabb és újabb izgalmas kalandokba burkolt feladatok kellékeit. (Például a gyermek befejezi a vár építését, helyére illeszti a tornyokat, majd a fantáziája segítségével a hűtőmágneshez hasonló lapokon szereplő figurákkal benépesíti a várat, sőt maga is rajzolhat újabb szereplőt. A gyermekek logikai-matematikai feladatokat kapnak, például amikor a vár kertésze által megtermelt gyümölcsöket egy mátrixba helyezik, vagy amikor a lovagi lakomához szükséges ételek hozzávalóit elrendezik a tényérokra, esetleg a lovagi torna megkezdése előtt falapokkal le kell fedniük a sáros udvart.) A végigjátszott feladatsor nyomán egy izgalmas történet bontakozik ki. Míg a gyermek „játszik”, a vizsgáló egy értékelőlapon követi az eseményeket, és megfigyeli, miként viselkedik a gyermek az adott játék közben. Nem kizárólag az a fontos, hogy helyesen elvégezte-e a feladatot, hanem a vizsgálók azt is figyelik, hogy a Kíváncsi Ládával játszó gyermek hogyan tette meg mindezt, hogyan vett részt a cselekményben, hogyan állt hozzá az adott feladathoz, játékhoz.²⁴⁵

A felmérés egyéni helyzetben történik, és a gyermek gyorsaságától, játékkedvétől függően 30–60 percet vesz igénybe.

²⁴⁵ Lásd A Kíváncsi Láda varázslói. <http://tehetseg.hu/interjuk/kivancsi-lada-varazsloi> (Letöltve: 2017. 11. 06.).

A feladatok pontozásának segítségével megmutatkozik, hogy az adott területen a gyermeknek „alakuló” vagy már „megmutatkozó” érdeklődése rajzolódik-e ki. Az értékeléshez tartozik egy, a Génius Program támogatásával fejlesztett szoftver is, melynek segítségével térképet lehet készíteni a gyermek tehetségének fő területeiről.

A Kíváncsi Láda mérőeszközcsomagot, valamint a hozzá tartozó tehetségfejlesztő programot a budapesti II. Kerületi Pedagógiai Szolgáltató Központ (későbbi nevén II. Kerületi Pedagógiai Intézet) 2009-ben, egy TÁMOP-os pályázat keretében keltette életre Pap Judit intézményvezető irányításával, három tehetségfejlesztő-szakértő kollégával: Laczka Istvánné Máriával, Thomán Angéllával és Varju Gabriellával.

Az eszközt a II. kerületi Pedagógiai Intézet Tehetségpontja szabadalmaztatta 2012-ben. A II. Kerületi Pedagógiai Intézet 2015-ben jogutód nélkül megszűnt. A kidolgozott tehetségfejlesztő eszközöket és programokat részben a II. kerületi Pedagógiai Szakszolgálat, részben a Pedagógia Oktatási Központ, részben pedig a Tehetségműhely Közhasznú Alapítvány vette át (ANTAL-FERENCZ 2016). A Kíváncsi Ládához kapcsolódó tehetségfejlesztő programok és egyéni tanácsadások jelenleg a Tehetségműhely Alapítványban érhetők el; az érdeklődő pedagógusok és egyéb szakemberek ugyanitt ismerhetik meg, sajátíthatják el a mérőeszközcsomag használatát. Kérésre helyszíni előadásokat is tartanak (például olyan intézményben, ahol a pedagógusok többségét érdekli), és vidékre is elmennek.

1.6. Ajánlás

A fejlődéskövető szűrések lebonyolításával kapcsolatban részünkről mindenképpen azt ajánlanánk, hogy a gyermek saját környezetében, számára ismert felnőttel, lehetőleg az életkorához illeszkedő, tehát játékhelyzetet involváló szűrési metodikát használjanak a szűrést végző szakemberek. Külső szakember esetén átlátható, megjósolható kereteket kell biztosítani, amelyben a gyermekek azt is tudhatják, hogy szüleik ismerik a velük történő dolgokat, és valamilyen formában ők is részesei ennek a folyamatnak.

Mint már említettük, a minden gyermek szűrésére vonatkoztatott fejlődéskövető szűrésben a megfelelő metodikájú óvodapedagógusi követés, a gyermekek állapotának szakszerű monitorozása teljesen elegendő (ez alól kivételek lehetnek az olyan speciális és gyors szűrési eljárások, mint a beszédfejlődés problémáinak korai szűrése, amelyet az óvoda logopédusa végez). Az óvodapedagógus a hétköznapi során szerzett tapasztalatai alapján észre tudja venni, hogy egy-egy gyermeknek elmaradásai vannak bizonyos funkcióterületeken, vagy a viselkedésében észlelhet aggodalomra okot adósajátosságokat.

Javasoljuk, hogy az óvodákban hozzanak létre egy szakmailag heterogén összetételű *mentálhigiénés szakembercsoportot*, akik koordinálják és figyelő szemmel kísérik az óvodai fejlődéskövető megfigyeléseket, szűréseket, és támogatják az óvodapedagógusokat. Közös meghatározhatják az átlagostól eltérő fejlődésment veszélyét, s ezáltal megtalálják azokat a gyermekeket, akik esetében további szűrővizsgálatokra, esetleg az állapotmegismerés elmulasztott vizsgálataira van szükség. Javaslatokat tehetnek további vizsgálatokra, lehetséges utakat jelölnek ki, segítik az óvodapedagógus differenciált munkáját, körvonalazzák az adott gyermekkel kapcsolatos speciális feladatait, és a gyermeket a probléma súlyosságának függvényében továbbirányítják az ellátórendszer további szegmensei felé. Rendszeres időközönként, tervezetten ellenőrzik és értéklik, hogy egy-egy kisgyermek részt tudott-e venni a megfelelő vizsgálati ellátásban, milyen javaslatokat kapott a szakemberektől, és ezek a javaslatok hogyan valósulnak meg. Amennyiben hiányokat tapasztalnak, azokat jelzik a szükséges helyeken. Egyes speciálisan veszélyeztetett gyermekcsoportok, például a koraszülöttség vagy az oxigénhiányos állapot miatt utógondozásban részesülő gyermekek esetében az óvodai/bölcsődei mentálhigiénés

munkacsoport feladata az utógondozást végzőkkel való kapcsolattartás, ami magában foglalja a gyermek intézményen belüli fejlődéséről szóló tájékoztatást éppen úgy, mint az utógondozók javaslatainak befogadását, egyes fejlesztési elemek intézményes közegben való megvalósítását.

A mentálhigiénés munkacsoportnak mint szakmai együttműködési fórumnak tagja lehet az óvodapedagógus, az óvodavezető és az óvodai munkaközösség-vezető mellett az óvoda vagy a pedagógiai szakszolgálat helyszínen lévő vagy kijáró fejlesztőpedagógusa, gyógypedagógusa és az óvodapszichológus. Szükség esetén bevonható(k) a család- és gyermekjóléti szolgálat munkatársa, a védőnő, a házi gyermekorvos és a kora gyermekkori intervenció adott esettől függő más fontos, aktuális szereplői. A mentálhigiénés szakembercsoport a megfelelő szakmai megközelítés, a helyi viszonyok többoldalú ismerete és az *interdiszciplináris szakmai összetétel* okán a szülők és az óvodapedagógusok által is sokszor emlegetett *objektivitás* letéteményese (ECKHARDT et al. 2018). Javasoljuk, hogy a munkacsoport összetételétől, az intézményi sajátosságoktól függően rögzítsék az intézmény dokumentációs rendszerében (pedagógiai program, szervezeti és működési szabályzat, évi munkaterv, adatvédelmi szabályzat) a rendszeres találkozás kereteit és a csoport felelősenek személyét. Fontos, hogy ezt az együttgondolkodási lehetőséget minél inkább úgy aknázzák ki, hogy egyenrangú és egyenlő szakmai értéket képviselő tartalmi munka töltse ki, és ne „társadalmi munkaként”, hanem óraszámra illeszkedően, tehát a tevékenység értékét elismerve tudják megszervezni a résztvevők. A megbeszélések tartalmának meghatározása a csoportvezető feladata, aki munkaterv (lásd később) szerint követi a megfigyelések aktuális állapotát, és egyes akut problémák kezelésére is lehetőséget biztosít.

Jól mutatja az óvodai fejlődéskövetés mint *folyamatos vizsgálódás* és a minden gyermekre kiterjedő, három- és ötéves korban kötelezően végzendő logopédiai szűrés mint mozzanatos típusú vizsgálódás együttmozgását az eredmények mentálhigiénés csoportban történő feldolgozása. A hosszmetetszeti és a keresztmetetszeti képek a csoport több szempontú megközelítése miatt kiegészülhetnek azokkal az ismert környezeti tényezőkkel is, amelyek az intézményi élet testközelségéből származnak. Az elsődleges elemzés, a kiszűrt gyermekek előrehaladásának követése és az esetleges elakadások okának kiderítése a csoport feladata. Az ő megbeszéléseiken futhatnak össze és szerveződhetnek rendszerbe mindazon információk, amelyek a kisgyermek beszédállapotával szoros kapcsolatban lehetnek: egészségügyi, családi és szociális helyzetük, emocionális állapotuk, szociális, kognitív és mozgásfejlettségük. A csoport rendszeres munkája komplexitása révén minőségi ugrást hozhat a fejlődéskövetés és a magas színvonalú jelzés területén.

A mentálhigiénés munkacsoport üléseit legalább *havi gyakorisággal* szükséges megtartani. Az alábbiakban a tanévi ciklusnak megfelelően igyekezünk bemutatni a legjellemzőbb témákat, amelyeket érinteni kell a napi feladatok egyeztetése mellett:

Augusztus

- A házi gyermekorvos és a védőnő által készített státuszvizsgálatok eredményeinek begyűjtése minden életkorban, különös tekintettel a frissen óvodába lépő gyermekekre.
- A bölcsődébe járt gyermekekről írott fejlődési naplók bekérése a szülőktől és a kiscsoportos gyermekeket fogadó óvodapedagógusokhoz juttatása, közös megbeszélés keretében.
- Kezdő vagy újként fogadott óvodapedagógusok tájékoztatása az intézmény mentálhigiénés csoportjának működéséről.

Szeptember

- Az óvodába lépő kisgyermek szüleinek tájékoztatása a helyi szűrési módszerről és az aktuális logopédiai szűrésről (KOFA) az első szülői értekezleten.

- A nagycsoportos korú gyermekek szüleinek tájékoztatása a SZÓL-E? vizsgálatról, és beleegyezésük kérése.

Október

- Összegző ülés: a beszoktatás tapasztalatainak rendezése, az óvodába belépett, valamilyen szempontból sérülékeny gyermekekkel kapcsolatos tennivalók kijelölése, az egyes területek felelősségi körének megjelölésével.
- Az év eleji megfigyelések összegzése minden korcsoportban.
- A nagycsoportosoknál a SZÓL-E? és a középső csoportos szűrővizsgálatok együttes kiértékelése, a teendők egyeztetése.

November

- A folyamatban lévő, főleg nagycsoportos gyermekeket érintő fejlesztések lebonyolódásának ellenőrzése; ha a szükséges vizsgálatok (egészségügyi, köznevelési), megtörténtek, az eredmények összegzése és a vizsgálatot kérőhöz juttatása.

December

- Az első féléves fejlődéskövető megfigyelések összegzése minden korcsoportban.

Január

- A középső csoportos gyermekek közül a szűrésre kiválasztottak esetének megbeszélése.
- A nagycsoportos gyermekek fejlődésének áttekintése az iskolaérettség szempontja alapján, a vizsgálatra küldés indokainak összegzése, a szülők tájékoztatásának átgondolása, az érintett óvodapedagógusok felkészítése a szülői megbeszélésekre.

Február

- A szűrésbe bevonni szándékozott középső csoportos gyermekek szüleinek tájékoztatása a középső csoportos szűrésről, a szűrés indoklása, beleegyezésük kérése.

Március

- A folyamatban lévő, óvodás gyermekeket érintő fejlesztések lebonyolódásának folyamatos ellenőrzése; ha a szükséges vizsgálatok (egészségügyi, köznevelési) megtörténtek, az eredmények összegzése és a vizsgálatot kérőhöz juttatása.

Április

- A folyamatban lévő, óvodás gyermekeket érintő fejlesztések lebonyolódásának folyamatos ellenőrzése; ha a szükséges vizsgálatok (egészségügyi, köznevelési) megtörténtek, az eredmények összegzése és a vizsgálatot kérőhöz juttatása.

Május

- A szűrések eredményének értékelése, a teendők áttekintése.
- A speciálisan veszélyeztetett gyermekcsoportok fejlődésének összefoglalása és elküldése az utógondozóknak, a kapcsolattartás szorgalmazásával.

Június

- A második féléves fejlődéskövető megfigyelések összegzése minden korcsoportban.
- Az óvodában maradó nagycsoportos gyermekek fejlesztésének tervezése.

2. Kontrollpontok az óvodai fejlődésben. Javaslatok az óvodai fejlődéskövető szűrések protokolljának bevezetésére

2.1. A szakmai együttműködés lehetőségei a bölcsődei és óvodai szakemberek között, tájékozódás a bölcsődébe járó gyermekekről a kisgyermeknevelők dokumentációja vagy személyes közlése alapján

Jelenleg az óvodába lépő kisgyermek egy része – bár szeszélyes területi eloszlásban – az óvoda megkezdése előtt már bölcsődei ellátásban vett részt (ezt az arányt a KSH rendelkezésre álló adatai szerint 18%-ra becsüljük). A bölcsődei ellátást igénybe vevő gyermekek száma fokozatosan emelkedő tendenciát mutat: 2017-től minden olyan településen kötelező önkormányzati feladat az ellátás biztosítása, ahol 40-nél több 3 éven aluli él, vagy legalább 5 gyermek tekintetében erre igény jelentkezik. Bővült a bölcsődei szolgáltatások formái köre is: az intézményes keretek (klasszikus bölcsőde, mini bölcsőde) mellett a családi bölcsőde, munkahelyi bölcsőde is (újra) megjelent. Ez utóbbi formákkal jelen összefoglalásban szakmai kialakulatlanságuk és az ellátottak körében való alacsony részesedésük miatt nem foglalkozunk.

A bölcsődés évek, ha a családi háttér megfelelő, sok tapasztalatot jelenthetnek a gyermekek számára a családon kívüli élet kiismerésében, az idegen felnőtellel való kapcsolat kialakításában és a kortársakkal való kapcsolati lehetőségek kipróbálásában. A gyermekek az óvodába lépéskor az intézményi élet számos apró momentumát már jól ismerik, és kissé könnyebb számukra az új közegbe való beilleszkedés.

A bölcsődék a kora gyermekkori intervenció rendszerének jelenleg a szociális tárcához tartozó részei, és minden vonatkozásban *alkalmas színterét képezik a fejlődésbeli elmaradások korai felismerésének, jelzésének*. A bölcsődei nevelés középpontjában a kisgyermek és közvetett módon a kisgyermeket nevelő családok állnak. A bölcsődei nevelés célja, hogy a kora gyermekkori intervenció szemléletének széles körű értelmezésével összhangban minden kisgyermekre és családjára kiterjedő prevenció tevékenységet folytasson. A speciális támogatást igénylő gyermekek és családjuk szintén megjelennek a bölcsődei színtéren, ahol a szükségleteikhez illeszkedő ellátáshoz, szolgáltatáshoz való hozzájutásuk biztosítása, a család saját kompetenciájának megerősítése ma már alapfeladat.

A jól szervezett bölcsődei ellátásban *teljes a tárcaközi együttműködés*: védőnői, házi gyermekorvosi javaslattal érkeznek a gyermekek a gyermekjóléti alapellátás intézményébe, ahol a kisgyermeknevelők mellett a bölcsődék által odatelepített mentálhigiénés szakemberek és/vagy a közoktatás részeként működő pedagógiai szakszolgálatok szakemberei (gyógy pedagógus, pszichológus, konduktor, gyógytornász), valamint az intézményben is feladatot ellátó gyermek szakorvos, házi gyermekorvos, dietetikus segítségét vehetik igénybe a szülők. A többféle figyelmet jelentő szakemberek jelenléte mellett elsődlegesen a kisgyermeknevelő feladata az esetlegesen felmerülő fejlődésbeli elmaradások, megtorpanások felismerése és jelzése. A jelzés megvalósítása során azonban nincs egyedül, a gyanújelek érzékelésekor módja van konzultálni a többi szakemberrel, és csoporton belüli megfigyelést tud kezdeményezni.

A bölcsődei gondozás-nevelés alappillére a kisgyermek szabad bontakozásának támogatása: „A bölcsődei nevelésben figyelembe kell venni a kisgyermek spontán éréseinek, egyéni fejlődésének ütemét, a pillanatnyi fizikai és pszichés állapotát, kompetenciáját, nemzetiségi/etnikai, kulturális és vallási hovatartozását. A fejlődés ütemét mindig magához a gyermekhez

viszonyítva kell megítélni”²⁴⁶ Éppen ezért nem tartjuk célszerűnek a 0–3 éves gyermekek specifikus, diszfunkció-centrikus szűrését. A gyermeknek a házi gyermekorvos és a védőnő által, a *Gyermek-alapellátási útmutatóban* részletezett követése mellett a gondos és szakszerű bölcsődei megfigyelés, a kisgyermekek családjával tartott napi rendszerességű kapcsolat, a szakemberek konzultációja, a kisgyermekről vezetett dokumentáció és a preventív szemlélet elégséges és megfelelő alapot ad a fejlődési megakadások, zavarok korai észleléséhez és körültekintő azonosításához. A kisgyermeknevelők mind a gyermek, mind a család működésére jól rálátnak, a nehézségeiket érzékelni és dokumentálni képesek. Képzésük magasabb szintre emelése, amelynek napjainkban vagyunk tanúi, nemcsak elmélyültebb tudás birtokosává teszi a kisgyermeknevelőket, hanem társadalmi presztízsük is növekszik általa.

2.2. Az óvodába lépés időszaka

2.2.1. Óvodakezdési interjú

A 3 éves korban történő kötelező óvodakezdés²⁴⁷ új és egyben régi kérdéseket, tennivalókat vet fel.

A gyermekek fejlődését nyomon követő fejlődési napló a jogszabályi elvárásoknak megfelelően többek között tartalmazza a gyermek anamnézisének.²⁴⁸ Az anamnézis orvosi asszociációkat keltő kifejezés, ezért helyesebbnek tartjuk, ha a pedagógiai környezetnek megfelelően a továbbiakban *óvodakezdési interjúnak* nevezzük a szülővel való első beszélgetést, hangsúlyozva az óvodapedagógus fontos és valós kompetenciáját a kisgyermek óvodakezdésekor.

A gyermek fejlődésének megfigyeléses nyomon követéséhez elengedhetetlenül szükséges a gyermek, a család fejlődésének és jelenlegi státuszának ismerete, melyhez az alábbiakban egy kérdőívet mellékelünk. A gyermek fejlődéstörténetének megismerésén túl a beszélgetés célja a szülő és az óvodapedagógus partneri kapcsolatának megalapozása, ami csak egy bizalmi, egymást elfogadó, őszinte légkörben alakulhat ki. Az óvodai évek alatt elkerülhetetlen, hogy a gyermeket érintő kérdésekben az óvoda/intézmény és a szülő közösen gondolkodjanak. Az előtörténet felvázolása, írásba foglalása nemcsak a fejlődést nyomon követő naplónak, hanem a család és az óvoda együttműködésének, a gyermekért történő közös munkának is az első közös dokumentuma (BAKONYI–KARCZEWICZ 2016).

Az *óvodakezdési interjú* felvételére a beszoktatási időszakot megelőzően kerül sor, hogy a gyermek jelenlegi státuszának, eddigi fejlődéstörténetének ismeretében az óvodába lépés időszaka minél zökkenőmentesebb legyen. Az óvodakezdési interjú során az óvodapedagógus részéről nagyon fontos az elfogadó, biztonságos, nyitott légkör biztosítása, ami kedvez a szülők őszinte megnyilatkozásainak, anélkül hogy olyan kérdések kerülnének szóba, amelyek nem tartoznak az óvodába járással közvetlenül összefüggő kérdések körébe. Ezért a beszélgetésre lehetőség szerint nyugodt, csendes, zavartalan környezetben kerüljön sor. Az óvodakezdési interjú felvétele során, optimális esetben, a gyermekkel foglalkozó óvodapedagógusok és mindkét szülő egyaránt jelen van. Olyan helyen és olyan időben történik a beszélgetés, amely minden résztvevő félnek megfelelő, és biztosítja a zavarmentes, kölcsönös figyelmet. Az elhangzott információkra vonatkozóan a feleknek titoktartási kötelezettségük van, az információk felhasználása kizárólag a gyermek érdekeit szolgálhatja.

²⁴⁶ A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja (2017). <https://www.magyarbolcsodek.hu/files/shares/Bolcsodei%20nevelés-gondozás%20országos%20alapprogramja%202017..pdf> (Letöltve: 2018. 02. 02.)

²⁴⁷ Lásd 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.

²⁴⁸ 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 93/A.§ (2).

Az óvodakezdési interjú felvételének módszere feltételezi a védőnők és gyermekorvos által vezetett státuszlapok ismeretét, így az csak nagy vonalakban érinti a fejlődés folyamatát (mivel arról az említett dokumentumokból tájékozódhatnak), és inkább a jelen státusz jellemzőire és a jelentősebb fejlődési vonalakra kérdez rá.

Az óvodakezdési interjú ajánlottan tartalmazza a gyermek személyes adatait, a család főbb jellemzőit, szerkezetét, a gyermek egészségügyi állapotát, az önellátással kapcsolatos fejlettségét, mozgásállapotának jellemzőit, kommunikációs és szociális készségeit, játéktevékenységeinek jellemzőit.

Nagyon fontos az óvodakezdési interjú végén teret engedni a szülők szabad közléseinek, és hagyni, hogy kötetlenebbül meséljenek a gyermekükről.

A szülőkkel történő óvodába lépési interjú kérdéskörei

A gyermek óvodai felvételekor kitöltendő; óvodapedagógusoknak, óvodapszichológusoknak készült. A beszélgetésre készülve figyelembe kell venni azokat az információkat, amelyeket a házi gyermekorvos és a védőnő adott a gyermekről, valamint fel kell hívni a figyelmet a titoktartási kötelezettségre! Folytatása a beszokással kapcsolatos tapasztalatok összefoglalása.

Témák	Kérdések	Válaszok	Megjegyzések
Adatok	A gyermek neve. Beceneve. Hogyan szólítsuk? Otthon hogy hívják, itt hogy szólítsuk? Születési hely, idő, cím, telefonszámok, e-mail, TAJ-szám. Van-e testvére? Hányadik a testvérsorban? Járt-e bölcsődébe?		
Táplálkozás	Szeret-e enni? Jó étvágyú? Válogatós vagy mindent megeszik? Mi a kedvenc étele? Mit nem eszik szívesen? Van-e valamilyen szagra/illatra érzékenysége? Eszik-e idegen helyen is? Van-e valamilyen ételérzékenysége, allergiája? Egyedül eszik vagy segítséget igényel? Miből iszik? Iszik-e eleget magától? Mit iszik a leggyakrabban?		
Alvás	Milyen elalvási rituáléja van (simogatás, cumi, plüss stb.)? Ki altatja otthon? El tud-e aludni egyedül? Könnyen elalszik ebéd után? Mennyire fáradékony? Hány órát alszik éjszaka? Éjszakai alvás után könnyen ébreszthető? Hogyan ébred? Felriad-e álmából? Beszámol-e rossz álmokról? Fél-e valamitől?		

Témák	Kérdések	Válaszok	Megjegyzések
Önellátás, önkiszolgálás	Könnyen zajlott a szobatisztaság kialakulása? Mennyire stabil? Bizonyos helyzetekben szükség van-e tartalék pe- lenkára? Tud-e idegen helyen kakilni? Tud-e popsit törölni? Van-e valami különleges tudnivaló a szobatisztaság- gal kapcsolatban? Igényel-e extra/speciális figyelmet az óvodai önel- látás szabályainak betartásához? Ha igen, milyen típusú figyelmet/megsegítést igényel? Mennyire öltözködik önállóan (gombolás, kabát, cipzár, zokni, cipő...)? Van-e olyan ruhadarab vagy anyagfajta, aminek a viselése nehézséget jelent számára? Van-e olyan ruhadarab, amihez különösen ragasz- kodik, és állandóan viselni szeretné? Mennyire fázós? Milyen hamar lesz melege? Izzadékony-e? Tudja-e jelezni, ha melege van/fázik? Tud-e orrot fújni? Mennyire viseli el, hogyha maszatos a keze?		
Mozgás- állapot	A mozgásfejlődésében volt-e valami elakadás, meg- késétség? Szükség volt-e szakember segítségére? Mennyire egyezik a gyerek mozgástempója a csa- ládtagok tempójával? Játszóterén milyen eszközo- ket választ szívesen? Miket kerül? Miktől fél? Úgyes mozgásának látja gyermekét vagy jellemzőbb a csetlés-botlás? Gyakran éri-e baleset? Kellő mértékű-e a veszély- érzete? Hogyan viseli a fájdalmat?		
Kommunikáció	Érti-e a felé intézett kéréseket, közléseket és követi-e azokat? Érti-e és megfelelően használja-e a gesztusokat, a mimikát? Mikor kezdett el folyamatosan beszélni? Mennyire érthető a beszéde? Ki érti jól a gyerme- ket? Van-e valamilyen saját kifejezése olyasmire, ami a mindennapjaiban gyakran előfordul, és az óvodai életben is értenünk kell? Mennyire szívesen beszél? Kezdeményez-e párbe- szédet? Meg tudja-e osztani az élményeit? Szeret mesét hallgatni? Melyik a kedvenc meséje?		

Témák	Kérdések	Válaszok	Megjegyzések
Szociális viselkedés, érzelmi élet	<p>Többnyire mi jellemző gyermeke érzésvilágára (nyugodt, kiegyensúlyozott, vidám, kapkodó, tétova, szeszélyes, visszahúzódó, kusza, görcsös, szorongó, türelmes, ábrándos, makacs, öntörvényű, vicces...)?</p> <p>Mennyire igényli az állandóságot?</p> <p>Mennyire nyitott az újdonságokra, mennyire viseli jól a változásokat? Hogyan viseli a szülő távollétét?</p> <p>Van-e cumija, szopja-e az ujját?</p> <p>Milyen a kapcsolata a testvérével/testvéreivel?</p> <p>Keresi-e a kapcsolatot más gyerekekkel? Milyen tapasztalata van már ebben? Hogyan reagál arra, hogyha sokan vannak körülötte?</p> <p>Tiltásra hogy reagál?</p> <p>Milyen helyzetekben lesz dühös? Hamar dühbe gurul? Hogy viselkedik ilyenkor?</p> <p>Mi okoz örömet számára?</p> <p>Hogyan lehet a legjobban megnyugtatni, megvigasztalni?</p> <p>Ha járt bölcsődébe, milyen élményei voltak? (Szerette? Könnyen beszokott?)</p>		
Játéktevékenység	<p>Mi a kedvenc játéka?</p> <p>Milyen típusú játékokat szeret (mozgásos, asztalnál ülős, építős, szerepjáték...)?</p> <p>Tud-e egyedül játszani?</p> <p>Kikkel játszik szívesen (kortársakkal, idősebb/ fiatalabb gyerekekkel, felnőttekkel vagy inkább egyedül)?</p> <p>Használ-e digitális eszközöket (pl. telefon, tablet, számítógép, TV), és mennyi időt tölt ezekkel naponta?</p> <p>Mennyire elmélyült a játéka?</p> <p>Mit játszik a leggyakrabban szüleivel/testvérével/ kortársaival?</p>		
Meséljenek a gyerekekről, mert szívesen hallgatjuk!	<p>Miben látja az erősségeit/gyengeségeit?</p> <p>Mit gondol, hogy fogja érezni magát a gyermek az első óvodai hetekben?</p> <p>Milyen taktikák-praktikák működnek a gyermekkel való értékes együttlét elősegítésére?</p>		
A beszélgetés résztvevői Dátum			

2.2.2. Tájékoztató a bölcsődébe járó gyermekekről a kisgyermeknevelők dokumentációja vagy személyes közlése alapján

A kisgyermeknevelők által vezetett fejlődési napló – ez az elnevezés nem egységes a bölcsődei hálózatban, van, ahol másképpen nevezik – aprólékos és elemzésre méltó információkat tartalmaz a kisgyermek bölcsődei beszokásának tapasztalatairól, háromhavonta összefoglalót ad a fejlődési területeken elért eredményekről, a kisgyermeknevelőkkel való kapcsolatról és a szülőkkel közös fejlesztési feladatok sorsáról. Sajnos napjainkban még kiaknázatlan az a lehetőség, amelyet ezek a füzetek tartalmaznak: az óvodapedagógusok nem használják fel saját munkájuk megkönnyítésére a kisgyermek jobb megismerése érdekében (MÁRKUS–FÜLÖP 2017). Ezzel nemcsak saját pedagógiai tevékenységüket emelhetnék komplexebb szintre, hanem érdeklődésükkel, visszajelzéseikkel a bölcsődei szakemberek munkáját is motiválhatnák. Elgondolkodtató az az ezzel párhuzamos irányultságú gyakorlat is, hogy a védőnők sem adják át valós tapasztalataikat a bölcsődék számára – környezettanulmányaik információtartalma rop-pant szelektált, irreleváns. Mindezek után előfordul, hogy az óvodapedagógusok már az óvodai beszoktatás közben számonkérlik, hogy a bölcsőde miért nem tájékoztatta őket a felvételt nyert kisgyermek esetleges súlyosabb regulációs problémájáról, viselkedési nehézségeiről vagy a fejlődés egyéb területein tapasztalható eltéréseiről, mely lépés ilyen előzményekkel természet-szerűen a bölcsődei szakemberek ellenállását fokozza.

Javaslatunk az, hogy amennyiben készült olyan *dokumentum* (fejlődési füzet/napló, üzenő stb.), amely hosszmetzeti formában követte a kisgyermek fejlődését, azt a *gyermeket felvevő óvoda részére feltétlenül juttassák el!* A legegyszerűbb módja ennek, ha a szülő kezébe kerül ez a dokumentum, és ő adja át az óvodapedagógusnak, aki ezt a bölcsődéből érkezett gyermek esetében elvárja és kéri is. Gyakran nehéz ezekhez hozzájutni, mert a szülők egy része szeretné, ha „tisztá lappal” indulhatna a gyermek az óvodában, mások nem szívesen adják ki a kezükből, mert számukra fontos emlékeket őriz a füzet, mások pedig már régen kidobták, mire gyermekük óvodába ér. Az óvodapedagógusok sem mindig kíváncsiak ezekre a füzetekre. Ha azonban sikerül kézhez kapniuk, akkor az óvodapedagógusok pontosabb képet tudnak kialakítani a kisgyermek óvodai beilleszkedésének idejéről, az elvárható tűrőképességéről, a vigasztalás különböző célszerű fajtáiról, a kisgyermek érdeklődésének alakulásáról ugyanúgy, mint a testi igényeinek – evés, alvás, önállóság – kielégítési módjairól.

A szülőkkel való első beszélgetéshez is jó kiindulópontot képez az ilyen természetű háttéranyag, a pedagógiai tervezés origója lehet, még akkor is, ha a szülők nem minden benne foglalt megállapítással értenek egyet. Bizonyos „nehéz témák” ennek segítségével könnyebben felszínre kerülhetnek, és láthatóvá válhat a család és az intézmény kapcsolatának árnyékosabb vonulata is.

Nem kevésbé fontos az sem, hogy az *óvodapedagógusok sokkal jobban megismerjék a bölcsődei szokásrend sajátosságait, a bölcsődei gondozás-nevelés értékeit*, mert ezen ismeretek birtokában a hozzájuk kerülő kisgyermek alkalmazkodási képességét nem fogják túlterhelni. A fokozatos szülői beszoktatás, a saját gondozónőrendszer, a bölcsődei napirend stabilitása olyan értékek a kisgyermeknevelésben, amelyek az óvoda kiscsoportosai számára szintén nehezen nélkülözhetők.

A nagyobb városokban gyakran előfordul, hogy az óvodák egy épületben működnek a bölcsődékkal. Még ilyen közeli szomszédság esetén is megtörténhet, hogy egy-egy kisgyermek intézményváltásakor az óvodapedagógus csupán arról érdeklődik a gondozónőktől, hogy vajon mennyire megbízható a kisgyermek szobatisztasága. Ez a kérdés valóban fontos az önállóság érettsége miatt, ám úgy érezzük, hogy túlzottan nagy hangsúly került rá az utóbbi időben. Egyes óvodák valamely nem pontosan megjelölt jogszabályra hivatkozva azzal riogatják a szülőket,

hogy nem járhat óvodába az olyan kisgyermek, aki nem megbízhatóan szobatiszta. Emiatt sokszor a még hároméves életkort sem betöltő, óvodába készülő gyermekek nyara megkeseredik a hirtelen sürgőssé és fenyegetővé váló „toalett-tréningtől”. Érdemes lenne ezt a sürgetést kivonni az intézményváltás körülményei közül. Miért kellene megszegyenülten bölcsődében maradni az olyan értelmes, jól fejlődő kisgyermeknek, akinél ez a funkció spontán módon csak néhány hónap múlva érik be? Ez büntetés lehet az egész családnak, teljesen felesleges szorongásforrás és egy testi funkció szabályozásának érthetetlen túlbecsülése.

2.2.3. Az óvodába történő beszkokás tapasztalatai óvodapedagógusi szempontok alapján

Az óvodai beszkoktatás

Az óvodába lépés ideje, az óvodai beszkoktatás folyamata sajátos *próbatétel* mind a család, mind a kisgyermek életében. Sokszor a szülők nem fogalmazzák meg maguknak tudatosan, de a legtöbben szoronganak az óvodakezdestől, hiszen sokan ekkor kapnak először visszajelzést arról, hogy gyermekük „beválik-e”, „megfelel-e”, „beszokik-e”?

Gyermekenként, családonként változó lehet, hogy kinek mennyi időbe telik a beszkokás, hogy mekkora érzelmi próbatételt jelent a gyermek és a család számára (MEDVECZKY é. n.).

A szülőktől való elválás kérdései

Az óvodai beszkoktatás időszakában a leggyakrabban a „*elválás*” a központi téma, ami kétirányú folyamatot takar: egyrészt jelenti a gyermek anyjáról való leválásának folyamatát, de ugyanígy magában foglalja azt is, hogy az anya mennyire képes időlegesen elválni a gyermekétől (BAKONYI–KARCZEWICZ 2016). Az elválás, az új körülményekhez való alkalmazkodás nemcsak a gyermeknek, hanem a *szülőnek is nehéz*. A szülők viselkedéséből, mimikájából, hanglejtéséből stb. sokszor kimondatlanul is tükröződik a saját szorongásuk, s mivel a gyermekeik kiváló antennáikkal könnyedén képesek dekódolni a szüleik nonverbális kommunikációja mögött meghúzódó érzéseket, gondolatokat, annak megfelelően reagálnak az új helyzetre: átveszik szüleik szorongását, félelmét, ezzel beteljesítve szüleik tudatalatti elképzeléseit (MEDVECZKY é. n.).

A beszkoktatás során a gyermekeknek nemcsak az édesanya távolléte okozhat nehézséget, hanem az is, hogy olyan helyen hagyják őket magukra, ami ismeretlen számukra, idegen felnőttek és gyerekek veszik őket körül, sőt az sem mindig világos számukra, hogy vajon a szüleiknek is ugyanilyen idegen-e mindez. A gyermekek az otthoni kérdésekből látják, hogy a szülők sem tudják, mi hogyan történik vele „odabent”, és ez is szokatlan, hiszen eddig mindig mindent tudtak róla, illetve a vele kapcsolatos dolgokat leginkább együtt élték meg (WÉBER 2013).

A beszkoktatás rendje

Az óvodai beszkoktatás gyakorlatának rendje intézményenként eltérő lehet (LÁNCOS 2008). Vanak óvodák, melyekben hetekre elhúzódik ez az időszak, míg más intézményekben csak néhány napot ölel fel. Az óvodák egy részében a kisgyermek már az első naptól kezdve egész nap az óvodában tartózkodik, a szülő jelenléte nélkül. Más óvodákban „*fokozatos anyás beszkoktatást*” alkalmaznak, ami a bölcsődei nevelés jól kidolgozott vívmánya (LÁNCOS 2008; BAKONYI–KARCZEWICZ 2016). Az anyás beszkoktatás lényege, hogy az első napokban a gyermek az édesanyjával érkezik, és vele marad az óvodában töltött idő folyamán. Minden tevékenységben közösen vesznek részt, így a gyermek a szülővel együtt ismerkedik az óvodai élettel, környezettel, dolgozókkal, kortársakkal (WÉBER 2013; RÁCZ et al. é. n.). A gyermek gondozását a szülő végzi, a kisgyermeknevelő pedig figyeli a gyermek reakcióit, viselkedését, és megpróbál vele kapcsolatot teremteni. A beszkoktatási folyamat során az édesanya először csak rövidebb, majd

egyre hosszabb időre megy ki a bölcsődei/óvodai térből (de a közelben, elérhető helyen tartózkodik), ezzel párhuzamosan a gyermek egyre hosszabb időszakokat tölt anyja távollétében az új helyen, mígnem megszokja anyukája távollétét. A szülő nélkül töltött idő ebben a beszoktatási formában tehát fokozatosan növekszik, természetesen a gyermek alkalmazkodási ritmusának megfelelően (LÁNCOS 2008).

Előfordulhat, hogy a gyermek a szülőtől való elváláskor sírva fakad, vagy a nap folyamán hiányolja anyukáját, de ha „beszokott”, akkor már a kisgyermeknevelők/óvónők vigasztalására is megnyugszik. Akár az anyás beszoktatást, akár a gyorsabb elválasztást preferálja egy óvoda, a „fokozatosság elve” mindkét esetben nagyon fontos. Ez azt jelenti, hogy az óvodában való tartózkodás idejét folyamatosan növelik egy-két héten keresztül. Mivel a legtöbb gyermeket leginkább az étkezési és alvási időszak viseli meg, érdemes az első napokban még ebéd előtt hazavinni őket (WÉBER 2013).

Az óvodába lépő gyermeket beszoktathatja az édesanyja, az édesapja, a nagyszülő vagy szükség esetén egyéb rokon, de akár egy jól ismert barát is. Ideális esetben a beszoktatás ideje, menete, módja a gyermek és családja ismeretében rugalmasan kezelendő, a gyermek személyiségéhez, igényeihez alkalmazkodó. Ha lehetőségünk van rá, hagyjuk, hogy a család határozza meg, hogy melyik napszak és tér (csoportszoba, udvar) alkalmas az első óvodai lépések megtételére. A „*finomra hangoláson*” múlik a siker, például engedi-e az óvoda, hogy a gyermek igénye esetén bevigyen a nyugalmához, biztonságérzetének erősítéséhez segítséget nyújtó alvós tárgyakat (cumit, a saját takaróját), megválaszthatja-e az első napokban, hogy milyen evőeszközzel egyen, mikor igyon, tiszteletben tartják-e a „nem szeretem” ételeit, stb. (BÁKONYI–KARCZEWICZ 2016).

Az óvodapedagógusok nagyon sokat segíthetnek abban, hogy az óvodai beszoktatás gördülékenyen menjen. Az óvodai beszoktatás az óvónők számára sem egyszerű feladat, hiszen nekik is meg kell találniuk a kulcsot a különböző környezetből érkező, különböző személyiségű gyerekekhez (és családjaikhoz). Az óvodai beszoktatást ilyen értelemben nevezhetjük „összeszokásnak” mind a gyermekek, mind az óvónők számára. Az óvodába nem egy gyermek, hanem egy család érkezik. Az óvónőnek meg kell nyugtatni a szorongóbb szülőket (hogy biztonságban lesz a gyermekük), valamint teret adni a félelmeik megfogalmazására. De arra is képesnek kell lenniük, hogy a túl gyorsan beszoktató szülőknél lassítsák az elválás tempóját a gyermek jelzéseire való figyelemfelhívással (MEDVECZKY é. n.).

Ahhoz, hogy a szülőtől való elválás és az óvodába történő beszokás zökkenőmentes legyen, nagyon fontos, hogy a gyermek biztonságban érezze magát, és ehhez az óvoda biztosítsa számára a feltételeket (például bevihet otthonról hozott alvóállatot, takarót), továbbá hogy az óvoda tudomásul vegye a gyermek egyes megnyugvási szokásait (például cumizás). Az óvodai beszoktatás során lényeges, hogy a gyermek olyan *bizalmi kapcsolatot* tudjon kialakítani az óvodapedagógussal, amelyre támaszkodhat, amikor az édesanyja távol van (WÉBER 2013). A gyermek *biztonságérzetének* megerősítéséhez az is elengedhetetlenül fontos, hogy megismerje új környezetét (fizikai és szociális), a napirendet, legyenek keretek és fix pontok, melyekhez igazodni lehet (MEDVECZKY é. n.). Vannak gyermekek, akiknek hosszú időre van szükségük ahhoz, hogy érzelmileg biztonságban érezzék magukat az óvodában, de *a gyermekekre való érzékeny ráhangolódással és türelemmel* jó alapokat teremthetünk ahhoz, hogy a saját ütemében, előbb vagy utóbb boldog óvodás váljon belőle. A társak és a tágabb világ megismerésének vágya sok aggodalmaskodáson átsegíti a kisgyermeket, és komoly hatóerővel támogatja őket.

A beszoktatásnál különösen nagy hangsúlyt kap az *egyéni bánásmód*, melyhez elengedhetetlen előfeltétel a gyermekről való előzetes ismeret, tudás. Ajánlatos a beszoktatást megelőzően informálódni a szülőktől a gyermek szokásairól, arról, hogy mit szeret játszani, hogyan

viselkedik különböző helyzetekben. A gyermek és család mélyebb megismerését, s ezáltal a sikeres kezdet elősegítését szolgálja az úgynevezett „anamnézis” (az általunk javasolt elnevezése szerint *óvodába lépési interjú*) lebonyolítása, mely többek között magában foglalja a gyermek jelenlegi egészségügyi állapotának, mozgásfejlettségének, kommunikációs és szociális készségének, önellátásának, játéktevékenységének megismerését. Szintén a gyermekkel és családjával való ismerkedést segíti a *családlátogatás* lehetősége, mely során a gyerek saját, megszokott környezetében „mutathatja meg magát” (WÉBER 2013).

A beszoktatás ideje alatt nemcsak a gyermek és óvodapedagógusa közti bizalommal teli kapcsolat indul útjára, hanem a szülő és az óvodapedagógus közti *partneri viszony* alapjait is le lehet fektetni ezekben a hetekben. A partneri viszony megalapozásához a feleknek nyitottan kell fordulniuk egymás felé, ily módon teret engedhetnek a *nyílt kommunikációnak*, mely során a szülő ugyanúgy megfogalmazhatja igényeit, szükségleteit, a gyermekével kapcsolatos tudnivalókat, felteheti kérdéseit, tanácsot kérhet, mint ahogy az óvodapedagógus is visszajelezhet a gyermek személyiségéről, viselkedéséről, az óvodai beszoktatással kapcsolatos tapasztalatokról, valamint kérdezhet is a szülőtől a gyermekkel kapcsolatban. Az információk kétoldalú áramlása, a folyamatos kapcsolattartás, a nyílt kommunikáció a gyermek érdekeit szolgálja (MEDVECZKY é. n.).

Az óvodai beszoktatás nehézségei: a közösségi élet kihatása a mindennapokra, avagy hullámvászon otthon

Nem ismeretlen jelenség, hogy a gyermek *pszichoszomatikus eredetű betegségeket, tüneteket mutat* a beszoktatás ideje alatt, például hirtelen lázas lesz, de más tünet nem észlelhető, vagy gyakrabban panaszodik hasfájásra, esetleg székrekedésre, hasmenésre, stb. Az sem ritka, hogy átmenetileg otthon *érzelmileg instabilabbá* válik. Az a gyermek, aki korábban már stabilan szobatiszta volt, most újra bepisil, szorongó lesz, ami többféle módon fejeződik ki, például elkezd rágni a körmeit, elkezd dadogni, csenedesebb lesz, vagy pont hogy könnyebben szabadulnak el az indulatai: vadabbá, agresszívabbá válik, gyakrabban felriad éjszaka, nehezebben alszik el, stb. Többen nagyon fáradtnak tűnhetnek otthon, mások meg pont a hazai pályán élnek ki a le nem vezetett feszültségeiket, és a szokásosnál magasabb fordulatszámra kapcsolnak. Ezek teljesen normálisnak tekinthető „reakciók”, hiszen a gyermek életében bekövetkező változás olyan élményeket és érzelmeket hoz magával, melyekkel nem minden kisgyermeknek könnyű megküzdeni (LÁNCOS 2008; WÉBER 2013).

Ezek a problémák az esetek döntő többségében idővel helyreállnak, rendeződnek, de a fennállásukról a szülőnek érdemes informálni az óvodapedagógust (akinek pedig érdemes rákérdezni az „otthoni helyzetre”). Ha azonban hosszabb ideig nem szűnnek meg, vagy fokozódik a jelenlétük, akkor feltétlenül érdemes szakemberhez fordulni, felkeresni az óvodapszichológust.

A beszoktatást kísérő megfigyelési szempontsor

Az alább olvasható szempontsor abban nyújt segítséget, hogy egyénileg lehessen kísérni a gyermek, a család és az óvodapedagógus szempontjából egyaránt jelentős kezdeti időszakot. Kérdőívünkben igyekeztünk rávilágítani olyan gócpontokra, melyek jellegzetesen az első napok, hetek nehézségeire rezonálnak (elválás, az új környezettel való ismerkedés, alvás, evés, önellátás). A szempontsor hozzásegít az objektívebb megfigyeléshez, és rövid időn belül jelzi az előrehaladást vagy az egy helyben toporgást, ami azonnal felhívja a figyelmet arra, hogy a kisgyermek fejlődését érzékenyen kell követni, esetleg más szakembert is be kell vonni az átgondolásba, a problémamegoldásba. Bizonytalanság esetén az óvodai mentálhigiénés csoport segítségét kell kérni! A türelem, a kivárással ebben a kérdésben fontos feltétel, de önmagában nem mindig elég.

A beszoktatást kísérő megfigyelési szempontsor

AZ ELSŐ NAP UTÁN		AZ ELSŐ HÉT UTÁN	
Milyen hangulatban érkezik a gyermek reggel?		Milyen hangulatban érkezik a gyermek reggelente?	
Mikor érkezett?		Mikor érkezik?	
Meddig maradt?		Meddig maradt?	
Spontán érdeklődik-e a kortársak, felnőttek, játékok, tevékenységek iránt?		Érdeklődik-e a kortársak, felnőttek, játékok, tevékenységek iránt?	
Hogy vált el a szüleitől? Milyen hosszan búcsúzkodott?		Hogyan válik el szüleitől?	
		A nap melyik szakaszában hiányolja leginkább a szüleit?	
Hogyan reagált az újratalálkozáskor?		Hogyan reagál az újratalálkozáskor?	
Milyen érzelmi állapotban töltötte a napot?		Milyen érzelmi állapotban tölti a napokat?	
Sírt?		Sír-e? A napok múlásával csillapodik-e ennek intenzitása?	
Milyen mértékben volt megnyugtatható?		Mennyire könnyen vigasztalható?	
Kért-e, tudott-e segítséget kérni?		Tud-e segítséget kérni?	
Képes-e segítséggel tájékozódni az óvodai térben/ időben?		Képes-e tájékozódni az óvodai térben, időben, szokásrendszerben?	
Mennyire önálló?		Fokozódott-e az önállósága a napok múlásával?	
Leült-e a közös asztalhoz?		Hogy viselkedik a közös asztalnál?	
Evet-e valamit? Ivott-e valamit? Mennyire önállóan tette mindezt?		Eszik-e, iszik-e eleget?	
Jelezte-e a szükségleteit?		Megfelelően jelzi-e a szükségleteit?	
Előfordult-e bepisítés, bekakilás?		Előfordult-e bepisítés, bekakilás?	
Hozott-e otthonról játékot? Hogyan használja azt a nap során?		Van-e kedvenc játéka, bármely tárgya, amely nélkül nem tud óvodába jönni?	
		Mennyire mutatja a fáradékonyság jeleit?	

AZ ELSŐ NAP UTÁN		AZ ELSŐ HÉT UTÁN	
		Hogyan fogadja az óvodapedagógus közeledéseit? Elfogadja-e az óvodapedagógus iránymutatásait? Alakul-e a kötődése valakihez az óvodában?	
		Szívesen megy-e ki az udvarra?	
		Volt-e valamilyen pszichoszomatikusnak tűnő tünete?	
		Mennyire „könnyen kezelhető”?	
		Mi okozza a gyermek számára a legnagyobb nehézséget?	
		Belebonyolódik-e konfliktusokba a kortársakkal?	
		Hallatja-e a hangját?	
		Mennyire könnyen érthető az óvodában a beszéde?	

EGY HÓNAP UTÁN	
Hány órát tölt naponta az óvodában?	
Ki kíséri és viszi haza a gyermeket?	
Zökkenőmentesen zajlik-e a reggeli elválás?	
Általában milyen a hangulata napközben?	
Kialakított-e bizalmi kapcsolatot az óvodapedagógusával és/vagy a dajkájával?	
Képes-e tájékozódni és alkalmazkodni az óvoda napi- rendjéhez?	
Alszik-e délután az óvodában?	
Mennyire könnyen elaltatható?	
Mi okozza számára a legnagyobb nehézséget az óvodai hétköznapiakban?	
Kér-e segítséget? Kitől?	
Előfordul-e bepislés, bekakilás?	
Előfordulnak-e pszichoszomatikusnak tűnő tünetek? Például túl gyakran betegeskedik, konfliktushelyzetben hasfájásra panaszkodik, vagy hányingere támad?	

EGY HÓNAP UTÁN	
Vannak-e konfliktusa? Kivel, és hogyan oldja meg?	
Hogyan fogadja az óvodapedagógus közeledéseit?	
Képes-e kortársaival együtt tevékenykedni?	
Mi a kedvenc tevékenysége?	
Hallatja-e a hangját?	
Mennyire könnyen érthető az óvodában a beszéde?	
Mennyire mutatja a fáradékonyág jeleit?	
Szívesen megy ki az udvarra? Miket játszik kint?	
Az óvodai jelét adekvátan használja-e?	

2.2.4. Korai logopédiai szűrés az óvodába lépés környékén (KOFA szülői kérdőív)

Az óvodába lépés környékén, szinte az első hetekben kerül sor a KOFA kérdőív felvételére²⁴⁹ a szülők körében. Eljárásmódbeli kérdés, illetve sok későbbi, szülőkkel való kapcsolati nehézséget előz meg, hogyha a szülők tájékoztatása kellő alapossggal történik meg. Mindenképpen tudniuk kell, hogy milyen célt szolgál a kérdőív, kinek a kezébe kerül, hogyan dolgozzák fel, és a kérdőív kitöltése alapján milyen segítséget, kitől és mikor kaphatnak. Lényeges, hogy a szülők ne csak a logopédus magánügyeként észleljék a kérdőívhez kapcsolódó szűrést, hanem azt érezzék, hogy az óvodai szakemberek közös ügye a lebonyolítás mellett az eredmények figyelemmel követése a kisgyermek beszédfejlesztése érdekében. Tekintettel arra, hogy az enyhébb eltérések eseteiben elsősorban a szülők lesznek azok, akik a gyermeküket fejlesztik, jó, ha támogatást éreznek maguk mellett. Ezt a támogatást a logopédus mellett az óvodapedagógus is adhatja, gyakran pusztán azzal, hogy érdeklődik a haladás iránt, vagy visszajelzi a pozitív változásokat.

Az óvodába lépés mozgalmas kezdő időszakát lezáró mentálhigiénés csoportülésre szükséges a logopédust is meghívni, aki akkorra már a KOFA szűrés adatok birtokában van. Vele közösen célszerű megállapodni az elkövetkező időszak teendőiben, melyek között a nyelvfejlődési késés tényét felfedő szűrőeljárás eredménye döntő fontosságú; nyilván az addigra már más forrásokból származó egyéb, a gyermekkel kapcsolatos információk kontextusában.

2.3. A gyermek fejlődését nyomon követő dokumentáció: a fejlődést kísérő lap bevezetése

Az óvodákban a gyermek fejlődését nyomon követő kötelező dokumentációnak *összhangban kell lennie* az Óvodai nevelés országos alapprogramjával, valamint a 20/2012. (VIII. 31.) és az azt módosító 22/2013. (III. 22.) EMMI rendelettel, továbbá a helyi pedagógiai programmal. A dokumentációnak a jogszabályi elvárásoknak megfelelően *tartalmaznia kell*:

- a gyermek anamnézisést;

²⁴⁹ A módszertan részletes leírását lásd az „Ajánlás” című alfejezetben.

- a gyermek fejlődésének mutatóit (érzelmi-szociális, értelmi, beszéd- és mozgásfejlődés), valamint az óvoda pedagógiai programjában meghatározott tevékenységekkel kapcsolatos egyéb megfigyeléseket;
- a gyermek fejlődését elősegítő megállapításokat, intézkedéseket, az elért eredményt;
- amennyiben a gyermeket a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága vizsgálta, a vizsgálat megállapításait, a fejlesztést végző pedagógus fejlődést szolgáló intézkedéseire tett javaslatait;
- a szakértői bizottság felülvizsgálatának megállapításait;
- a szülő tájékoztatásáról szóló feljegyzéseket.

Mindemellett a dokumentáció magában foglalhat egyéb, az adott intézmény által a gyermek kísérése során fontosnak ítélt tartalmakat is, például a gyermek munkáit, emberrajzokat, családrajzokat, fényképeket, hang- és képfelvételeket, a szülők által fontosnak ítélt emlékeket. Az óvodás gyermek fejlődésének dokumentálására nincs egységes sablon, *a törvényi előírások csak a kötelező tartalomról rendelkeznek*, az intézmények saját hatáskörben döntenek el, hogy a jogszabályoknak megfelelően milyen dokumentumot állítanak össze (BARKÓCZI et al. 2016).

Az előírások alapján évi minimum két alkalommal kell az óvodapedagógusoknak a gyermekek megfigyelésével, követésével kapcsolatos eredményeket rögzíteni.

Szemponatok a dokumentum kidolgozásához

„A gyermek fejlődésének nyomon követését kísérő dokumentáció kialakításánál arra kell törekedni, hogy olyan megfigyelési szempontokat tartalmazzon, amelyek segítik a fejlődés várható jellemzőinek a feltárását” (BARKÓCZI et al. 2016). Fontos, hogy a dokumentáció az óvodapedagógus és a szülő számára egyaránt *könnyen értelmezhető, egyszerű és átlátható legyen*, támpontot adjon az aktuális fejlettségi állapot megítéléséhez, szempontjai nyújtsanak segítséget mind az óvodapedagógusok, mind a szülők számára a gyermek mélyebb megismeréséhez, az esetleges fejlesztés irányának ki- jelöléséhez.

A fejlődési napló felhasználható a pedagógiai szakszolgálati vizsgálatokhoz is, tartalmára (az óvodapedagógusok véleményére) építhetnek a pedagógiai szakszolgálatok, nevelési tanácsadás dolgozói, a szakértői bizottsági munkatársak, a gyógypedagógusok és a fejlesztők (BAKONYI–KARCZEWICZ 2016). A jól megkonstruált megfigyelési kategóriák összhangban vannak az óvodapedagógusok pedagógiai és pszichológiai kultúrájával – egyrészt erre építenek, másrészt ennek fejlődését mozdíthatják elő.

A gyermeke fejlődését rögzítő dokumentumba a szülő bármikor betekinthez, a dokumentum szempontrendszere *a családi nevelés számára is útmutatást adhat*. A gyermek fejlődéséről folytatott szülő-óvodapedagógus közti párbeszéd, együttműködés elengedhetetlen előfeltétele a gyermek fejlődésével kapcsolatban kitűzött célokhoz vezető közös utak meghatározásának. *A dokumentum csak a családokkal történő folyamatos és rendszeres együttműködés mellett töltheti be megfelelő szerepét*.

Az óvodás gyermeket fejlődésének nyomon követése, folyamatos megfigyelése által lehet megismerni. A megismerés a tervezés alapja, *a pedagógiai munka és a fejlesztés pedig tervezésen alapul*. A megfigyelés, az együttlét az óvodában a közösen eltöltött időben folyamatos, a gyermek természetes élethelyzetében zajlik, és *a gyermek személyiségének, készségeinek, képességeinek, azon belüli részképességeinek minden területét felöleli* – mivel a gyermek hatékony, egyéni fejlődéséhez igazodó fejlesztéséhez tudnunk kell, hogy melyik képesség vagy részképesség hiányának következtében mutatkozik meg a lemaradás az adott területen (BAR-

kóczi et al. 2016). A megfigyelés lehet hétköznapi helyzetekbe ágyazott, esetenként irányított, és történhet csoportos, mikrocsoporthoz vagy egyéni keretek között.

A gyermek fejlődését nyomon követő megfigyeléseket érdemes az átláthatóság és a követhetőség kedvéért *táblázatos formában* rögzíteni, de emellett feltétlenül helyet kell kapnia a *szöveges értékelésnek* is, ami lehetőséget biztosít a kép árnyalására, az egyéni sajátosságok feltüntetésére.

A fejlődés különböző részterületeivel kapcsolatban vannak, akik az iratanyagban csak azt jelzik, hogy az adott képesség jelen van-e, vagy még nincs jelen; megint mások a részterület fejlettségének előre meghatározott jellemzői közül kérnek megjelölést/választást; a harmadik csoport a számszerűsíthető mérés megvalósítására törekszik. Ez utóbbi módszertan ajánlható a leginkább, mivel a fejlődési irány követésének és differenciált elemzésének ez a megközelítés kínálja a leggyümölcsözőbb lehetőségeket. Az objektivitás elősegítése érdekében előre kell rögzíteni, és a megfigyelést végző pedagógusokban tudatosítani, hogy az adott számszála fokmérői mögött milyen jelentés, tartalom áll.

A fejlődést nyomon követő megfigyelési szempontsor adott képességterületen belüli rész-képességek mentén építkezik. Érdemes úgy megszerkeszteni az eredményeket rögzítő táblázatot, hogy adott területtel kapcsolatban *vizuálisan könnyen áttekinthető legyen* az óvodai évek során regisztrált *fejlődési mutatók változásának iránya*. Ezáltal könnyen követhetővé válik a gyermek önmagához mért fejlődése, segítve ezzel az egyénre szabott fejlesztés meghatározását, irányvonalainak kijelölését és eredményességének követését.

Nem szabad megfeledkezni arról az alapvető tényről, hogy minden gyermek egyedi, sajátos adottságokkal születik, melyek kibontakoztatását a szűkebb és a tágabb környezetével való kölcsönhatás jellegzetességei folyamatosan befolyásolják, létrehozva ezzel *fejlődésének egyedi, sajátos mintázatát, ütemét*. A fejlődés monitorozása során nagyon fontos a kvantitatív jelölések mellett rávilágítani a gyermek adottságait jelző „értékek” mögöttes tartalmára, melyet a megfigyelést végző szakember „egyéni megjegyzéseinek” keretében tehet meg. Ezek a megjegyzések nagyban árnyalhatják a gyermekről formálódó képet. Ezen a ponton joggal merülhet fel az a kérdés, hogy mennyire érdemes a megfigyelési szempontok mennyiségét növelni. Minél jobban ismerjük az egyes funkciók fejlődésének sajátosságait, annál több jellemzőjét tarthatjuk a megfigyelés szempontjából fontosnak. Azonban ahogyan néha nem látjuk a fától az erdőt, úgy az eltúlzott részletettség sem feltétlenül az árnyaltságot fokozza, ezért az óvodapedagógusok helyi csoportjának józan és a kisgyermek ismeretéből fakadó arányérzékének kell a mértéket beállítania. Ezenkívül annak sincsen értelme, hogy az óvodapedagógusok újabb adminisztrációs teherként éljék meg az egyéni fejlődés nyomon követéséből fakadó írásbeli feladatokat. Akkor működik jól a dokumentáció, ha a megfigyelendő mozzanatok szerepe főként abban áll, hogy az óvónők már meglévő tapasztalatait a megírásakor rendszerezett formába öntik.

A javasolt fejlődéskövető megfigyelési szempontsor

A szempontsor újdonsága főképpen abban áll, hogy követi a nemzetközi gyakorlatban általánosan használt Vineland-3 Adaptív viselkedést mérő skála (Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition – Vineland™-3 dimenzióit (SPARROW–CICCHETTI–SAULNIER 2016). Amennyiben ez a skála hazánkban is használatba kerül, könnyebb lesz a különböző forrásokból származó (szülői, pedagógusi) megfigyeléseket összerendezni. Nem egy újabb szempontsort kívántunk az óvodapedagógusok rendelkezésére bocsátani, hanem a kor igényeinek megfelelően szeretnénk volna kombinálni a számossággal leírható, ilyen módon jól látható érésbeli haladást és a számokkal nem kifejezhető, egyéni profil kirajzolását.

A számskála értékeinek jelentése (BARKÓCZI et al. 2016):

1. kialakulóban
2. alapszinten
3. átlag közeli szinten
4. átlag feletti szinten
5. kimagasló szinten

A számmal való értékelés természetesen nem minden szempontból adekvát. Az ilyen eseteknél javasoljuk a szöveges megjelenítést.

1. A kommunikációs fejlettség mutatói

a) Receptív

- A hozzá intézett kéréseket, kérdéseket pontosan észleli, és megfelelően reagál rájuk.
- A hallott szöveget megérti, beszédértése megfelelő (követi a meséket, nem ért félre szavakat, nem kérdez túl sokat vissza...).
- A nonverbális jeleket érti és adekvátan használja.

b) Expresszív

- Szívesen beszélget felnőttekkel és a kortársaival.
- A beszéde tisztán érthető.
- Artikulációja életkorának megfelelő.
- Beszédmotorikája életkorának megfelelő.
- Beszéde folyamatos, megfelelő hangerővel, hangsúllyal, tempóval beszél, beszédritmusa megfelelő.
- Helyesen használja a ragokat, a névmásokat, a névutókat, a jelen-múlt-jövő időt.
- Használ egyszerű és bővített mondatokat is.
- Szókincse életkorának megfelelő.
- Szükségeit érthető formában megfogalmazza.
- Szóban ki tudja fejezni az ismereteit, képes gondolatait, érzelmeit, élményeit megfogalmazni.
- Közléseit rugalmasan igazítja a felnőttekhez, a társaihoz.
- Szívesen versel, énekel.

2. Az élethelyzetekkel kapcsolatos képességek és készségek mutatói

a) Személyes önirányítás, öngondoskodás

- Képes önkiszolgálásra:
 - WC-használat során nem igényel segítséget;
 - a zsebkeendőhasználatban ügyes, az orrát önállóan tudja fújni, törölni;
 - a személyes holmiját rendben tudja tartani.

• Önállóan

- öltözködik;
- mosakodik;
- törölközik;
- fogat mos;
- evőeszközzel eszik.

b) Házimunka jellegű tevékenységek

- Naposi teendőit ellátja.
- Önként, szívesen vállal feladatokat, a munkavégzésében aktív.
- Kapott és vállalt feladatait elvégzi, szívesen segít másoknak.

c) Eligazodás a tágabb környezetben

- Érti a pénz használatának folyamatát és szerepét (boltos játék, apró feladatok a piacon).
- Ismeri a telefon használatának okát, körülményeit.
- Veszélyt jelző jeleket, szimbólumokat felismer.
- Nem veszélyezteti magát hétköznapi helyzetekben: csoportszobában, udvaron, utcán, közlekedés közben, vásárlás során.
- Szűkebb és tágabb környezetére vonatkozó ismeretei pontosak.

3. A szocializációs fejlettség mutatói

a) A személyközi kapcsolatokban megnyilvánuló fejlettség mutatói

- Könnyedén teremt kapcsolatot a felnőttekkel.
- Könnyedén teremt kapcsolatot a kortársakkal.
- Kölcsönös párbeszédbe bevonható.
- Érdeklődik a társai iránt, és kötődik hozzájuk.
- Kötődik a csoportban dolgozó felnőttekhez.
- Társas és/vagy baráti kapcsolatai vannak a csoportban.
- Ismeri az alapvető udvariassági szokásokat.
- Érzelmet kiváltó helyzetekre adekvát reakciót ad, saját érzéseit felismeri és megfelelően kommunikálja, kimutatja a környezet számára.
- Mások érzelmeit felismeri, osztozik bennük, adekvát reakciót ad.
- Képes együttérzésre.

b) Játék-pihenés

- Játékszereit megosztja társaival.
- Játékának szociális szintje szerint
 - magányosan játszik;
 - párhuzamosan játszik más gyermekek mellett;
 - interaktívan játszik más gyermekekkel.
- Szüksége van arra, hogy egy értő felnőtt bekapcsolódjon a játékába.

- Rendszeresen bekapcsolódik a játékba, a közös tevékenységekbe.
- Képes megérteni és elfogadni játszótársai elgondolásait.
- Szívesen részt vesz szabályjátékokban, egészséges versengés jellemzi.
- Szerepet vállal, képes a szerepváltásra és a szerepek elosztására.
- Képes türelmesen kivárni, másokat végighallgatni, a késztetéseit és a vágyait késleltetni.

c) Megküzdés, érzelem, akarat, önszabályozás

- Felnőtt utasításainak, kérésének eleget tesz.
- Képes alkalmazkodni a csoportban kialakult szokás- és szabályrendszerhez.
- Különbséget tud tenni a jó és a rossz között.
- Konfliktushelyzetben a társaival egyezkedik.
- Képes kompromisszumokra.
- Képes elemi szabályalkotásra és szabálykövetésre.
- Megfelelő önbizalommal rendelkezik.
- Frustrációtűrő, kudarc-tűrő képessége kielégítő.
- Monotoniatűrési képessége életkorának megfelelő.
- Tud segítséget kérni, ha szükséges.
- Feladattudata életkorának megfelelő.
- Feladattartása életkorának megfelelő.
- Érzelmileg kiegyensúlyozott, könnyen megnyugtatható.
- A viselkedését szabályozni, a magatartását kontrollálni tudja.
- Érdeklődő és nyitott.
- Motivált és jól motiválható.

4. A testi érettség, a mozgásfejlettség mutatói, nagymozgások

- Szomatikusan életkorának megfelelően fejlett.
- Érzékszervi működései (látási, hallási, taktilis) megfelelőek.
- Szeret mozogni, a mozgásos játékokban kitartó.
- Mozdása harmonikus, összerendezett, a mozgáskoordinációja kielégítő.
- Megfelelő állóképességgel rendelkezik.
- Mozdástempója optimális.
- Pszichomotoros tempója életkorának megfelelő.
- Egyensúlyérzéke stabil.
- Az alapmozgásokat (járás, futás, kúszás, mászás) biztonsággal végzi.
- Testsémájáról korának megfelelő ismerettel rendelkezik.
- Testének határait megfelelően érzékeli.
- Mozdás közben irányváltoztatásra képes.
- Képes a saját testén tájékozódni.
- Képes a verbális utasításoknak megfelelően cselekedni.
- Mozdásminta utánzására képes.
- Az ismert tornaeszközökkel ügyesen bánik (babzsák, labda, hinta, karika, roller...).
- Ügyesen labdázik (gurítja, célzottan dobja, rúgja, elkapja, pattogtatja...).
- Képes néhány mozgásos játékot irányítás nélkül játszani, például fogócska.
- Képes páros és fél lábon szökdelni, akadályokat átugrani.
- Ritmuskészsége megfelelő.

- A jobb-bal differenciálása életkorának megfelelő.
- Képes síkban, térben tájékozódni, ismeri az irányokat.

5. A kognitív érettség mutatói

a) Figyelem, emlékezet

- Figyelme könnyen felkelthető és rögzíthető (terjedelem, tartósság, megosztottság).
- Képes rövid és hosszú távon is emlékezni a látott és a hallott dolgokra egyaránt.
- Képes a vizuális és az auditív ingerek közül a megfelelőt kiválasztani, differenciálni.
- Egyszeri elmondás után képes két-három részből álló szóbeli kérést megjegyezni és végrehajtani.

b) Manipuláció

- Szívesen vesz részt apróbb elemű építkezős játékokban.
- Különböző anyagok és eszközök segítségével szívesen konstruál.
- Eszközhasználatra megfelelő (olló, ecset, ceruza, ujjfesték, homokozólapát...).
- Az evőeszközöket rendeltetésszerűen használja.
- Öltözködéskor képes egyedül gombolni, lábbelit, zoknit fel- és levenni, cipzárt fel- és lehúzni.
- Laterális dominanciája, kezessége kialakult.
- A szem-kéz/szem-láb koordináció megfelelően fejlett.
- Képes ujjait egymástól függetlenül mozgatni.
- Ceruzafogása szabályos, háromujjas.
- Felismerhető, összetett formákat rajzol.
- Ábrázolása részletező.
- Ügyesen, a határvonalakat tartva színezi.
- A vonalvezetése biztos.
- Az ábrázolás nyomatéka megfelelő.

c) Játéktevékenység

- Játékot kezdeményez.
- Játékeszközöket rendeltetésszerűen használja.
- Változatosak a játékválasztásai, az életkorának és fejlettségének megfelelő játékfajták megjelennek a választásaiban.
- Rendszeresen bekapcsolódik a játékba, a közös tevékenységekbe.
- Élményeit, ismereteit játékban megjeleníti.
- Jellemző játékszintje: gyakorló, konstruáló, szerepjáték, szabályjáték.
- Játéktevékenységeiben gyakran szerepelnek változatos „mintha-játékok”.
- Képes elmélyült játéktevékenységre.
- Képes egyedül és társakkal együtt is játszani.
- Problémamegoldó képesség, kreativitás megnyilvánul a játékában.
- Kedvelt játéktevékenysége:

.....

d) Fogalomalkotás, gondolkodás

- Egyszerűbb ok-okozati összefüggéseket felismer és értelmez.
- Problémamegoldó gondolkodása életkorának megfelelő.
- Képes az analízis-szintézis műveletére.
- Képes általánosításra és konkretizálásra.
- Számfogalma kialakult.
- Az irányok (fel, le, mellé...), a térbeli viszonyítások (alatta, felette, mögötte, rajta...) ismerete életkorának megfelelő.
- Képes időben eligazodni (évszakok, napok, napszakok...).
- Képes a mennyiségek közötti relációk felismerésére és helyes alkalmazására (több, kevesebb, legtöbb, legkevesebb, egyenlő).
- Érzékeli a mennyiségállandóságot.
- Képes megadott szempont szerint halmazokat képezni, a tárgyakat szín, forma, nagyság alapján rendszerezni.
- Képzleti tevékenysége életkorának megfelelő.

Problematikus viselkedések:

.....

2.4. Középső csoportos korban fontossá váló szempontok, középső csoportosok szűrővizsgálata óvodapedagógiai és gyógypedagógiai-pszichológiai megközelítésben

Az elmúlt húsz évben egyre határozottabban jelentkezik az a szakmai igény, hogy a pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadási területén nagy hagyománnyal rendelkező tevékenység, az iskolaérettségi vizsgálat keretében *ne állapotdiagnosztika valósuljon meg*, hanem mód legyen a gyermek helyzetének, fejlődési tempójának, az esetleges diszfunkciók természetének folyamatos megfigyelésére. Ezt a törekvést nemcsak a szakmai elméletképzés, hanem a napi gyakorlat is alátámasztja. Azok a kisgyermek, akik a kora tavaszi hónapokban az iskolaérettségi vizsgálaton feltűnve egy sor terápiásan jól befolyásolható nehézséggel küzdenek, az idő rövidsége miatt nem kaphatnak elegendő megsegítést. Hiába lennének több vonatkozásban iskolaérettek, mégsem tanácsos iskolába engedni őket. Nehezíti a döntés meghozatalát, hogy életkoruk vagy a speciális óvodai ellátás hiánya a további óvodáztatás ellen szól. Általános tapasztalat, hogy az óvoda már nem megfelelő nevelési szintér a számukra, az iskola pedig még nem az. A gyakorlat oldaláról tehát már jó ideje felmerült a *beiskolázási vizsgálat előtt, még időben elvégzendő szűrés* igénye.

A tanulási zavart előrejelző gyengébb képességszintek mielőbbi felismerése céljából az 1990-es évektől kezdődően sok helyen „középsős szűrés” elnevezéssel részképesség-zavarokat feltáró szűrőmunkát végeznek a nevelési tanácsadás szakemberei. A közös cél megvalósítását azonban igen eltérő szűrési metodikával oldják meg. Ezek a különbségek a szűrés időpontjának kijelölésében, a vizsgált funkciók számában, a szűrésbe bevont gyermekek meghatározásában egyaránt megjelennek. Van olyan gyakorlat, ahol minden ötéves kisgyermeket szűrnek, máshol csak azokat, akiket az óvodapedagógusok megfigyelései alapján szükségesnek látnak. Egyes helyeken egy adott szűrési eljárást, például az MSSST-vizsgálatsort alkalmazták, máshol a nevelési tanácsadás szakemberei által összeállított, az adott környezetben

kipróbált és hasznosnak talált próbasort. A szűrést egyes helyeken a középső csoportos tanév végén, májusban, máshol a nagycsoport elején, szeptemberben végzik el. Egy törekvés azonban azonos mindegyik szűrési típusban: *minél korábban megtalálni azokat a gyermekeket, akiknek az iskolába lépéshez segítséget kell kapniuk.* A legszélesebb értelemben vett hátrányos helyzetükben, vagyis organikus, pszichés vagy szociokulturális okok miatti hátrányaik leküzdésében a gyerekeknek még időben meg kell kapniuk azt a lehetőséget, amellyel esélyük lesz jól indulni az iskolában.

A szűrési módszertan már említett eltérései a hazai fejlesztőpedagógiai szakirodalomban csak részben dokumentáltak (SZVATKÓ et al. 2001; SZVATKÓ–SZÉKELY 2006; SZVATKÓ 2006; M. TAMÁS 2009). A módszerbeli eltérések dacára általánosan megfigyelhető, hogy a szűrővizsgálatok szervezői nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy tevékenységükbe *partnerként* vonják be a gyermekekkel közvetlenül foglalkozó óvodapedagógusokat, a kölcsönösen jól használható információk cseréjén kívül azért is, hogy a későbbiekben a prevenciós munkának értői, segítői legyenek.

A pedagógiai szakszolgálatokhoz intézett kérdőívünk tapasztalatai szerint középső csoportos korban 30%, a nagycsoportoskor elején pedig 60% volt a mintánkban a szűrési gyakoriság. Itt érdemes megjegyezni, hogy a pedagógiai szakszolgálatokra vonatkozó rendelet a szűrést nem teszi kötelezővé, ez a tagintézmény saját döntése alapján végezhető tevékenység. A gyakorlat azt mutatja, hogy hasznossága miatt a szakszolgálatok akár erőn felül is igyekeznek ezt véghez vinni.

Más kérdés, hogy tudják-e biztosítani a szűrés után azt a szükséges fejlesztést, amiért a szűrést egyáltalán érdemes volt lefolytatni. A mintánkban válaszoló pedagógiai szakszolgálatok közel 60%-ának válasza a „nem” valamely variációja volt, de ha ezt tovább árnyaljuk, láthatjuk, hogy több válaszban hangsúlyozták, hogy valamilyen módon keresik a megoldást. Úgy fogalmaztak például, hogy ha nem elég az ellátásra a kapacitás, akkor szakmai műhelymunka vagy tudásmegosztás keretein belül igyekeznek az óvodákban dolgozó fejlesztőpedagógusokkal, óvodapedagógusokkal megosztani a feladatokat. Egy másik válaszoló szerint a kapacitáshiányt tudatos, több szintű együttműködéssel hidalják át: *„Nem tudunk teljeskörűen segíteni, mert lényegesen több gyermeknél találunk problémát, mint ahányat el tudunk látni. A kiszűrt gyermekek egy részének biztosítjuk a fejlesztést a szakszolgálatban, enyhébb eseteknél a logopédiai fejlesztés keretein belül foglalkozunk egyéb részképességek fejlesztésével is, de van, akinél csak konzultációs lehetőséget biztosítunk az óvodapedagógus, illetve a szülő számára; szükség szerint egyéb ellátóhelyre irányítjuk őket.”*

A szűrési eredmények közzlése újabb lehetőség az érintett kisgyermek körüli együttműködések megvalósulására: a szülővel, az óvodapedagógussal természetesen, de szükség esetén a házi gyermekorvossal, a védőnővel, a szociális munkással is. *A szűrést követő szülői konzultáció*, amely során anamnesztikus kérdések is felvethetők, *kötelező*. A gyermekkel való munka a szülők megkeresésével, a szülő írásbeli beleegyezésével kezdődik, mint ahogyan ez bármely fejlesztés, megfigyelés esetében is elengedhetetlen. A szóbeli konzultációt követően írásbeli szakvélemény is készül, melyre a jogszabály a nevelési tanácsadás keretén belül lehetőséget ad. A gyermek problémájának orvoslására sokféle javaslat születhet, melyekben külső szolgáltatók is megkereshetők a szülők lehetőségei szerint: további szakorvosi vizsgálat, illetve magánellátásbeli fejlesztés, amikor a szakszolgálat nem tud megoldást nyújtani saját lehetőségein belül. A konkrét javaslatok írásba foglalása egyfajta oki háttér megvilágításával ebben a helyzetben protokollárisan szükséges (KIRÁLY et al. 2015).

A szűrést követően elengedhetetlenül szükséges az óvodapedagógusokkal való konzultáció, hiszen ők azok, akik évek óta ismerik a gyermeket és a fejlődését befolyásoló környezetet,

ami a róla alkotott képet egészen egyéni megvilágításba is helyezheti. Ha a szűrési folyamatban az óvodapedagógusok tudatosabb, átgondoltabb véleményalkotására számítunk, a pedagógiai szakszolgálat szakembereinek is színvonalas, komplex tájékoztatást, javaslatot kell biztosítaniuk. Ne feledjük, hogy az óvodapedagógusok a gyermek fejlődését nyomon követő megfigyelési szempontsor rendszeres kitöltésével elősegítik a szűrővizsgálat eredményességét is! Az óvodapedagógusokkal történő konzultáció egy újabb lépés ahhoz, hogy *elősegítsük az egyéni szükségletekhez igazodó fejlesztési tervek kidolgozását*, melynek fontos része lehet az óvodapedagógus személyes közreműködése is. A középső csoportos időszak környékén lezajló szűrésben tartalmát tekintve az alábbi területek mérése a legfontosabb:

A vizualitás területén az észlelés, az emlékezet és a szeriális emlékezet szintjének meghatározása; az auditív területen az észlelés, a differenciálás, a diszkrimináció, az emlékezet és a szeriális emlékezet felmérése. A két fenti észlelési funkció összerendezett, egymásba átfordítható, integrált működése szükséges ahhoz, hogy a gyermek alkalmas legyen a *kultúrtechnikák elsajátítására*. Az írástanuláshoz a felsoroltak mellett elengedhetetlen még a következő területek felmérése: a jól szervezett mozgáshoz szükséges fejlett testséma, a szem-kéz koordináció kialakultsága, a szenzomotoros integráció megfelelő szintje és a biztonságos testoldali dominancia. A vizsgálatokat kiegészíthetik még a matematika tanuláshoz szükséges alapkészségek mérésével és a verbális készségek szintjének megítélésével.

2.5. Nagycsoportos gyermekek megfigyelése ősszel és kora tavasszal

A fejlődést nyomon követő megfigyelések óhatatlanul is élesebbé válnak, amikor a közelgő iskolába lépés miatt a kisgyermekeket kritikusabban szemlélik a megfigyelő óvodapedagógusok. Nagyon is helye van ekkor az élesebb megfigyelésnek, hiszen a tanév beindulása után nem sokkal a pedagógusoknak már el is kell dönteniük, javasolják-e majd a szülőknek az őszi iskolakezdést, vagy éretlennek látják-e erre a kisgyermeket. Helyes megközelítés, ha a mentálhigiénés csoportban megtárgyalják azokat az eseteket, amikor bizonytalanok érzik magukat az óvodapedagógus, vagy a szülőkkel nem egységes az álláspontja. Jogos az az ellenvetés is, hogy szeptemberig még nagyon sokat fejlődik, változik egy kisgyermek, így az előző év novemberében-decemberében még nem lehet döntést hozni. Természetesen a döntés egy folyamat része, a megfigyelések és a tapasztalat jó eséllyel pontosan jelölik ki a javaslatot. Azokban az esetekben azonban, amikor a bizonytalanság mégis erős marad, vagy a kisgyermeknél dokumentált az *atipikus fejlődés* valamely formája, az iskolaérettségi vizsgálatra küldés vagy a szakértői vizsgálat elkerülhetetlen. Ez az utolsó óvodai kontrollpont, amikor a folyamatos megfigyelésekből és a kisgyermek körülményeinek ismeretéből származó információkat integrálni kell, és ha szükséges, a szülőkkel való megbeszélést követően vizsgálatra kell küldeni a gyermeket. Egy jól működő óvodai fejlődési nyomon követésben természetesen nem ilyenkor derül ki, hogy a kisgyermek fejlődésével probléma van, de talán egyes esetekben ilyenkor lehet elérni a szülők együttműködését.

Több találkozás is történik ebben az időszakban a szakemberek és a szülők között, ami segíti a szülőket, hogy gyermekük fejlődését kellő mélységben átgondolják. Ezek közé tartozik a második kötelező logopédiai szűrés is (a korábban már említett SZÓL-E?), mely szintén az iskolához szükséges nyelvi előfeltételeket vizsgálja, és ezzel is támogatja az iskolába lépési döntés kialakítását.

2.6. Az iskolába lépési vizsgálatokkal kapcsolatos tennivalók

A folyamatos fejlődéskövetés gyakorlatát alkalmazva, a mentálhigiénés csoporttal való együttműködésben a nagycsoportos időszak első félévének végére minden óvodapedagógus számára

jobbára egyértelmű, hogy kik azok a kisgyermek, akiknél kérdésesnek látszik az iskolakezdés. Ezen gondolatukat a pedagógusok ekkorra már nyilván egyeztettek a szülők iskolakezdéssel kapcsolatos elképzeléseivel, azon a bizalomteli alapon, amelyet a két, két és fél év alatt velük kialakítottak. Mindezek ellenére előfordulhat, hogy egyet nem értés alakul ki. Ettől sem kell megijedni, és nem szükséges elkerülni: az óvodapedagógus-szülő kapcsolat nem rendül meg, ha az esetlegesen kialakuló véleménycsere megfelelő hangnemben, a felek eltérő álláspontjainak tárgyilagos megfogalmazásával zajlik. Az elhatározás nem könnyű a szülők számára, hiszen sokféle szempontot kell figyelembe venniük, ezért a megérlelt és megfelelően megfogalmazott óvodapedagógusi perspektíva megismerése a döntési folyamatot egyfajta tisztázással segíti. Az is előfordulhat, hogy a szülők bizonytalanodnak el saját döntési irányuk helyességében, és az ő kérésükre indul az iskolába lépési vizsgálat.

Az iskolaérettségi vizsgálatra küldés a Szakértői vélemény iránti kérelem kitöltésével indul. Az óvoda beküldi a pedagógiai szakszolgáltatásnak a kitöltött formanyomtatványt, és optimális esetben csatolja az óvodapszichológus és a logopédus pedagógiai véleményét, illetve a házi gyermekorvosoktól, védőnőktől megkapott időszakos státuszvizsgálat eredményét. A kérdésfeltevéshez kapcsolódó *óvodai jellemzést* a kisgyermek mindkét óvodapedagógusa és az óvodavezető állítja össze, írja alá.

A pedagógiai szakszolgáltatások eddigi gyakorlata az volt, hogy az óvodák részére összeállították a helyben szokásos iskolába lépési vizsgálati szempontsört, és annak alapján kérték a gyermek jellemzését a formanyomtatvány kitöltése mellett. A rendszeres és egységes szerkezetű fejlődéskövető megfigyelések általánossá válásával erre már nem lesz szükség, hiszen a nagycsoport első félévi fejlődéskövetési dokumentuma megfelel majd ennek az elvárásnak. Tudni kell, hogy jelenleg a vizsgáló szakemberek túlnyomó többsége főként az óvodapedagógusok szakmai összefoglalójából tájékozódik a gyermekek kortárs csoportban megfigyelhető sajátosságairól, és ebben nem is várható változás.

A beküldést megelőző óvodapedagógusi konzultáció során *a szülő a teljes vizsgálatra küldési anyagot megismeri és aláírja*. Aláírása nélkül nem végezhető el a vizsgálat.

Az óvodapedagógus vagy az óvodavezető tájékoztatja továbbá a szülőt a pedagógiai szakszolgáltatásban történő vizsgálatokról, illetve azok kimeneteléről. Ezzel egy időben átadja neki a Szakszolgáltatási tájékoztatót a vizsgálati nappal kapcsolatos tudnivalókról.

Amennyiben szükséges, a pedagógiai szakszolgáltatás munkatársa az óvodával történő kapcsolatfelvétel útján pótolja az esetleges hiányokat.

3. Összefoglaló ábrák a javasolt szűrési időpontokról és azok tartalmáról

	ÓVODAPEDAGÓGUS	MENTÁLHIGIÉNÉS CSOPORT	KÜLSŐ SZAKÉRTŐ
augusztus	Az óvodába lépés támogatása: <ul style="list-style-type: none"> • A bölcsődei fejlődési napló áttekintése • A szülőkkel történő óvodába lépési interjú • Óvodai beszoktatás 	A 3 éves státuszvizsgálatok bekérése és az eredmények áttekintése Szükség esetén konzultáció külső szakértővel	A védőnő és a házi gyermekorvos által végzett 3 éves kori státuszvizsgálat
szeptember	A szülők tájékoztatása az esedékes óvodai szűrővizsgálatokról, a mentálhigiénés csoport működéséről, valamint a gyermekek fejlődéskövetésének metodusról szülői értekezlet keretében		
október	Az óvodai beszoktatás tapasztalatai	A mentálhigiénés csoport összegző ülése: a veszélyeztetett gyermekekkel kapcsolatos témaválók kiértékelése	KOFA – logopédiai szűrőeljárás
november	A fejlődésükben veszélyeztetettnek tűnő gyermekekkel kapcsolatos további konzultációk, szükség esetén vizsgálatuk az óvodán belül		
december	Az 1. féléves fejlődéskövetés áttekintéseseletén vizsgálatuk az óvodán belül		
január	A szülők tájékoztatása gyermekük óvodai beilleszkedéséről, az első félév eseményeiről, tapasztalatairól		
február	A fejlődésükben veszélyeztetett gyermekek külső szakértőkönöz történő irányítása és a szüleikkel való konzultáció		
március	A fejlődéskövető megfigyelés folytatása a teljes nevelési év során	A fejlődésükben veszélyeztetett gyermekek külső szakértőkönöz történő irányítása és a szüleikkel való konzultáció	A kért vizsgálatok elvégzése és visszajelzés a mentálhigiénés csoportnak
április		A külső szakértővel való konzultációk folytatása, lehetőség szerint az eredmények elemzése	
május			
június	A 2. féléves fejlődéskövetés összegzése A szülők tájékoztatása a második félévről	A mentálhigiénés csoport ülése, a második féléves megfigyelések kiértékelése	

1. ábra. Fejlesztéskövető szűrések: 3-4 évesek (készítette: Dui Anlita)

	ÓVODAPEDAGÓGUS	MENTÁLHIGIÉNÉS CSOPORT	KÜLSŐ SZAKÉRTŐ
szeptember	A fejlődéskövető megfigyelés folytatása a teljes nevelési év során	A 4 éves státuszvizsgálatok bekérése és az eredmények áttekintése	A védőnő és a házi gyermekorvos által végzett 4 éves kori státuszvizsgálat
október		Mentálhigiénés csoport ülése: A folyamatban lévő fejlesztések lebonyolódásának ellenőrzése	
november			
december	A 3. féléves fejlődéskövetés áttekintése		
január		A mentálhigiénés csoport ülése: KCSSZ-re* küldendő gyerekek azonosítása	
február	A szűrésbe bevinni szándékozott gyerekek születének tájékoztatása a KCSSZ-ről.* Szűrés indoklása beleegyezésük kérése		
március			
április		A mentálhigiénés csoport összegző ülése: a veszélyeztetett gyermekekkel kapcsolatos témaválogatás kiemelése	A KCSSZ* lebonyolítása
május	A 4. féléves fejlődéskövetés áttekintése, a konzultációs eredményének kiértékeléséről		
június	A szülők tájékoztatása a fejlődéskövetés eredményéről		

2. ábra. Fejlesztéskövető szűrések (készítette: Dul Anita)

* Középső csoportos szűrés. A gyermek életkorának és a szakemberek időbeosztásának megfelelően a középső csoportos szűrés ideje a nagycsoportos kor első hónapjára is toldódhat.

augusztus	A házi gyermekorvos és a védőnő által készített státuszvizsgálatok eredményeinek begyűjtése minden életkorban, különös tekintettel a frissen óvodába lépő gyermekekre	A bölcsőlébe járt gyermekekről írott fejlődési naplók bekérése a szülőktől, és a kiscsoportos gyermekeket fogadó óvodapedagógusokhoz juttatása közös megbeszélés keretében	Kezdő vagy újként fogadott óvodapedagógusok tájékoztatása az inézmény mentálhigiénés csoportjának működéséről
szeptember	Az óvodába lépő kisgyermek szüleinek tájékoztatása a helyi szűrés módjáról, az esedékes logopédiai szűrőeljárásról és a mentálhigiénés csoport működéséről	Az év eleji megfigyelések összegzése minden korcsoportban	A nagycsoportosoknál a „SZÖL-E?” és a közepe csoportos szűrővizsgálatok együttes kiértékelése, a teendőik egyeztetése
október	Összegző ülés: a beszoktatás tapasztalatainak rendezése, az óvodába belépett, valamint szempontból sérülékeny gyermekekkel kapcsolatos témavlatok kijelölése az egyes területek felelősségi körének megjelölésével		
november	A folyamatban levő, főleg nagycsoportos gyermekeket érintő fejlesztések lebo-nyolódásának ellenőrzése, a szükséges vizsgálatok (egészségügyi, oktatási) megőrténtének eredményének összegzése és a vizsgálatot kérőhöz juttatása		
december	Az első féléves fejlődéskövető megfigyelések összegzése minden korcsoportban		

4.1. ábra. Mentálhigiénés csoportülések
(készítette: Dul Anita)

január	A középső csoportos gyermekek közül a szűrésre kiválasztottak megbeszélése	A nagycsoportos gyermekek fejlődésének áttekintése az iskolaiérettség szempontja alapján, a vizsgálatra küldés indokainak összegzése, a szülők tájékoztatásának átgondolása, az érintett óvodapedagógusok felkészítése a szülői megbeszélésekre
február	A szűrésbe bevonni szándékozott középső csoportos gyermekek szüleinek tájékoztatása a középső csoportos szűrésről, a szűrés indoklása, beleegyezésük kérése	
március	A folyamatban lévő, óvodás gyermekeket érintő fejlesztések lebonyolódásának folyamatos ellenőrzése, a szükséges vizsgálatok (egészségügyi, oktatási) megjöttének, eredményének összegzése és a vizsgálatot kérőhöz juttatása	
április		
május	A szűrés eredményeinek értékelése, a teendők áttekintése	A speciálisan veszélyeztetett gyermekcsoportok fejlődésének összefoglalása és elküldése az utógondozóknak, a kapcsolattartás szorgalmazásával
június	A második féléves fejlődéskövető megfigyelések összegzése minden korcsoportban	Az óvodában maradó nagycsoportos gyermekek fejlesztésének tervezése

4.2. ábra. Mentálhigiénés csoportülések
(készítette: Dul Antia)

6. A FEJLŐDÉS NYOMON KÖVETÉSÉRE ALKALMAS KÉRDŐÍV BEMUTATÁSA

NYITRAI Á. – KORINTUS M.-NÉ – HAJDUNÉ HOLLÓ K. – JÓZSA K. – RÓZSA S. – KERÉKI J. (2021): *A gyermekfejlesztési kérdőív alkalmazása a bölcsődében és az óvodában*. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft., 36–50. p.

A *Gyermekfejlesztési kérdőív* kialakításához egy többlépcsős folyamat vezetett el, amely magában foglalta a hazai és a nemzetközi szakirodalmi tájékozódást, a fejlesztésre kerülő mérőeszköz több szempontú módszertani végiggondolását, és végül a kapott eredmények pszichometriai elemzését.

A hazai pedagógiai gyakorlatban nincs olyan egységes és átfogó gyermekfejlesztési kérdőív, amit a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok rutinszerűen használhatnának a gyermekek főbb fejlődési területeinek (nyelvi, motoros, kognitív) értékelésére, a felmerülő problémák korai azonosítására és monitorozására. A *Gyermekfejlesztési kérdőív* több ponton is csatlakozik a már meglévő mérőeszközökhöz, és ezek támogatását, kiegészítését is jelentené. Egyrészt a jelen projektben fejlesztésre kerülő iskolakészültségi vizsgálat során felmerült az az igény, hogy az óvodapedagógusok értékelését is fontos lenne felhasználni az iskolakészültség értékelése során. Másrészt a fejlesztésre kerülő mérőeszköz hasznos kiegészítése a jelen projekt keretében kidolgozott *Szenzoros és mozgásos élmények kérdőívnek* (ARATÓ et al. 2020), a korábbi TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program keretében a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatára kidolgozott szülői kérdőíveknek és védőnői felméréseknek,²⁵⁰ valamint a jelen projekt keretében a szakemberek számára elérhetővé tett más speciális pszichológiai mérőeszközöknek (pl. Bayley-III, ADOS, ADI-R).

Fontos megjegyeznünk, hogy a kisgyermeknevelő vagy az óvodapedagógus értékelése rendkívül fontos, hiszen ezek a szakemberek napi kapcsolatban vannak a gyermekkel, és a több, hasonló életkorú gyermekkel szerzett tapasztalataikat referenciaként felhasználva jellemzéseik objektívek, megbízhatók, és jól kiegészítik az otthoni környezet szülői értékeléseit. Ezek a szakemberek rálátnak arra, hogy a gyermek hogyan viselkedik társas környezetben, s a készségeiben milyen erősségek és gyengeségek mutatkoznak.

A Gyermekfejlesztési kérdőív kidolgozásának folyamata

A fejlesztőmunka főbb tevékenységeit a 3. táblázatban szemléltetjük. A fejlesztés első fázisában a nemzetközi szakirodalom áttekintése, illetve a hazai mérési gyakorlat feltérképezése történt. A hazai mérési gyakorlatot áttekintve egyértelművé vált, hogy nincs olyan széles körben elfogadott modern és átfogó mérőeljárás, amely a 0–7 éves gyermekek fejlődését megbízhatóan megragadná. Bár a nemzetközi gyakorlatban több olyan mérőeszközt is találtunk, amelyek a gyermekfejlődés megbízható és széles körben alkalmazott módszereinek tekinthetők, de a külföldről átvett mérőeszközök általános problémája, hogy meglehetősen költségesek, vagy csak

²⁵⁰ Lásd Gyermek-alapellátási Információs Portál: <http://www.gyermekalapellatas.hu/> (Letöltve: 2020. 06. 12.)

szűkebb életkori övezetben alkalmazhatók (pl. Bayley-III, SEED fejlődési skála), illetve nem áll belőlük rendelkezésre magyar nyelvű változat és norma (pl. BDI-3, Developmental Profile 3).

3. táblázat. A Gyermekefejlesztési kérdőív kialakításnak főbb szakaszai

Tevékenységek	Tartalmi részletezés
A nemzetközi szakirodalom és a meglévő hazai mérőeszközök áttekintése	A legfontosabb nemzetközi és hazai mérőeszközök: <ul style="list-style-type: none"> • Vineland-3 (0–90 év) • Bayley-III (0–3,5 év) • SEED fejlődési skála (0–4 év) • Battelle Developmental Inventory (BDI-3, 0–7 év), • Developmental Profile 3 (0–12 év) • DIFER programcsomag (4–8 év) • Percentil tábla (0–3 év)
A mérési koncepció kidolgozása	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop hazai szakértők bevonásával • Az igények feltérképezése • A kurrens nemzetközi szakirodalom figyelembevétele • Ágazatközi illeszkedés (pl. védőnői értékelések, bölcsődés és óvodás jellemzések, a pedagógiai szakszolgálatok mérőeljárásai)
A tételek (kérdések) megalkotása	<ul style="list-style-type: none"> • A gyermek fejlődését jól megragadó viselkedéses jellemzők gyűjtése az életkori sajátosságok figyelembevételével • Nagyobb területenkénti csoportosítás (pl. mozgás, kommunikáció) • Könnyen megfigyelhető legyen
Előzetes tesztelés: érthetőség, alkalmazhatóság	<ul style="list-style-type: none"> • A megalkotott tételeket nagy tapasztalattal rendelkező szakemberek bevonásával folyamatosan véleményeztettük
Elővizsgálat	<ul style="list-style-type: none"> • 1113 gyermek étkeztetése (óvodások és bölcsődés)
Előzetes pszichometriai elemzések	<ul style="list-style-type: none"> • Az egyes tételekre adott válaszok eloszlási jellemzőinek elemzése • A skálák belső konzisztenciájának vizsgálata • A skálák érvényességének elemzése • A kérdőív struktúrájának, faktorszerkezetének vizsgálata • A kitöltést végző szakemberek javaslatainak figyelembevétele
Nagymintás bemérés	<ul style="list-style-type: none"> • 2890 gyermek értékelése (óvodások és bölcsődés)
Pszichometriai elemzések	<ul style="list-style-type: none"> • Az egyes tételekre adott válaszok eloszlási jellemzőinek elemzése • A skálák belső konzisztenciájának vizsgálata • A skálák érvényességének elemzése • A kérdőív struktúrájának, faktorszerkezetének vizsgálata • A kitöltést végző szakemberek javaslatainak figyelembevétele
Normázás és az értékelési elvek kidolgozása	<ul style="list-style-type: none"> • Az életkori normák elkészítése • A pontozás és az értékelési elvek kidolgozása
A mérőeszköz hazai bevezetése, szakemberek képzése	<ul style="list-style-type: none"> • Képzők képzése (40 fő) • 1000 szakember képzése országos lefedettséggel

A mérési koncepció kidolgozásához és pontosításához 2019 márciusában egy workshopot rendeztünk, melyre a témát jól ismerő és nagy tapasztalattal rendelkező szakembereket hívtunk

meg. A résztvevők segítségével sikerült a kidolgozandó mérőeszkőzzel támasztott főbb igényeket meghatározni:

- Milyen típusú eljárás legyen?
- Mi legyen az információk forrása?
- Mennyi legyen a tesztfelvétel időigénye?
- Ki végezheti a felvételt?
- Milyen komplexitású legyen?
- Melyek legyenek a felmért területek?
- A kidolgozásra kerülő módszer mennyire illeszkedjen a meglévő módszerekhez?

A szakmai egyeztetést követően a fejlesztésre kerülő mérőeszkőzzel kapcsolatosan az alábbi elvárásokat fogalmaztuk meg:

- A bölcsődés és az óvodás korosztály alapvető fejlődési jellemzőit megbízhatóan megragadja.
- Az értékelést a kisgyermeknevelő vagy az óvodapedagógus végezze.
- A kitöltés ne legyen több mint 15–20 perc.
- A felmért fejlődési területek jól illeszkedjenek a pedagógiai gyakorlathoz és a nemzetközi trendekhez.
- Az értékelésre kerülő kérdések (tételek) olyan egyszerű állításokat tartalmazzanak, amelyeket a kisgyermeknevelő vagy az óvodapedagógus megfigyeléssel könnyen értékelni tud.
- Könnyen integrálható legyen a gyakorlatba.
- Többször is értékelhető legyen, és alkalmas legyen a fejlődés utánkövetésére.
- Könnyű és gyors kiértékelést és értelmezést biztosítsunk.
- Ingyenesen elérhető legyen.
- A tesztfelhasználásnak legyen folyamatos támogatása.
- A bölcsődés és óvodás korosztálynak külön kérdőíve legyen.

A fejlesztés következő fázisában öt szakértő²⁵¹ közreműködésével olyan viselkedéses jellemzőket gyűjtöttünk össze (pl. *Kanállal önállóan eszik; A felé gurított labdáért nyúl; Néhány métert fut anélkül, hogy elesne*), melyek jól tükrözik a gyermekfejlődés életkori sajátosságait, és jól megfigyelhetők bölcsődei vagy óvodai környezetben. Ezek megalkotásakor nagyban támaszkodtunk az életkorokra jellemző fejlődési sajátosságokra (mérőföldkövekre) és a meglévő módszerek (pl. Vineland-3, percentil tábla) alapvető viselkedési mintáira. Ezeket a könnyen megfigyelhető viselkedéseket tekintjük a kérdőívünk tételeinek, amelyeket a kisgyermeknevelő vagy az óvodapedagógus értékel, jelezve, hogy egy adott gyermeknél megfigyelhető-e az adott viselkedés, és rendelkezik-e a viselkedés végrehajtásához szükséges készséggel. A tételeket a könnyebb áttekinthetőség és pontosabb értékelés érdekében igyekeztünk a szakmai ajánlásokban megfogalmazott főbb területekre osztani: *értelmi képességek és a hozzájuk kapcsolódó pszichikus funkciók; az érzékszervek működése és az észlelési képességek; verbális és nonverbális kommunikáció; nagy- és finommozgások; szocializáció; érzelmi élet; társas kapcsolatok*.

A kialakított tételeket nagy gyakorlattal rendelkező kollégák segítségével folyamatosan teszteltük, hogy mennyire érthető, és mennyire alkalmasak bölcsődei vagy óvodai jellemzésekre. Alapvető dilemmaként jelent meg, hogy kérhetjük-e olyan viselkedés értékelését, amit a kisgyermeknevelő vagy óvodapedagógus nem biztos, hogy spontán megfigyel (pl. *Váltott lábbal,*

²⁵¹ Hajduné Holló Katalin, Józsa Krisztián, Korintus Márta, Nyitrai Ágnes és Rózsa Sándor.

kapaszkodás nélkül közlekedik a lépcsőn). Nem állt szándékunkban, hogy minden egyes viselkedéshez egy adott feladathelyzetet készítsünk, melynek a során az adott készség objektíven tesztelhető lenne, ezért az értékelést végző szakemberekre bízunk, hogy az adott jelenség megbízható megfigyelésére milyen alkalmat teremtenek. Feltételezzük, hogy a *Gyermekfejlődési kérdőív* általános bevezetésével és többszöri értékelésével a szakemberek hamar beépítik a kérdőívben szereplő viselkedéses jellemzők megfigyelését a napi gyakorlatba, így ezek értékelése a későbbiekben nem okoz majd gondot. Ez nemcsak az objektív jellemzéseket segíti, hanem fontos edukatív funkciója is van, mivel ráirányítja a szakember figyelmét olyan sajátosságokra, melyek fontosak a gyermekfejlődés során.

A kérdőívet úgy építettük fel, hogy lefedje a bölcsődei és az óvodai korcsoportokat, így végül – a szerkezetet tekintve hasonló – *két önálló kérdőív került kidolgozásra*. A bölcsődei változat 0,5–4 éves kor között, míg az óvodai változat 2,5–7 éves kor között alkalmazható. Fontos megjegyezni, hogy bár a bölcsődéseknek szánt kérdőív alsó korhatárát féléves kornál jelöltük meg, ehhez az életkori övezethez viszonylag kevés tételt készítettünk, ezért ebben az életkorban a kérdőív megbízhatósága némileg kisebb, mint az idősebbek esetén, amikor több tétellel, megbízhatóbban ragadunk meg egy-egy területet.

A Gyermekfejlődési kérdőív felépítése és skálái

A kérdőív a gyermeki fejlődés 6 nagy területét ragadja meg, melyeket további alterületekre (alskálákra) osztottunk (*4. táblázat*). Fontos megjegyezni, hogy az életkori sajátosságokat figyelembe véve az írás és olvasás alapkészségek csak 5 éves kortól (5–7 éves óvodások) kerülnek értékelésre, a tanulással összefüggő tényezők pedig bölcsődések esetében csak 3 éves kortól értékelhetők. A bölcsődés és az óvodás kérdőív számos tétele (kb. 50%-a) megegyezik, de az életkori sajátosságokat követve sok kérdés eltérő.

A kérdőív értékelése az elővizsgálatok során 5 fokozatú skála segítségével történt (1: egyáltalán nem jellemző – 5: teljesen jellemző), de az elővizsgálat eredményei alapján azt láttuk, hogy a legtöbb kérdésre a skála két végpontját használták az értékelők, tehát a közbülső értékek alkalmazása nem indokolt. Eredeti elképzelésünk az volt, hogy az 5 fokozatú skálán a szakemberek finomabban tudják majd jellemezni a gyermekek viselkedését. A véglegesített kérdőívben a válaszfokozatokat 3 válaszlehetőségre csökkentettük: *0: soha nem jellemző, 1: néha jellemző, 2: általában vagy gyakran jellemző*. [...]

4. táblázat. A Gyermekfejlődési kérdőív szerkezeti felépítése

Területek	Alterületek (alskálák)		
Motoros készségek	<i>Nagymozgás</i>	<i>Finommozgás</i>	<i>Vizuomotoros koordináció</i>
Kommunikáció	<i>Beszédértés</i>	<i>Kifejező beszéd</i>	<i>Írás és olvasás alapkészségek</i>
Önállóság, önszabályozás és önejlődés	<i>Önállóság</i>	<i>Érzelemkifejezés és önszabályozás</i>	<i>Önejlődés, adaptivitás a mindennapokban</i>
Kognitív készségek	<i>Problémamegoldó gondolkodás és tanulás</i>	<i>Figyelem és emlékezet</i>	<i>Észlelés és fogalmak</i>
Társas kapcsolatok és az énfogalom alakulása	<i>Társas kapcsolatok</i>	<i>Közösségi élet és játék</i>	<i>Énejlődés</i>
Tanulással összefüggő tényezők	<i>Kíváncsiság és kezdeményező-készség</i>	<i>Kitartás</i>	<i>Kreativitás</i>

Motoros készségek

A motoros készségeket a szakirodalomnak megfelelően 3 alterületre osztottuk: *nagymozgás*, *finommozgás* és *vizuomotoros koordináció*. Bár a szakirodalomban és a meglévő mérőeszközöknél (pl. Bayley-III) sok esetben a vizuomotoros koordinációt nem különítik el, mégis úgy gondoltuk, hogy a korai problémafelismerés (pl. koordinációs zavarok, szenzoros integrációs zavar) érdekében ez a megkülönböztetés szakmailag fontos.

A *nagymozgás* elsősorban a törzs és a végtagok mozgásfejlettségének felmérésére irányuló jellemzőket tartalmazza: pl. statikus testhelyzet (pl. ülés, állás), dinamikus mozgás (pl. futás, ugrás, lépcsőzés), beleértve a helyváltoztatást és a koordinációt, az egyensúlyt, valamint a motoros tervezést. A nagymozgásokat olyan tételek mentén ragadjuk meg, mint például *Kúszik*; *Páros lábbal ugrik*; *Képes lábujjhegyen járni*. A *finommozgás* a kisebb izmok és izomcsoportok (pl. kar és kéz) kontrollálásának és integrálásának fejlettségére vonatkozik (pl. fogás, tárgyakkal történő manipuláció, kézügyesség), beleértve a motoros tervezést és a sebességet is. Néhány példa: *Apró tárgyat hüvelyk- és mutatóujjal felcsippent*; *Segítség nélkül gombol (pl. ing)*; *Segítség nélkül becipzározza a ruháját*. A *vizuomotoros koordináció* készsége a perceptuális-motoros integrációt foglalja magába, ami olyan feladatok végrehajtásához szükséges, mint például a kockaépítés, a másolás, a labdavezetés, a célba dobás vagy az apró tárgyakkal történő manipuláció. Néhány példa a skálából: *Apró korongokat rúdra helyez*; *A pár méterről dobott labdát két kézzel elkapja*; *Áttölt folyadékot egyik tárolóból a másikba (pl. kancsóból bögrébe)*.

Kommunikáció

A nemzetközi és a hazai szakirodalom, valamint a meglévő kommunikációt mérő eljárások a beszéd receptív (beszédértés) és expresszív (kifejező beszéd) jellemzőit különböztetik meg. Kérdőívünkben mi is ennek a két átfogó dimenzióknak a megragadására állítottunk össze kérdéseket. Az írás és olvasás alapkészségek fejlettségének feltárását az iskolakészültség értékelése szempontjából tartottuk fontosnak, így az 5–7 éves óvodások számára kialakított kérdőívet 5 olyan kérdéssel láttuk el, melyek az írással és olvasással összefüggő alapkészségek felmérését szolgálják.

A *beszédértés* alterülethez tartozó kérdések a beszédmegértéssel és az információ-befogadással kapcsolatos jellemzőket, illetve a szókincs morfológiai fejlettségét vizsgálja (pl. főnevek, elöljárószavak, többes szám, igeidők, birtokviszony megértése). Ezek egyaránt magukba foglalják a szóbeli közlések és az írott információk befogadását. Néhány példa a beszédértés alterülethez tartozó kérdésekből: *Ha megnevezik, felismeri a háziállatokat (pl. kutya, cica, tyúk, kacska)*; *Egyszerű szóbeli utasításokat megért, kéréseket teljesít*; *Megérti a „legtöbb” és a „legkevesebb” fogalmát*.

A *kifejező beszéd*en a gondolatok és érzések szavakban történő értelmes és nyelvtanilag helyes kifejezését értjük. Ide tartozik a szókincsfejlődés (pl. tárgyak, képek vagy tulajdonságok – pl. szín, méret – megnevezése), a helyzeteknek megfelelő kommunikáció és a szókincs morfológiai-szintaktikai fejlődése (pl. kétszavas kifejezések, a többes szám és az igeidő használata). Példa: *Beszédében megjelennek a kétszavas közlések toldalékok nélkül*; *Rövid történeteket mesél*; *Különbözőképpen el tud mondani valamit, ha arra van szükség, hogy más megértse, mire gondol*.

Az írás és olvasás elsajátításához szükséges alapvető készségek (pl. a könyv helyes tartása, lapozás, egyszerű jelek vagy betűk felismerése, másolás, saját név leírása) megjelenésének felmérése csak 5–7 évesek körében kerül felmérésre 5 tétel segítségével: pl. *Megfelelő módon tartja a könyvet az olvasáshoz, elölről hátrafelé lapozza*; *Emlékezetből le tudja írni a saját nevét nyomtatott nagybetűkkel*; *Felismeri az ábécé betűit*.

Önállóság, önszabályozás és önejlődés

A mindennapos tevékenységben megfigyelhető adaptivitást az alábbi 3 nagy területre osztottuk: *önállóság, érzelm kifejezés és önszabályozás, napi életviteli készségek*. Ez az a terület, ami az eddigi hazai gyakorlatban alkalmazott kérdésekhez (percentil tábla) legközelebb áll, és a legnagyobb átfedéseket mutatja más területekkel, pl. a társas kapcsolatokkal és az énfogalom alakulásával.

Az *önállóság* a mindennapos tevékenységek (pl. öltözködés, étkezés, tisztálkodás, WC-használat) során kifejeződő önellátási készségeket térképezi fel, melyeket olyan tételekkel mérünk, mint például: *Próbál egy-egy ruhadarabot önállóan levenni; Önállóan étkezik, kanalat, poharat és szalvétát használ; Önállóan öltözik (gombol, cipzár, fűz és köt)*.

Az *ézelmek kifejezés és önszabályozás* egyaránt vonatkozik az ézelmek és a viselkedés szabályozására. Az önszabályozás szorosán összefügg az alkalmazkodással és a társas kapcsolatokkal. Az önszabályozás fontos eleme a válaszkészség, ami arra utal, hogy a gyermek új, ismeretlen szituációban közelítő vagy elkerülő viselkedést mutat. Példák az alterület kérdéseire: *Nem bánja, ha valamit nem kap meg azonnal, és arra várnia kell; Társait ok nélkül nem bántja, a játékukat és egyéb tevékenységeiket általában nem zavarja; A nehéz helyzetben lévő gyermek-társ állapota megéri, nem gúnyolódik, nem türelmetlen a társaival*.

Az *önejlődés, adaptivitás a mindennapokban* alterület olyan napi életviteli készségek felmérését célozza, melyekben a gyermek környezethez történő adaptivitása (pl. tisztálkodás) és a személyes felelősségvállalása megnyilvánul (pl. rendrakás, figyelmeztetések elfogadása, szabályok és biztonsági előírások betartása). Példák: *Figyelmeztetés nélkül is kezet mos étkezés előtt; Játék közben betartja a szabályokat; Érti és betartja az alapvető biztonsági intézkedéseket*.

Kognitív készségek

Az alapvető kognitív készségeket a szakirodalom alapján az alábbi 3 alterületre osztottuk: *problémamegoldó gondolkodás és tanulás, figyelem és emlékezet, észlelés és fogalmak*.

A *problémamegoldó gondolkodás és tanulás* az észszerű gondolkodást és az információk elemzését térképezi fel, és olyan kompetenciákat foglal magába, mint például a problémamegoldás, az utánzás, az ok-okozati összefüggések és a szimbolikus játék. Példák az alterület tételeire: *A színek közül felismeri a fehéret, feketét, kéket, pirosat, sárgát és a zöldet; Képek sorba rendezésével 4 képből összefüggő történetet alkot; Ha nem ér el valamit, akkor segédeszközt (pl. botot) használ; Egyszerű matematikai műveleteket elvégez (pl. összeadás, kivonás 0 és 10 között); Problémamegoldás során képes több szempontot is mérlegelni*.

A *figyelem és emlékezet* alterület kérdései a figyelem fenntartását, megosztását és váltását, valamint a rövid és hosszú távú emlékezet fejlettségét olyan tevékenységek alapján vizsgálja, mint például az elrejtett tárgyak megkeresése, a mesehallgatás, az elmesélt történet felidézése, a mondókák vagy számsorozatok megismétlése. Példák: *Rendrakáskor emlékszik arra, hogy melyik játékot hová kell rakni; Akár 10 percig is elfoglalja magát egy tevékenységgel; Egy néhány nappal korábban elmesélt történet tényeire is emlékszik*.

Az *észlelés és fogalmak* alterület a hasonlóság és a különbség észlelése mellett az osztályzás, a téri tájékozódás és olyan mennyiségi fogalmak kialakulását foglalja magában, mint például a súly, az idő és a számosság. Példák a tételekre: *Az egyforma dolgokat felismeri; A keresztnevéből legalább 3 betűt felismer; Ismeri az évszakok főbb jellemzőit*.

Társas kapcsolatok és az énfogalom alakulása

Ezt a területet a következő részekre osztottuk: *társas kapcsolatok, közösségi élet és játék, valamint énejlődés*.

A *társas kapcsolatok* alterület a szociális kapcsolatok megteremtéséhez szükséges készségeket tartalmazza, melyek magukban foglalják a felnőttekkel és a kortársakkal való kapcsolatteremtést (pl. ismerős és ismeretlen felnőttekhez való viszonyulás, segítségkérés felnőttektől, más gyermekekkel való kapcsolatteremtés). Példák az alterület tételeire: *Ha beszélnek hozzá, keresi a szemkontaktust; Kapcsolatot kezdeményez más gyermekkel vagy ismerős felnőttel; Ha segítségre van szüksége, akkor a felnőtthez fordul.*

A *közösségi élet és játék* alterület elsődlegesen a gyermekközösséggel való kapcsolatot fejezi ki, ami a csoportban való részvétel és a közös játéktevékenység főbb jellemzője. Ez az alterület szoros összefüggésben van a fentiekben leírt társas kapcsolatok alakulásával. Példák a tételekre: *Szeret más gyermekek társaságában lenni; El tud mélyülni a játékban; Más gyermekekkel való játék közben kezdeményező.*

Az *énfejlődés* alterület az énfogalom kialakulásával és fejlődésével kapcsolatos jellemzők felmérését célozza: pl. a saját névhez vagy testhez való viszonyulás, saját tulajdon. Példák: *Felismeri saját magát a tükörben; Beszédében használja az én, enyém névmásokat; Önállóságára büszke.*

Tanulással összefüggő tényezők

A tanulással összefüggő tényezők felmérését elsődlegesen az iskolakészültséggel kapcsolatos jellemzők feltárása érdekében éreztük fontosnak, így ezeket a kérdéssorokat az elővizsgálat során csak az óvodások körében alkalmaztuk. A skálákkal szerzett pozitív tapasztalatok és a bölcsődei szakemberek igényeit szem előtt tartva ezt a területet a 3–4 éves bölcsődésekre is kiterjesztettük. A területet 3 jól elkülönülő részre osztottuk: *kíváncsiság és kezdeményezőkétség, kitartás és kreativitás.*

A *kíváncsiságot* a szakirodalom olyan megismerési vágyként vagy információt kereső magatartásként definiálja, amely a későbbiekben a tanulás, a tudásszerzés alapját képezheti. A *kezdeményezőkétség* pedig a változások mozgatórugója, egy pozitív viszonyulás az új dolgok irányába. A kíváncsiságot és a kezdeményezőkétséget olyan tételekkel ragadtuk meg, mint például: *Sok minden érdekl; A csoportban általában kezdeményező, ő találja ki a játékokat; Érdekl, hogyan működnek a dolgok.*

A *kitartás* olyan alapvető személyiségvonás, amely a személyiségfejlődés, az érzelemszabályozás és az ismeretszerzés teljes folyamatára hatással van. Példák a kitartást megragadó tételekre: *A sikertelen próbálkozások sem kedvetlenítik el; Nem bánja, ha valamit nem kap meg azonnal, és arra várnia kell; Még a számára nehéz feladatokkal is (pl. kirakós játék) kitartóan próbálkozik.*

A *kreativitást* olyan kérdésekkel igyekeztünk megragadni, melyek az alkotóképességet, a különböző dolgok összekapcsolásának és újszerű értelmezésének folyamatát emelik ki: pl. *Szeret új dolgokat kitalálni; Játékait kreatív módon használja (pl. építőköcskák, babák vagy állatfigurák); Könnyen tud új és szórakoztató játékokat kitalálni.*

A Gyermekfejlődési kérdőívvel végzett empirikus kutatások áttekintése

Az empirikus kutatásaink célja, hogy a kifejlesztett *Gyermekfejlődési kérdőív* felvételével tapasztalatokat gyűjtsünk, a mérőeszköz skálarendszerét empirikusan is megerősítsük, a skálák érvényességét és megbízhatóságát bemérjük, az alkalmazáshoz szükséges normákat elkészítjük, valamint az értékelési elveket véglegesítsük (pl. életkori beléptetések, megállási szabály).

Elővizsgálat

Az elővizsgálat keretében 1113 gyermekről gyűjtöttünk értékelést, amelynek segítségével részletesen megvizsgálhattuk a kérdésekre adott eloszlásokat (1-től 5-ig terjedő válaszlehetőségek arányai), a kérdések nehézségi sorrendjét, illetve az alapvető pszichometriai jellemzőket (a skálák belső konzisztenciája, a skálák közötti kapcsolatrendszer). A kérdőívet kitöltő szakemberektől minden terület értékelése után visszajelzést kértünk az egyes tételekről. Az észrevételek alapján több tétel megfogalmazását finomítottuk, illetve ha szükség volt rá, jelentősen átfogalmaztuk. A negatívan (a skálairánytól eltérő) megfogalmazott tételeket kihagytuk, mivel az értékelések során ezek sokszor problémát okoztak. Az 5 fokozatú válaszlehetőséget a kapott elemzési eredmények (a 2. és 4. válaszlehetőségek alacsony gyakorisága miatt) és a szakemberek véleményeit fontolóra véve 3 fokozatúra cseréltük.

Fontos megjegyezni, hogy az elővizsgálat keretében gyűjtött értékelésekhez csak egy útmutatót adtunk a kitöltő szakembereknek, az értékeléseiket pedig online készíthették el. Az elemzések alátámasztották, hogy a kérdések részletes leírás nélkül gyakran nehezen értelmezhetőek, így sok szakember több kérdést is félreértett. Ezekből a tapasztalatokból okulva a későbbiekben olyan szakemberek értékelései alapján készítettük el a hazai normákat, akik előzetes képzésben vettek részt.

A tesztfejlesztés következő fázisában az elővizsgálat eredményei alapján véglegesített kérdőív került felvételre, melynek részletes eredményeit az alábbiakban ismertetjük.

A vizsgálati minta összetétele

A *Gyermekfejlődési kérdőív* képzésein részt vevő közel 1000 óvodapedagógus és kisgyermeknevelő szakember készített értékeléseket az erre kialakított online felületen. A felmérés keretében azokról a gyermekekről készült értékelés, akiknél a szülő/gondozó hozzájárult a jellemzéshez, vagyis elolvasta a tájékoztatót, és aláírta a beleegyező nyilatkozatot. Az értékelést végző óvodapedagógusoktól és kisgyermeknevelőktől azt kértük, hogy a csoportjukból véletlenszerűen válasszanak ki 2-3 gyermeket, olyanokat, akiket jól ismernek. A véletlenszerű választással azt próbáltuk elérni, hogy a bevont gyermekek megközelítőleg reprezentálják a csoportot, az intézményt és a földrajzi régiót.

A felmérésben összesen 1666 bölcsődés (ebből 48,3% lány) és 1224 óvodás (ebből 49,1% lány) jellemzésére került sor. A gyermekek életkora a bölcsődések esetében 0,5 évestől 4 éves korig, míg az óvodások esetében 2,5 éves kortól 7,5 éves korig terjedt (5. táblázat). A normacsoportok elkészítéséhez féléves bontással alakítottuk ki az életkori övezeteket. A bölcsődések esetében az alábbi 7 életkori csoportot képeztük: 0,5–1; 1–1,5; 1,5–2; 2–2,5; 2,5–3; 3–3,5 és 3,5–4. Az óvodások esetében pedig a következő 10 korcsoportot különböztettük meg: 2,5–3; 3–3,5; 3,5–4; 4–4,5; 4,5–5; 5–5,5; 5,5–6; 6–6,5; 6,5–7 és 7–7,5. Fontos megjegyezni, hogy az életkori övezetek felső határánál az egyszerűség kedvéért kerekített életkort adtunk meg, de például a 2,5–3 éves korcsoport esetében a felső határt a 3. évet be nem töltött gyermekek jelentik. Ha egy gyermek betöltötte a 3. évet (akárcsak 1 nappal, vagy ha éppen az értékeléskor volt a születésnapja), akkor őt már 3 évesnek tekintettük, és a 3–3,5 éves korcsoport normái szerint értékeljük. Az 5. táblázatból látható, hogy a szélsőségesen alacsony és magas életkori övezetekben a gyermekek száma a valós előfordulási arányoknak megfelelően alacsony: pl. féléves és 1 éves kor közötti bölcsődés gyermekből mindössze 6 került jellemzésre. Érdemes megjegyezni, hogy a normák ezekben a szélsőséges életkori övezetben meglehetősen óvatosan értelmezhetőek.

Az adatbázisunkban az anya iskolai végzettsége a 8 általános és az érettségi nélküli középfokú végzettség esetében kissé alulreprezentált (6. táblázat), míg a felsőfokú végzettséggel

rendelkező szülők százalékos aránya kissé meghaladja a reprezentatívnak tekinthető arányt. A vizsgálati minta lakóhely szerinti megoszlásánál a főváros esetében a bölcsődések kissé alul-, míg az óvodások felülreprezentáltak, a városi lakóhellyel rendelkező gyermekek mindkét csoportban enyhén felülreprezentáltak, míg a községből és a nagyközségből származó gyermekek mintája kissé alulreprezentáltak tekinthető.

Mivel a meghirdetett képzésekre az értékelést végző szakemberek az ország minden tájáról érkeztek, így jó területi lefedettséget sikerült biztosítanunk. A 2. ábrán azokat a településeket szemléltetjük, ahonnan jelentősebb mennyiségű értékelést (>20) kaptunk.

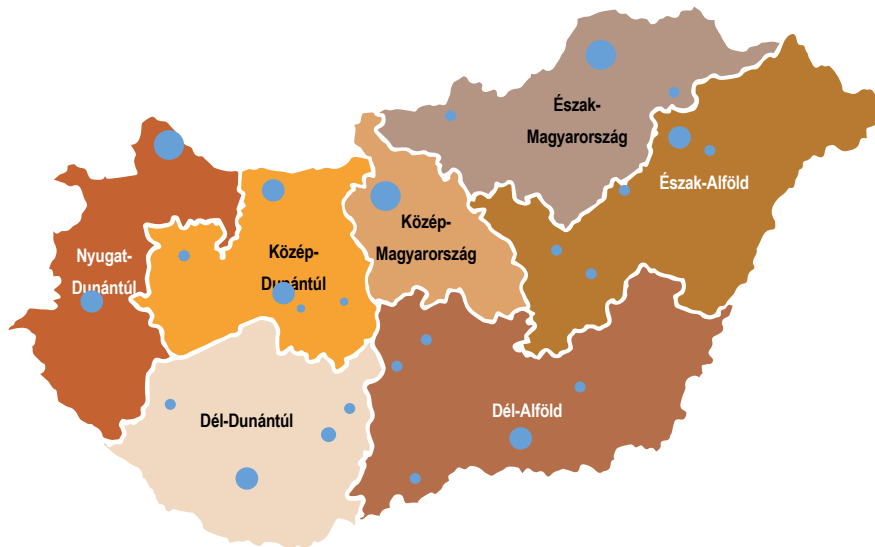
5. táblázat. A felmérésbe bevont vizsgálati minta eloszlása

Bölcsődések				Óvodások			
Életkori övezet	Lányok	Fiúk	Összesen	Életkori övezet	Lányok	Fiúk	Összesen
0,5–1	4	2	6	2,5–3	14	12	26
1–1,5	29	25	54	3–3,5	30	33	63
1,5–2	90	91	181	3,5–4	50	55	105
2–2,5	223	252	475	4–4,5	63	68	131
2,5–3	283	272	555	4,5–5	81	80	161
3–3,5	165	202	367	5–5,5	103	103	206
3,5–4	10	18	28	5,5–6	119	104	223
				6–6,5	90	87	177
				6,5–7	47	69	116
				7–7,5	4	12	16
Összesen	804	862	1666	Összesen	601	623	1224

6. táblázat. Az anya legmagasabb iskolai végzettsége és a lakóhely szerinti megoszlásának tervezett, illetve tényleges százalékos arányai

	A minta tervezett megoszlása (KSH, 2016)	A minta tényleges megoszlása	
		Bölcsődések	Óvodások
Az anya iskolázottsága (%)			
8 általános (vagy alacsonyabb)	12	7,8	9,5
Érettségi nélküli középfokú végzettség	27	14,7	15,2
Érettségi	30	29,6	30,6
Egyetemi vagy főiskolai diploma	30	47,9	44,7
Lakóhely szerinti megoszlás (%)			
Főváros	13	9,4	17,2
Város	47	52,4	51,7
Község, nagyközség	40	38,2	31,1

2. ábra. A vizsgálati mintába bevont intézmények régió szerinti bontásban



A Gyermekfejlődési kérdőív főbb pszichometriai jellemzői

A 3 fokozatú válaszlehetőségek előfordulási gyakoriságai azt jelezték, hogy az értékelők jól kihasználták a 0 (soha), az 1 (néha) és a 2 (gyakran) értékeket. A 0 válaszlehetőség azt jelzi, hogy a gyermek még nem rendelkezik az adott készséggel, míg a 2-es válaszlehetőség az adott készség meglétét jelzi. Az 1-es válaszlehetőség pedig egy adott készség kialakulásának kezdetét, egy átmeneti állapotot jelez. A tételek nehézségi sorrendjének ellenőrzésekor azt talál-

tuk, hogy a tételek többségére adott átlagok jól tükrözik az elvárt sorrendet. Mindössze néhány olyan terület volt, melynek tételei nem rendezhetők nehézségi sorrendbe, pl. az *önszabályozás*, a *közösségi élet és játék*, a *kíváncsiság és kezdeményezőkézség*, a *kitartás* és a *kreativitás*.

A pszichológiai mérés legfontosabb kritériumai között a megbízhatóságot (reliabilitás) és az érvényességet (validitás) kell megemlíteni. A reliabilitás azt mutatja meg, hogy az adott mérőeszköz mennyire mér jól és pontosan, míg a validitás azt fejezi ki, hogy a mérőeszköz valóban azt méri-e, amire létrehozták. Egy skála megbízhatóságát leggyakrabban a skálát alkotó tételek belső konzisztenciájából, a tételek együtt járásának mértékéből becsüljük. Ha a tételek szorosan korrelálnak egymással, akkor azt mondhatjuk, hogy a skála megbízható. A belső konzisztencia becsülésére általában a Cronbach-alfa mutatót alkalmazzák, melynél a 0,70 feletti értéket tekintik elfogadhatónak (RÓZSA–NAGYBÁNYAI NAGY–OLÁH 2006).

Az átfogó területekből képzett skálák belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatók minden skála esetében kiválóak, és jelzik a skálák megbízhatóságát. Érdemes kiemelni, hogy a területeket alkotó alskálák megbízhatósági mutatói is kiválóak, értékük minden esetben meghaladja a 0,80-ot (7. táblázat).

7. táblázat. A Gyermekefejlesztési kérdőív skáláinak reliabilitás-mutatói a bölcsődések és az óvodások mintáján

Skálák és alskálák	Cronbach-alfa mutatók	
	Bölcsődések	Óvodások
Motoros készségek	0,95	0,96
<i>Nagymozgás</i>	0,89	0,92
<i>Finommozgás</i>	0,88	0,91
<i>Vizuomotoros koordináció</i>	0,88	0,93
Kommunikáció	0,96	0,96
<i>Beszédértés</i>	0,94	0,93
<i>Kifejező beszéd</i>	0,95	0,93
<i>Írás és olvasás alapkészségek</i>	–	0,82
Önállóság, önszabályozás és önfejlődés	0,96	0,95
<i>Önállóság</i>	0,91	0,88
<i>Érzelemkifejezés és önszabályozás</i>	0,91	0,89
<i>Önfejlődés, adaptivitás a mindennapokban</i>	0,91	0,91
Kognitív készségek	0,96	0,97
<i>Problémamegoldó gondolkodás és tanulás</i>	0,92	0,92
<i>Figyelem és emlékezet</i>	0,89	0,92
<i>Észlelés és fogalmak</i>	0,89	0,92
Társas kapcsolatok és az énfogalom alakulása	0,94	0,95
<i>Társas kapcsolatok</i>	0,91	0,91
<i>Közösségi élet és játék</i>	0,87	0,87
<i>Énfejlődés</i>	0,86	0,90
Tanulással összefüggő tényezők	0,95	0,94
<i>Kíváncsiság és kezdeményezőkézség</i>	0,88	0,84
<i>Kitartás</i>	0,91	0,89
<i>Kreativitás</i>	0,94	0,93

Az értékelő szakemberek közötti pontozói megbízhatóságot összesen 32 gyermek értékelése alapján vizsgáltuk. Ezekben az esetekben egy gyermeket két szakember is – egymástól függetlenül – jellemzett. Az egyes területeken elért pontszámok közötti együtt járások magasak voltak ($r > 0,70$), ami a skálák pontozói megbízhatóságát jelzi.

Az életkori övezetenként standardizált skálaértékek közötti korrelációk szintén magasak voltak, ez pedig a skálák érvényességét támasztja alá (8. táblázat). Az elvárásoknak megfelelően a kognitív készségek mindkét csoportban (óvodás és bölcsődés) a kommunikációval mutattak szoros együtt járást, míg ezzel szemben viszonylag alacsony korreláció figyelhető meg a *motoros készségek* és a *tanulással összefüggő tényezők* között.

8. táblázat. A Gyermekfejlődési kérdőív skáláinak korrelációi (az „átló” alatti részben az óvodásoké, míg a felső részben a bölcsődésé)

	1	2	3	4	5	6
1. Motoros készségek		0,76	0,67	0,78	0,62	0,69
2. Kommunikáció	0,62		0,67	0,87	0,68	0,69
3. Önállóság, önszabályozás és önfejlődés	0,65	0,68		0,67	0,70	0,61
4. Kognitív készségek	0,73	0,82	0,76		0,67	0,74
5. Társas kapcsolatok és az énfogalom alakulása	0,59	0,58	0,76	0,74		0,76
6. Tanulással összefüggő tényezők	0,52	0,62	0,65	0,70	0,69	

Az egyes területeken elért összpontszámok az elvárásoknak megfelelően szoros együtt járást ($r = 0,50 - 0,72$) adtak az életkorral. Az egyes életkori csoportokhoz tartozó skálaátlagok a fejlődést követve, monoton növekvő tendenciát mutattak.

A nemek összevetésekor valamennyi terület esetében a lányok átlagai mindkét életkori csoportban (óvodás és bölcsődés) enyhén magasabbak voltak, mint a fiúké.

Az anya iskolai végzettségével a *kognitív készségek* és a *kommunikáció* területek adták a legerősebb korrelációkat ($r > 0,18$). A szülők által, illetve a kitöltést végző szakemberek által jelzett problémákra (pl. SNI, BTMI, autizmus, nyelvfejlődési zavar) a skálák érzékenyek voltak, és a problémás csoport eredményei szignifikánsan gyengébbek lettek, összevetve azoknak a gyermekeknek a csoportjával, ahol nem jeleztek problémát.

A fenti eredményeket összefoglalva úgy gondoljuk, hogy a *Gyermekfejlődési kérdőív* jó pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, és alkalmas arra, hogy a gyermekek fejlődési sajátosságait és készségeit megbízhatóan feltárja.

A Gyermekfejlődési kérdőív felvétele, pontozása és értékelése

A kérdőív pontozása a különböző területek kérdéseire adott válaszok értékének összeadásával történik. Minél magasabb pontszámot ér el a gyermek, annál fejlettebb készségekkel rendelkezik. Az alacsony pontszámok a problémákat jelzik.

A tételeket a legtöbb terület esetében nehézségi sorrendbe állítottuk, és megvizsgáltuk, hogy a speciális életkori beléptetésekkel és a megállási szabályokkal a tesztkitöltés és a pontozás mennyire segíthető. Ezek a megfontolások – melyeket számos mérőeszköznél már sikerrel alkalmaztak – jelentősen csökkenthetik a tesztfelvétel és a pontozás idejét. Az életkori beléptetés azt a célt szolgálja, hogy a gyermeket a készségeinek megfelelő tételekkel jellemezzük (3. ábra). Például egy 3 éves gyermek esetében a fiatalabbaknak szánt kérdések (pl. *Felül!*; *Egy*

tárggyal manipulál; Halandszászik, beszédhangokat utánoz) nem adekvátak. Így ezek lekérdezése nem fontos, hiszen az értékelést végző szakembernek ezekről a korai fejlődési jellemzőkről nagy valószínűséggel nincs is pontos információja.

Az életkori beléptetés azonban csak a normál fejlődéssel jellemezhető gyermekek esetében hasznos, mivel a megkésett fejlődésű gyermekek esetében előfordulhat, hogy az életkoruknak megfelelő alapkészségekkel még nem rendelkeznek. Ha az értékelő tudja, hogy egy gyermek fejlődése megkésett, akkor érdemes egy korábbi beléptetési pontot alkalmazni, vagyis az egész kérdőívet az elejétől fogva értékelni. A *beléptetési szabály* alkalmazásakor fontos meggyőződni arról, hogy a gyermek rendelkezik-e az életkorának megfelelő alapkészségekkel, melyeket a beléptetés első kérdései ragadnak meg. Ha a gyermeknél felmerül, hogy az életkorának megfelelő készségek hiányosak, akkor szükség lehet arra, hogy az életkori beléptetés előtt található tételek is értékelésre kerüljenek, hiszen lehet, hogy a lemaradás olyan mértékű, hogy az itt szereplő készségek is sérülnek.

Általános pontozási szabályként állítottuk fel, hogy ha a gyermek az életkori beléptetést követő 4 tételre maximális értéket (2) kap, akkor úgy tekintjük, hogy az egyszerűbb készségek (a beléptetést megelőző kérdések) birtokában van, és ezeket a pontszámokat automatikusan megkapja. A 3. ábrán egy ilyen helyzetet látunk. A beléptetést követő 4 kérdésre a gyermek maximális pontot kapott, így az ezt megelőző tételeket automatikusan maximális pontszámmal fogadjuk el, vagyis az 1-es, 2-es és 3-as tételekre adható maximális pontszámot automatikusan hozzáadjuk az eredményhez. Ha azonban a beléptetést követő 4 tételre a gyermek nem kapta meg a maximális pontszámot (alapszint), abban az esetben nem jelenthető ki teljes biztonsággal, hogy rendelkezik a beléptetési kor előtti szereplő készségekkel, így a tételekre adható maximális pontszámot nem írhatjuk jóvá, hanem ezen jellemzők értékelésére van szükség.

3. ábra. Az életkori beléptetés elvének szemléltetése a finommozgás esetében

Finommozgás			
	Soha	Néha	Gyakran
0-1 év → 1. Tárgyat egyik kezéből a másikba átvész.	0	1	2
2. Egy tárggyal manipulál.	0	1	2
3. Apró tárgyat hüvelyk- és mutatóujjal felcsippent.	0	1	2
2-4 év → 4. Két tárggyal manipulál.	0	1	2
5. Zsírkrétát marokra fogva firkál.	0	1	2
6. Hüvelyk- és mutatóujját használva apró dolgokat is felemel a földről.	0	1	2
7. Kupakot le- és felcsavar.	0	1	2
8. Firkálgat.	0	×	2
9. A csészét fülénél fogva felemeli.	0	1	×
10. Vékony lapú könyvet, újságot lapoz.	0	1	×
11. Nagy méretű gyöngyöt fűz.	0	×	2
12. A ceruzát ujjbegyével ragadja meg.	0	1	×

A 4. ábrán egy olyan helyzetet szemléltetünk, amelynél látható, hogy a gyermek értékelésekor az alapszint nem teljesült, vagyis nem kapott 4 maximális pontot a beléptetést követő 4 kérdésre, így az ezt megelőző tételekre nem adható meg automatikusan a maximális pontszám (6), hanem a korábbi tételeket is értékelni kell. Ezt az utólagos értékelést halvány vonalakkal jeleztük. Az empirikus mintán végzett elemzéseink megerősítik, hogy ennek a szabálynak az alkalmazása nem befolyásolja számottevően az összpontszámokat, de jelentős idő takarítható meg vele.

4. ábra. Az életkori beléptetés elvének szemléltetése a finommozgás esetében

Finommozgás				
	Soha	Néha	Gyakran	
0–1 év	1. Tárgyat egyik kezéből a másikba átvesz.	0	1	2
	2. Egy tárggyal manipulál.	0	1	2
	3. Apró tárgyat hüvelyk- és mutatóujjal felcsippent.	0	1	2
2–4 év	4. Két tárggyal manipulál.	0	1	2
	5. Zsírkrétát marokra fogva firkál.	0	1	2
	6. Hüvelyk- és mutatóujját használva apró dolgokat is felemel a földről.	0	1	2
	7. Kupakot le- és felcsavar.	0	1	2
	8. Firkálgat.	0	1	2
	9. A csészét fülénél fogva felemeli.	0	1	2
	10. Vékony lapú könyvet, újságot lapoz.	0	1	2
	11. Nagy méretű gyöngyöt fűz.	0	1	2
	12. A ceruzát ujjbegyével ragadja meg.	0	1	2

Az alapszint mellett (a beléptetést követő 4 maximális pontszámú tétel) bevezettünk egy plafon-szintet megragadó megállási szabályt is, ami 4 egymást követő 0 pontos értékelésnél alkalmazható. Ilyen esetekben a tételek nehézségi sorrendjét figyelembe véve elmondható, hogy kicsi a valószínűsége, hogy a gyermek 4 nulla pontos értékelést követően további pontot szerezzen a magasabb készségeket megjelenítő kérdések esetében. Az 5. ábrán láthatjuk, hogy a gyermek a beléptetési pont után 5 maximális értékelést kapott, majd ezek után 3 tételen 1-est és 2-est, azt követően pedig 4 nullás értékelést szerzett, ami a megállási szabálynak eleget tett, így az értékelés nem folytatódik. Empirikusan ennek a szabálynak az alkalmazhatóságát is sikerült igazolni, vagyis a szabály alkalmazása számottevően nem befolyásolta a szerzett pontszámokat, ellenben jelentős idő takarítható meg a használatával.

5. ábra. A megállási szabály elvének szemléltetése a kifejező beszéd esetében

Kifejező beszéd		Soha	Néha	Gyakran
	1. Gagygog, hangokat összekapcsol.	0	1	2
	2. Hangpárbeszédbe bevonható.	0	1	2
	3. Akaratát vagy szükségleteit hangadással, mutogatással ki tudja fejezni.	0	1	2
0-1 év	4. Halandzsázik, beszédhangokat utánoz.	0	1	2
	5. Egyre több szót vagy szótöredéket, hangsort következetes jelentéssel használ.	0	1	2
	6. Öt-tíz szót vagy szókezdeményt, hangutánzó szavakat használ.	0	1	2
	7. Tiltakozásra használja a „nem” szót.	0	1	2
2-4 év	8. Beszédében megjelennek a kétszavas közlések toldalékok nélkül.	0	1	X
	9. Gyakran kérdez; elkezdődött a „mi ez?” korszak.	0	1	2
	10. Három-, négyzavas mondatokat is használ.	0	1	X
	11. Szavakat használ élményeinek kifejezésére.	0	1	2
	12. Összetett mondatokat is használ.	0	1	X
	13. A beszéde tiszta, kifejező, mások által jól érthető.	0	X	2
	14. Gyakran kérdez; elkezdődött a „miért?” korszak.	0	1	X
	15. Nyelvtanilag helyesen fogalmaz, múlt időt is használ.	0	1	2
	16. Aktív szókincse folyamatosan bővül, választékosan fejezi ki magát.	X	X	2
	17. Rövid történeteket mesél.	0	1	2
	18. Múlt és jövő időt, határozószókat, névutókat helyesen használ.	X	1	2

A meglévő adataink alapján az alapszint-meghatározás és a megállási szabály az esetek 70%-ában alkalmazható. Sok esetben azonban az alkalmazás feltételei nem teljesülnek, ezért a teljes kérdéssor értékelésére van szükség.

A tesztfelkészítés során igyekeztünk olyan kérdéseket összeállítani, amelyekről a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok előzetes vizsgálat nélkül is könnyen nyilatkozni tudnak, vagyis a kérdőív kitöltése a gyermeket jól ismerő szakember számára nem jelent pluszfeladatot, kiegészítő felméréseket vagy további megfigyeléseket.

Természetesen akadhatnak olyan jellemzők, amelyekben a szakember nem biztos, így ezeket érdemes az értékelés előtt megfigyelni. Úgy gondoljuk, hogy az elkészített kérdőív tételei néhány kitöltés után már megfelelő szempontrendszert adhatnak a szakemberek számára ahhoz, hogy milyen jellegzetességre figyeljenek oda, ami a későbbi értékelés során hasznos lesz.

Ebben a korai fejlődési szakaszban a gyermekek akár néhány napon belül is újabb és újabb készségek elsajátítására képesek, ezért az értékelés során fontos, hogy a más gyermekek által elért pontszámok összehasonlítása mellett (normák mentén történő értékelés) a gyermek saját eredményeinek összehasonlítása is megtörténjen, vagyis a kérdőív akár néhány hónap múlva ismételtén kitölthető, így a korábbi eredmények összevetésével a gyermek fejlődési sajátosságai és üteme jól láthatóvá válnak.

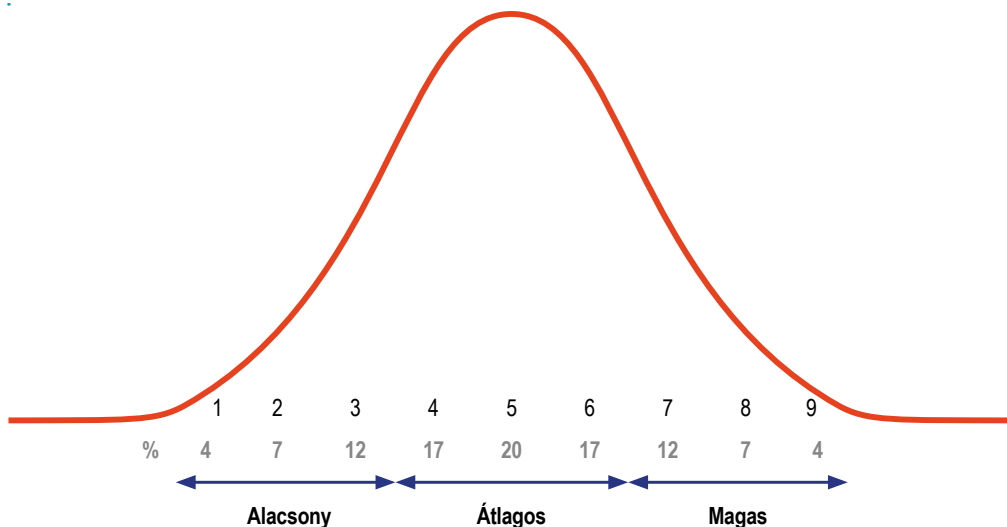
A *Gyermekfejlődési kérdőív* kiértékelésének megkönnyítésére olyan Excel-kiértékelőt készítettünk, amely a válaszok beírását követően automatikusan kiszámolja a skálák összpont-

számát, és egy összegző profilt készít a kapott eredményekből a normák felhasználásával. A profil elkészítése során a gyermek készségeit 1-től 9-ig terjedő skálán ábrázoljuk. A standard pontszámokat jelző 9 fokozatú skála segítségével a gyermek készségeit a vele azonos korú standard minta (hazai norma) fényében szemléltetjük. Így könnyen azonosítható, hogy az adott gyermeknek milyen erősségei és gyengeségei vannak, miben igényel fejlesztést, támogatást.

Az értékelés alapját az egyes skálákon elért teljesítmény normális eloszlása (haranggörbe) adja, amit a 6. ábra szemléltet. Az átlagos övezetbe esik a gyermekek többsége, amit a 4, 5 és 6 standard pontok fejeznek ki. A 7, 8 és 9 standard pontot elérő gyermekek teljesítményét magasnak, míg az 1, 2 és 3 standard ponttal jellemezhető gyermekek teljesítményét alacsonynak tekinthetjük. A normális eloszlást alapul véve százalékos formában is megjeleníthető, hogy a standardizálásba bevont minta hány százaléka tartozik az egyes standard pontokhoz. A 9-es standard érték olyan magas, hogy a standardizálásba bevont mintából mindössze csak 4% adott ilyen magas teljesítményt. A 8-as standard érték szintén magas teljesítmények tekinthető, de a fenténél valamivel alacsonyabb. Ezt a kategóriát a standardizálásba bevont minta 7%-a alkotja; 8 vagy annál magasabb teljesítményt a standardizálásba bevont minta 11%-a (7+4%) ért el.

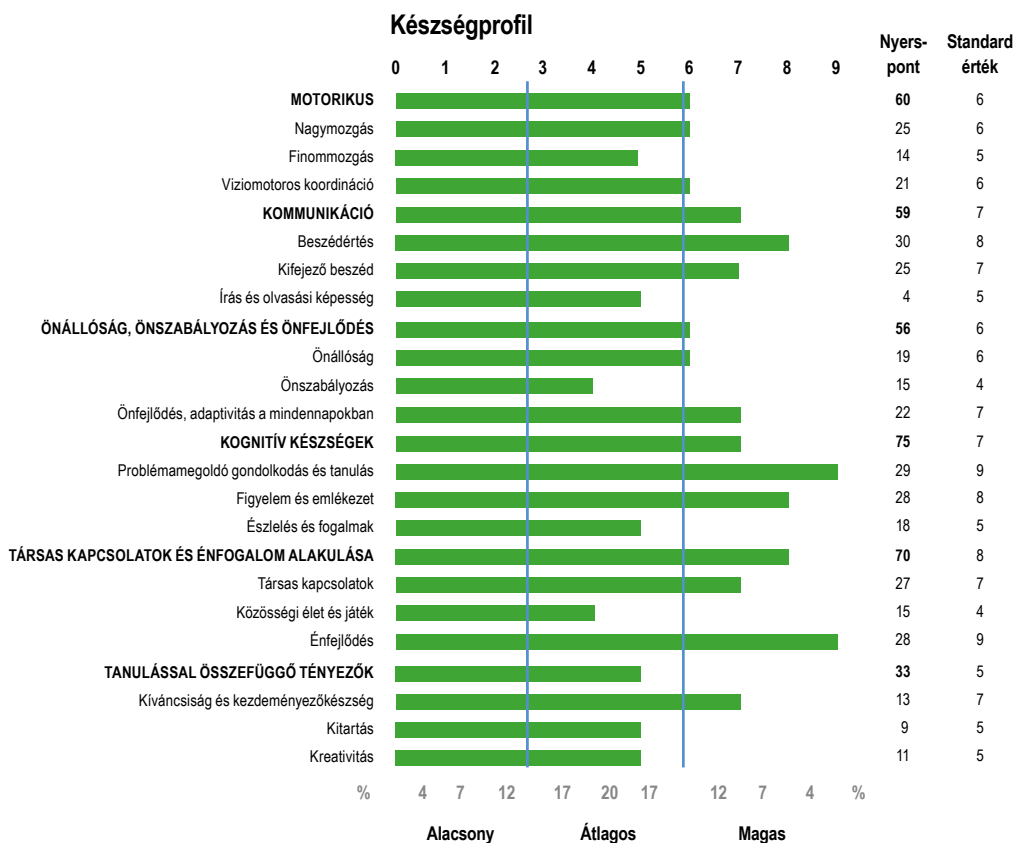
A fentiekhez hasonlóan, az átlagos övezetbe (4–6 standard pont) tartozik a standardizálásba bevont minta 47%-a (17+20+17). A 3 standard ponttal jellemezhető gyermek teljesítményét alacsonynak tekinthetjük, a standardizálásba bevont minta 21%-a (4+7+11) ért el ilyen alacsony teljesítményt.

6. ábra. Az értékelés alapját jelentő haranggörbe a 9 kategóriával és az alacsony, átlagos és magas pontszámövezetekkel



Az értékelési normákat 7 (bölcsődés) és 10 (óvodás) életkori övezet figyelembevételével alkalmazzuk. Ez azért fontos, mivel a gyermekek fejlődési mutatói ebben a korai életszakaszban igen képlékenyek, így akár 6 hónap alatt is jelentősen változhatnak a készségeik. Ennek megfelelően tehát egy 2 éves és 2 hónapos gyermek eredményeit a standardizálásba bevont 2 és 2,5 évesek teljesítményéhez hasonlítjuk. A 7. ábra egy óvodás gyermek készségprofilját szemlélteti.

7. ábra. Egy készségprofil szemléltetése



AZ ISKOLÁBA LÉPÉST MEGELŐZŐ KOMPLEX VIZSGÁLAT PROTOKOLLJA

SZVATKÓ A. – GÖBEL O. – LAPIS A. – ÓDORNÉ MÁTYÁSSY Á. – RÓZSA S. (2021): *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja*. 2., javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft., 5–34. p.

A tankötelezettség megkezdésének feltétele, hogy a gyermek értelmi, lelki, szociális és testi fejlettségének állapota elérje az iskolába lépéshez szükséges szintet²⁵² – ebben az életkor hatása csak az egyik tényező.

Bevezetés

Az iskolába lépési vizsgálat megközelítőleg ötven éve az egyik leggyakoribb vizsgálati forma a hazai gyermek-pszichodiagnosztikai célú vizsgálatok között. Ezért meglepő, hogy a gyógypedagógiai és a pszichológiai szakirodalom milyen kevésbé foglalkozik ezzel a vizsgálati helyzettel és a használt eljárásokkal, valamint a komplex helyzethez fűződő elégedetlenséggel, kritikával vagy akár bármely jobbitó szándékkal.

A 2000-es évek elején szociológiai oldalról (ILLÉS–KENDE 2007) érkeztek súlyos ítéletekkel záruló gondolatsorok, majd a neveléstudomány egyes képviselői (APRÓ 2013) nyilvánítottak véleményét, melyek számtalan fontos megállapítást tartalmaztak ugyan, de az alapállásuk szakmailag avatatlan volt. Ezt látva az az elképzelésünk támadhat, mintha maga a gyógypedagógia és a pszichológiai szakma is fanyalogna egy olyan vizsgálati eljárás méltatásától, amely az 1970-es években készült, és az alkalmazásáról az a téves elképzelés terjedt el, hogy osztályozásra és kategóriákba sorolásra való. A nevelési tanácsadásban dolgozó szakemberek minden módon küzdöttek e tévhit eloszlátása érdekében. Tevékenységük a vizsgált gyermek *egyéni sajátosságaira építő optimális megoldás megtalálására* törekedett, és igyekezett független maradni az éppen aktuális külső nyomástól – ami lehetett oktatáspolitikai szempontú vagy az aktuális helyi érdekeknek megfelelő – , ám ez soha nem volt könnyű, és ma sem az.

A korábban iskolaérettségi vizsgálatnak nevezett eljárás²⁵³ már a vizsgált gyermekek létszámának okán is nagyobb érdeklődésre tarthatna számot. A *Köznevelési Statisztikai Évkönyv 2015/2016* (HAGYMÁSY–KÖNYVESI 2017) kimutatása szerint közel 16 ezer, a 2018/2019 évi ki-

²⁵² 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 21. §. Lásd még Az emberi erőforrások minisztere 34/2019. (XII. 30.) EMMI rendelete a közneveléssel összefüggésben egyes miniszteri rendeletek módosításáról és hatályon kívül helyezéséről; valamint A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet módosítása, 3. §.

²⁵³ A vizsgálat neve mára eltűnt a jogszabályokból; elvégzése nem a nevelési tanácsadás feladata, hanem a szakértői bizottságoké. Ilyenformán egyikévé vált a szakértői bizottság különböző vizsgálatfajtáinak. Jelen eljárásrendben a járási pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai által végzett iskolába lépést megelőző komplex vizsgálatként hivatkozunk rá. A mellé rendelt hatósági eljárásrend kizárólag a felmentési engedélyezést említi, ami önmagában távol esik a nehézségekkel küzdő hatéves gyermekek iskola előtti vizsgálati szükségletétől.

mutatás (EMMI 2020²⁵⁴) szerint pedig még mindig több mint 10 ezer kisgyermeket részesítettek ebben a vizsgálatban 2016, illetve 2019 tavaszán, s ez jelentősnek tekinthető akkor is, ha az elmúlt években a vizsgáltak száma lényegesen csökkent.

1. táblázat. Az évenként elvégzett iskolaérettségi / iskolába lépést megelőző vizsgálatokról, amelyeket a nevelési tanácsadóknban, később a pedagógiai szakszolgálatokban végeztek el

Tanév	Az iskolaérettségi / iskolába lépést megelőző vizsgálatok száma
2011/2012	20 569
2012/2013	21 017
2013/2014	22 869
2014/2015	17 676
2015/2016	15 615
2017/2018	11 636
2018/2019	10 524
2019/2020	16 480 Oktatási Hivatalba beadott felmentési kérelem (EDULINE/MTI 2021), melynek 96%-a az elfogadott

A csökkenés oka az elmúlt években sokrétű volt: egyes jogszabályértelmezési anomáliák éppen úgy megfigyelhetők voltak, mint a vizsgálati protokoll változásának elbizonytalanító befolyása, illetve a 2020-ban váratlanul megváltozott jogszabályi környezet,²⁵⁵ mely egyértelműen szigorította a tankötelezettség megkezdésének halasztására vonatkozó kérelmek elbírálását.

2014–2019 között egyértelműen látható az iskolába lépési vizsgálatok fogyása, melynek okai között szerepet játszhatnak az ország egyes területein a nevelési tanácsadás szakfeladatán belüli sikeres tevékenységek is, mégpedig a fejlődési elakadások óvodáskorban történő azonosításával és ellátásba vonásával összefüggésben. Ezekben az esetekben az optimális terápiás megközelítés vagy a célzott fejlesztés révén az iskolába lépés idejére már megszületik a megoldás a kisgyermek problémáira. Azonban az évek során az is előfordulhatott, hogy a szülők kívánságára, akik gyermeküket óvni igyekeztek a „démonizált” iskolai nehézségektől, az óvodapedagógusok könnyebben hajlottak a felmentési javaslat kiadására. Ilyen esetekben úgy vélhette minden szereplő, hogy nem szükséges a nevelési tanácsadásbeli vizsgálat, elég lesz majd a spontán érés. [...]

1. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokolljának főbb problémapontjai

Maga az *iskolába lépést megelőző vizsgálat jelentős fordulóponton közelíti meg a családokat*: az iskolába lépés minden családban egyfajta szembesítés azzal, hogy a hatodik életév körüli kisgyermek hogyan fejlődött eddig, képes volt-e a környezete – a családja és az óvodája – olyan „munícióval” ellátni, amely lehetővé teszi, hogy a társadalom gyermekre szabott elvárásrendszerébe, az iskolába beilleszkedjen, és ott megfelelő teljesítményeket érjen el. Az iskolába lé-

²⁵⁴ Készült az Emberi Erőforrások Minisztériuma Köznevelésért Felelős Államtitkárságán; az összeállítója ismeretlen.

²⁵⁵ Az Nkt. 45. § (2) bekezdése módosult, az Nkt. 45. § (4) bekezdése és a 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet 11. § (1) bek. c) pontja pedig hatályon kívül került.

pést megelőző vizsgálat kérdésfeltevése nem az, hogy mennyire okos a kisgyermek, hanem az, hogy hogyan tud majd alkalmazkodni az iskolai helyzetekhez, a tanítóhoz, a társaihoz és saját feladataihoz. Egyes gyermekeknél ez nem egyértelmű: mást gondol róla az óvodapedagógus, a szülő és az orvos; illetve mindenki egyetért abban, hogy nehézségekre lehet számítani az iskolai karrier kezdetén, és szükség van a támogatás formájának meghatározására. Ilyenkor kerül sor az iskolaérettségi vizsgálatra.

Ha az iskolába lépés ideje vitatottá válik, és ezt előzmény nélkül éli meg a család – mondván, hogy a gyermekkel soha nem volt baj az óvodában –, az komoly terhet jelent, és nehezen kezelhető ellenállást ébreszthet. Sokszor találkozhatunk olyan szülőkkel, akik nem kapnak segítséget gyermekük állapotának, fejlődési lehetőségeinek reális megítéléséhez, s mintegy bizonyítandó saját álláspontjuk egyedüli helyességét (a háttérben kompenzálással, elfojtással, rejtett elutasítással) saját gyermekük fejlődésének gátjává válnak.

A megoldás egyik része a *folyamatdiagnosztikai, prevenció*s elvek következetesebb alkalmazásától, továbbá a *szülőkkel való munka elmélyítésétől* és az óvodai fejlődéskövető szűrővizsgálatok minőségi elvégzésétől várható. Ezek megvalósulásához azonban jól működő mentálhigiénés apparátusra és a különböző tárcák közötti együttműködésre van szükség. Be kell látni, hogy a családok támogatása során a valós siker kulcsa a szülőkkel folytatott munka – még az időkorlátok határolta lehetőségek mellett is. Az iskolai érettséget vizsgáló eljárásnak is ebbe az irányvonalba kell illeszkednie.

A megoldás másik része az *óvoda–iskola átmenet* sokszor hangoztatott, de ritkán megvalósuló reformja, amely szemléletformáláson alapul, és az alsós tanítók meggyőződése tükröződik benne: szeptemberben óvodás gyermekek érkeznek az iskolába, és iskolássá akkor válnak, ha a tanítók meg tudják mutatni nekik, hogy a tanulás a legélvezetesebb játék.

A határhelyzet mindkét oldaláról van tehát mit támogatni ebben a folyamatban. A határon őrt állók dolga pedig a kisgyermek vizsgálatán kívül a két szomszédos, ugyanakkor a határ által mégiscsak egymástól elválasztott terület között a gyermek érdekében történő, összehangolt kapcsolatépítés.

Ehhez a kapcsolatépítési folyamathoz kívánunk támpontokat adni az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokolljának kialakításával. Valljuk, hogy *az iskolaérettség megítélése csak akkor lehet megfelelő, ha az óvodai időszakban a gyermekek fejlődésének követése és a problémás fejlődésmentet szűrése megfelelő szakmaisággal, az óvoda falai között folyamatosan, igényes módszertannal zajlik* (erről részletesebben lásd SZVATKÓ et al. 2018).

Határozott elképzelésünk alakult ki arról is, hogy az iskolába lépést megelőző vizsgálatnak nem pusztán egy teszt felvételéből kell állnia: ehhez egy minden részletében átgondolt, *országosan egységes elvek alapján felépített eljárásrend alkalmazásával kialakított rendszer* szükséges, amely a gyermekek életének fontos pillanatában képes arra, hogy a korai fejlődés eredményeit regisztrálja. Ebben a rendszerben különböző tárcákhoz és gyakran különböző intézményekhez tartozó szakemberek (védőnő, házi gyermekorvos, óvodapedagógus, logopédus, szociális munkás, pszichológus, gyógypedagógus) egyeztetik ismereteiket a gyermek adigi fejlődéséről, miközben a *szülők tájékoztatása, illetve véleményük ismerete, a gyermekkel kapcsolatos tapasztalataik, vágyaik, félelmeik megjelenése* szintén teret kap. Nyilvánvaló, hogy egy ilyen komplex kép kialakítása nem az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat napjának délelőttjén, kizárólag a vizsgálati eredmények alapján valósul meg, hanem egy *szisztematikus, többéves folyamat egyik állomásaként, összefoglalásaként* jöhet létre.

Munkánk kiemelt része, hogy igyekeztünk *megismerni az iskolaérettségi vizsgálatokat végzők sokszor több évtizedes szakmai tapasztalatait*, és ezek felhasználásával fogalmaztuk meg javaslatainkat. Jelen munkánk hátterét egy általunk végzett kérdőíves kutatás képezte, amely-

nek eredményeit a 4. fejezetben röviden összefoglaljuk. Természetesen területileg eltérő megközelítésekkel találkozunk, de amint majd látni fogjuk, ezek jó néhány ponton mégis megerősítik egymást, és megfelelő stabilitást nyújtanak a vizsgálatok optimális lebonyolításához.

Erősen támogatjuk azt az elképzelést, hogy az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat során *nemcsak azt a kérdést kell eldönteni, hogy a kisgyermek menjen-e ösztől iskolába, vagy sem, hanem azt is véleményezni kell, hogy iskolakezdőként milyen segítséget igényel majd a szüleitől és a pedagógusától, vagy akár a nevelési tanácsadástól és a logopédiai szolgáltatástól.* Nehézségeinek megoldása nem feltétlenül az óvodai nevelés folytatásával oldható meg, hiszen az iskolakezdés gyakran nem halasztható. Éppen ilyen fontos az is, hogy az óvodában tovább nevelődő kisgyermek a spontán érés lehetősége mellett kapjon meg minden olyan támogatást, amely az érést előmozdítja. Lényeges tehát, hogy a vizsgálat eredményeképpen a szülők megbízható információt kapjanak a gyermekükkel kapcsolatos tennivalókról, akár óvodában marad, akár iskolába megy.

Munkánk másik része az *iskolába lépéskor használható teszteljárás ismételt kialakítására tett javaslat*, tekintettel arra, hogy az 1970-es évek elején összeállított, akkor korszerű iskolaérettségi vizsgálati tesztcsomag – bár szemléletében változatlanul alkalmas az érintett gyermekcsoport vizsgálatára – tartalmában mára elavult. Az elmúlt években több kísérlet is történt az eljárás modernizálására, azonban ezek különböző okok miatt nem válhattak országosan elfogadottá és elterjedté. Sajnálatos módon hiányoztak az alapos előkészületek, és nem volt kellően mélyreható a megelőző tájékozódás – ezek pedig egy széleskörűen használt vizsgálat átalakítása esetében elengedhetetlenek.

Kérjük a szakembereket, hogy a javaslatainkat fogadják értőn, és kívánjuk, hogy a bennük foglaltakat eredményesen tudják használni.

2. Az iskolaérettségi vizsgálatok története és gyakorlata hazánkban

Az iskolaérettségi vizsgálatok bevezetése Szabó Pál²⁵⁶ nevéhez fűződik, de meg kell említenünk, hogy 1958-ban Szegeden azzal a céllal már végeztek iskolaérettségi vizsgálatot, hogy azt is minél pontosabban meg lehessen határozni, mit kell tenni az „iskolaéretlenség minimumra csökkentése érdekében” (BÁCSKAI J.-NÉ–GERÉB 1959).

Szabó Pál már az első tanulmányaiban is hangsúlyozta, hogy az *iskolaérettség viszonyfogalom*: a gyermek testi, értelmi, érzelmi és szociális érettségén kívül attól is függ, hogy a gyermeknek milyen *iskolai követelményrendszerbe* kell beilleszkednie. 1971-től Budapesten, majd fokozatosan vidéken is bevezették a komplex iskolaérettségi vizsgálatokat, továbbfejlesztve ezzel a beiskolázás előtti orvosi vizsgálatok kötelezettségét (VARGÁNE TEGHZE–GERBER–ÖRY–SZABÓ 1979), amely 1964 óta volt érvényben.

1973-ban Avarné Császár Ildikó és Vereczkey Györgyné több csoport szakember munkájának felhasználásával összeállították azt az iskolaérettséget vizsgáló feladatsort, amely hosszú éveken át az iskolába lépés előtt álló gyermekek egyik legismertebb vizsgálati eljárásává vált. Az eljárás ismertetőjében a szerzők hangsúlyozzák, hogy *a nevelési tanácsadóban végzett pszichológiai vizsgálatok kiegészítő jellegűek, és csak azokban az esetekben szükséges a használ-*

²⁵⁶ Dr. Szabó Pál Tivadar (1924–1999) pedagógus, gyógypedagógus, pedagógiai szakpszichológus. Elsősorban iskolaérettségi vizsgálati és a velük kapcsolatos tudományos közleményei alapján kapott meghívást az Országos Közegészségügyi Intézet Iskola-egészségügyi Osztályára. Minisztériumi és fővárosi támogatással intézeti munkatársaival együtt – három éven át tartó kísérleti munkával – dolgozta ki a komplex iskolaérettségi vizsgálat modelljét.

latuk, amikor az óvoda saját hatáskörében nem tudja meghozni a gyermek beiskolázásával kapcsolatos döntését – vagy azért, mert a véleménye eltér a szülőkétől, vagy a gyermek állapotát tartja problematikusnak, további szakvizsgálatot igénylőnek. A nevelési tanácsadó szakemberei által végzett iskolaérettségi vizsgálatot minden esetben meg kell előznie az orvosi szűrővizsgálatnak és az óvónők folyamatos megfigyeléseinek tapasztalatára épülő véleményezésnek (AVARNÉ CSÁSZÁR–VERECZKEY GY.-NÉ 1973).

Miközben az akkori Művelődésügyi Minisztérium a tankötelezettség megítélését országosan kötelezővé tette az iskolába lépő gyermekek körében, a vizsgálati eljárás használói kötéltáncot jártak a vizsgálati eredmények értelmezésének évenként változó körülményei miatt. A pszichológia hazai történetének sajátosságait figyelembe véve azokban az években egyértelműen üdvözlendő volt az alkalmazott pszichológia ilyen határozott és tétellel bíró felhasználása széles társadalmi körökben. Másrésről a vizsgálók szinte az első perctől kezdve személyükben váltak érintetté, hiszen a döntéseikben óhatatlanul is tükröződött saját viszonyulásuk a gyermekséghez, az iskolákhoz és az esélybiztosításhoz. Emellett bonyolult és a rendszerváltozás után még kevésbé átlátható, gyakran változó érdekviszonyok között kellett megvetniük a lábukat egyfajta gyermekcentrikus attitűd talaján. Ez azt jelentette, hogy egyes gyermekeket a korai teljesítményelvárásoktól, másokat a közömbös tanügyi érdekektől, ismét másokat saját szülei túlzott aggodalmaskodásától kellett/kell megóvni, és segíteni a helyi viszonyok között a számukra leginkább megfelelő megoldás kialakítását. Ez az a pont, ahol megérthetjük, hogy miért használták hosszú időn keresztül a „klasszikus” iskolaérettségi vizsgálatot: ez az az eljárás – a maga komplexitásával és rugalmas kereteivel –, amely leginkább lehetőséget tud adni a helyi ismeretek felhasználásához. A vizsgáló látja a gyermek pedagógiai-pszichológiai szempontú fejlettségét, előtörténetét, a család erőforrásait, a gyermek óvodai megítélését (sok esetben személyesen ismeri a pedagógiai véleményt író óvodapedagógust), és járatos a helyi iskolai elvárások, támogatások sajátosságaiban, személyi feltételeiben.

A vizsgálati eljárás mélyen begyökerezett a nevelési tanácsadós munkába, és a legtöbb felhasználó ma is úgy tudja, hogy nem készült hozzá standard, ezért jeleznünk kell, hogy az iskolaérettségi vizsgálati protokoll részévé vált az 1970-ben Budapesten indult longitudinális vizsgálatnak, amelyben 4000 gyermek fejlődését követték nyomon a KSH Népelességtudományi Kutató Intézetének vezetésével. Ezek a gyermekek 1976-ra érték el tanköteles korukat, amikor a pedagógiai-pszichológiai szempontú érettségük mellett testi fejlődésüket, szociális és demográfiai viszonyaikat is elemezték. Ezekből az eredményekből nemcsak az bontakozik ki, hogy azokban az években milyen sajátosságokkal volt leírható az iskolába lépő gyermekek értelmi fejlettsége, figyelme, feladattudata és viselkedése, hanem az is, hogy mindez milyen befolyásoló tényezőkkel hozható kapcsolatba (VARGÁNÉ TEGHZE–GERBER–ŐRY–SZABÓ 1979).

Az évenkénti mérés²⁵⁷ és az iskolaérettségi vizsgálat eredményei alapján a kutatókban már akkor is az a kép erősödött meg, hogy az *iskolaérettséget akadályozó tényezők leginkább az érzelmi-akaratí téren keresendők*, és a mentális fejlettség mutatóinak kisebb a jelentőségük.

1989-ben újabb útmutató jelent meg a nevelési tanácsadó iskolaérettségi vizsgálatához (CSÁSZÁR 1989), amely az 1985–86-os évi jogszabályváltozások által meghatározott rugalmas iskolakezdés szellemében a módszertan pontosítását és az értékelés változtatását tűzte ki céljává. Ettől az időtől kezdődően az iskolaérettségi vizsgálatnak alkalmassá kellett válnia arra, hogy lényegesen szélesebb életkori spektrumhoz tartozó gyermekek számára adhasson felelős szakvéleményt. Az útmutató lényegében követte az addigi eklektikusan összeállított feladat-

²⁵⁷ Nevelési környezetükre, életmódjukra és egészségi állapotukra vonatkozó felmérést évente egyszer végeztek el minden vizsgálatba vont gyermeknél, akik 1969. október 15. és 1970. október 15. között Budapesten születtek, és benne voltak a reprezentatív módszerrel kiválasztott 25%-os mintában.

sort, de az aktuális helyzetnek megfelelően leírta a vizsgálat eljárásrendjét, az egyes elemek származási helyét is, és számtalan megfigyelési szempontot adott a döntési folyamat felelős alakításához.

2.1. Milyen vizsgálati igényeket kell kielégítenie az iskolába lépés előtti vizsgálatnak?

Bár a 2000-es évek elején sok éles kritika fogalmazódott meg a 2010-es évekig szinte kizárólagosan használt iskolaérettségi vizsgálattal szemben, a majdnem ötvenéves magyarországi tapasztalat szerint az úgynevezett „klasszikus iskolaérettségi vizsgálat” (AVARNÉ CSÁSZÁR–VE-RECZKEY GY.-NÉ 1973) felvétele során olyan vizsgálati anyaghoz juthattunk, amely alkalmas volt arra, hogy az *iskolaérettség/éretlenség dilemmájában a javaslatot tevőnek értékes kiinduló pontot* jelentsen. Felépítése olyan jellegű, hogy *mechanikus alkalmazása szinte kizárt. Egyéni profil rajzolódik ki*, amely tartalmazza az iskolai bevaláshoz nélkülözhetetlen *kognitív képességelemeket* éppen úgy, mint a szintén nélkülözhetetlen *emocionális, viselkedéses, motivációs faktorokat* is. Tekintve, hogy az iskolaérettségi vizsgálatot a *folymatdiagnosztika iránti igény* jegyében egyre differenciáltabban készítik elő, ebben a profilban nemcsak az jelenik meg, hogy a gyermek mennyit járt óvodába, hanem az a tapasztalat is, hogy a fejlesztésre miként reagál, mely területeken mutat spontán éressel is komoly fejlődést, és hol vannak nehezen megközelíthető lemaradásai. Az igényes és komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat sajátja, és az iskolaérettségi vizsgálat is ennek körébe tartozik, hogy célkitűzésként mindig a *gyermek legjobb érdekének szem előtt tartásával legyen képes megjeleníteni, nem besorol, nem elkülönít, hanem kijelöli az optimális fejlesztés, a hátránykompenzáció módját*, és segíti a családokat abban, hogy lakókörnyezetükben ezek lehetőségeihez hozzájussanak, és újabb nyomon követő vizsgálaton vehessenek részt.

2.2. Milyen fejlettségi színvonal jellemző az iskoláskor küszöbén?

Az iskolaérettség fogalma alatt tehát egyfajta érzelmi, viselkedéses és kognitív érettséget, alkalmaságot kell érteni. Iskolába lépéskor azt szükséges vizsgálni, hogy a gyermek képes lesz-e megfelelni bizonyos *alkalmazkodási követelményeknek*, tud-e majd az iskolában meghatározott szabályok szerint viselkedni, képes lesz-e elválasztani egymástól a játékot és a feladatot, tud-e majd nyugodtan ülni, kivárni és együttműködni a tanítóval.

Az iskolaérettségi szintet a gyermekek harmonikus személyiségfejlődés útján 6–7 éves életkorban *biológiai és pszichológiai tényezők együttes* hatására érik el. Ennek egyik legszembevetőbb jele a testi változás: a végtagok megnyúlnak; megváltozik a testalkat, elveszíti „pocakos” jellegét; elkezdődik a fogváltás. Az idegrendszer érését jelzi, ha a gyermek kifejezi tudásvágyát, például érdeklődik a betűk, számok iránt, és várakozással tekint az iskolára.

A zavartalan iskolai beilleszkedéshez kellő önállóság szükséges, ami az öltözködésben, tisztálkodásban, étkezésben éppúgy megnyilvánul, mint a tanulással kapcsolatos feladatok elvégzésében. Hasonlóképpen minden iskolai szituáció megkívánja az adott helyzet megértését, az együttműködésre való képességet, illetve a szabályokhoz való alkalmazkodást.

Ebben a korban az idegrendszer kiegyensúlyozottá válik, a gyermek megtanul uralkodni mozgásvágyán, finomabb mozgáskoordináció jellemzi, ami képessé teszi őt az írástanuláshoz szükséges finommozgás kivitelezésére. A koordinált írmozgásnak összehangolt szemmozgással kell párosulnia, hiszen csak ebben az esetben várható el, hogy az adott minták, betűk lekötését írásában megfelelően teljesítse. Az iskolába lépés idejére kialakul az egyik kéz do-

minanciája – szerencsére ma már csak elvétve találkozunk bal kézről jobb kezesre átszoktatott gyermekkel, hiszen az öröklött balkezesség semmiféle hátránnyal nem jár a gyermek számára.

Jó, ha az első osztályos gyermek megfelelő hangképzéssel, továbbá tartalmi szempontból is értelmesen, árnyaltan tudja kifejezni a gondolatait, és a beszéde megfelel a magyar nyelv grammatikai szabályainak. A beszédértése legyen ép, és legyen képes a hallott beszéd megfelelő tempójú feldolgozására. A beszédhiba, a hiányos fogalmi rendszer olvasástanulással kapcsolatos problémát okozhat, illetve akadályozza a jó iskolai előmenetelt.

Fontos, hogy a gyermek még óvodáskorban ismerje meg a saját testét, a testrészei nevét, és jól tájékozódjon a két testfél viszonylatában (melyik a jobb keze, melyik a bal füle, stb.). Szintén fontos, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzen a saját környezetére vonatkozóan, tudjon tájékozódni az idői fogalmak tekintetében (a hét napjai, napszakok, évszakok), továbbá értse és használja a helyre/irányra vonatkozó kifejezéseket (fölé, mögötte, előtte, közötté stb.).

A szándékos, tartós figyelem a tanulás alapfeltétele. A gyermeknek ekkorra képesnek kell lennie 10-15 perces koncentrációra, hiszen a könnyen terelődő figyelem nehezíti, sőt akár meg is akadályozza az ismeretszerzést. Figyelmi problémákkal küzdő kisgyermekeknél másodlagosan gyakran magatartási, beilleszkedési problémák is megjelennek.

Az iskolai munkában szükséges az érett feladattudat, a kitartás. A gyermek tudjon egyszerű cselekedeteket végrehajtani, a feladatait nem hagyhatja félbe és nem odázhhatja el, erőfeszítést kell vállalnia a teljesítmény eléréseért. Ha a kezdet sikertelen, csak jó kudarctűrő képesség esetén képes feladatát újrakezdeni, így tudja saját hibáit korrigálni.

A fentebb felsoroltak nem nyújtanak teljes képet. Az iskolai környezetben számos rész-képesség összehangolt működésén múlik, hogy a gyermek képes lesz-e megfelelni az elvárt követelményeknek: megfelelően működik-e az emlékezete, milyen a vizuális (képi) észlelése, fejlett-e a problémamegoldó gondolkodása, stb.

2.3. Hogyan zajlik az iskolába lépést megelőző vizsgálat általában?

Az iskolába lépést megelőző vizsgálatokat Magyarországon hagyományosan gyógypedagógus és pszichológus – szükség esetén – logopédus szakképzettségű szakemberek végzik. Vannak ugyan olyan területei az országnak, ahol szakemberhiány miatt erre nincsen mód, de a komplex vizsgálatra való törekvés általános, ami helyeselhető. A komplex vizsgálat nemcsak az egymástól eltérő fejlődési területek feltérképezését jelenti, hanem az ezek vizsgálatát lehetővé tevő eltérő szakmai kompetenciák aktív – tehát nem konzultációs jellegű – jelenlétét is.

A vizsgálatot a szülők, illetve a gyermekvédelmi hatóság²⁵⁸ kezdeményezheti, és igen fontos, hogy a gyermekkel foglalkozó óvodapedagógusok a véleményükkel alátámaszthatják a szülői kezdeményezést. A szakértői vizsgálatok általános protokolljának megfelelően az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat is a szülő jelenlétében történik.

A vizsgálatot megelőzően a szakemberek a szülőkkel való személyes tájékozódó beszélgetés során próbálnak képet kapni a szülők beiskolázással kapcsolatos elképzeléseiről és gyermekük fejlődésének sajátosságairól. A vizsgálat első felében *csoportos helyzetben* ismerkednek a gyermekkel, „melegítik be” őt. A vizsgálat folyamán arra törekszenek, hogy a gyermek feloldódjon, annak érdekében, hogy a teljesítményéről reális képet kaphassanak. Az *egyéni vizsgálatot* követően, az eredmények ismeretében a szakemberek javaslatot tesznek a gyermek beiskolázására vonatkozóan, amit megbeszélnek a szülővel. Véleményük kialakításakor figyelembe kell venniük a szülőktől és az óvónőktől érkezett információkat is. A gyermek fejlettségének ismere-

²⁵⁸ A 2011. évi CXCV. nemzeti köznevelési törvény 45. § (2) bekezdése szerint.

tében a szülők igény esetén tanácsot kaphatnak a további fejlesztési lehetőségek szükségességéről, valamint az olvasástanítási programokkal kapcsolatban is.

A korábban iskolaérettségi vizsgálatnak nevezett eljárás lehetséges kimeneti formái között a KSH vonatkozó adatai alapján az elmúlt 10–20 évben *viszonylagos stabilitás*²⁵⁹ figyelhető meg. A vizsgálatra utalt gyermekek nagyobbik felének az iskolai oktatás megkezdését javasolják a szakemberek, és csak kisebbik részének az óvodában maradását. Ennek ellenére szembevetendő, hogy az iskolába járás alól nem vizsgálati helyzetben felmentett gyermekek száma az 1998–2000 közötti évektől kezdődően lendületesen növekszik (VÁGÓ 2005). Erre csak részben magyarázat az iskolakezdés akkori rugalmasabb törvényi szabályozása. A beiskolázás halasztásának igénye szülői oldalról főképpen azzal magyarázható, hogy felértékelődött az iskolai sikeresség jelentősége, és a nem kellően érett gyermeket féltik a túlzott iskolai elvárásoktól. Azokban az esetekben, ahol a gyermekek még hétévesen is számtalan éretlenségi tünetet produkálnak, mindenképpen szükséges a pedagógiai szakszolgálat vizsgálata, melynek része a beiskolázási javaslat és a szükséges fejlesztések előírása is.

Ha a vizsgálat alapján a gyermek érettsége szociális és pszichés szempontból is megfelel az iskolába lépéshez szükséges szintnek, beiskolázást nyer. Egyenetlen fejlettségi szint esetén – a köznevelési törvényben meghatározott kritériumok alapján – még egy év óvodai fejlesztést ajánlanak, illetve a beiskolázásnál javasolják, hogy vegyék figyelembe a gyermek *eltérő fejlődési tempóját*, idegrendszerének aktuális fejlettségi szintjét. A javaslatok differenciáltságát az a körülmény is meghatározza, hogy *a területi iskolákban milyen típusú fogadókészség* áll rendelkezésre, melyik iskolában milyen kapacitású a fejlesztőpedagógiai ellátás, és milyen hatékonyságú pedagógiai eszközrendszer áll a felzárkóztatás szolgálatában.

A még egy évig óvodában maradó gyermekek egy részénél, akiknél ezt szükségesnek ítélik, javaslatot tesznek a fejlesztés módjára vonatkozóan. Az iskolába lépést megelőző vizsgálatokat követően a nevelési tanácsadás keretében leggyakrabban kis csoportos foglalkozásokat szerveznek számukra, ahol különböző területeken próbálják segíteni megfelelő iskolai beilleszkedésüket (például grafomotoros fejlesztő csoport, „szorongó” csoport, pszichodramatikus fejlesztő csoport).

Esetenként további vizsgálatokra van szükség: az iskolába lépés fontos kritériuma, hogy az érzékszervek megfelelően működjenek, ezért szükség esetén részletes látás- és hallásvizsgálatot, fül-orr-gégészeti kivizsgálást kezdeményeznek a szakemberek. Logopédiai osztályba irányításhoz teljes körű gyógypedagógiai-pszichológiai-logopédiai kivizsgálást kell elvégezni, s csak ezt követően kerülhet a gyermek az FPSZ Beszédvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézményébe, ahol beszédfogyatékosága miatt szakvéleményt kaphat a logopédiai osztályba kerüléshez.

2.4. Az iskolaérettségi vizsgálat nem szűrés

Az alábbiakban a pedagógiai szakszolgálatok iskolába lépést megelőző komplex vizsgálatainak helyét próbáljuk meg körülírni a gyermek-mentálhigiénés rendszerben.

A megértéshez az alábbi, *1. ábrát* idézzük (SZVATKÓ et al. 2018), amit az óvodáskori fejlődéskísérő szűrések értelmezéséhez használtunk.

²⁵⁹ Ez alól kivétel a 2014/15-ös tanévi köznevelési statisztika már említett értéke, ahol az arány megfordulni látszik: a vizsgált gyermekek 38%-ának javasolták az iskolába lépést, 55%-ának pedig az óvodáztatás folytatását.

1. ábra. Az átlagtól eltérő fejlődés azonosítása és diagnosztizálása



Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálati tevékenységet a 2. szintre állíthatnánk („Speciális fejlődési szűrőeljárások alkalmazása sérülékenységet mutató gyermekek körében”), azzal a megszorítással, hogy itt nem az az elsődleges szempont, hogy bizonyos speciális „rizikógyermekek” azonosítása történjen meg, hanem az, hogy állapotának megismerése útján bármely rizikóval és/vagy rezilienciával rendelkező gyermek számára meg lehessen találni az optimális iskolakezdés idejét és a fejlesztés módját.

A fejlődési szűrőeljárások (például a Módosított kisgyermekkori autizmus kérdőív – M-CHAT) alkalmazásával azokat a fejlődési területeket kell elérni, amelyeken a vizsgált gyermek az átlagos fejlődési normáktól eltér. Ezzel szemben az iskolába lépést megelőző vizsgálatnak a gyermekek adaptivitását, a már elért fejlődési szintet kell jól meghatározni. A konkrét megfigyeléseken, objektív adatokon túlmenően az eredményeket itt is a gyermek komplex személyiségével, fejlődésével, körülményeivel, aktuális helyzetével kell összevetni. Az elemzést követően döntést kell hozni arról, hogy a gyermek számára milyen iskolakezdési stratégia a legmegfelelőbb, és van-e olyan mértékben zavaró vagy veszélyeztető nehézsége, ami miatt további vizsgálatok lebonyolítására van szükség.

Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat eredményeinek értelmezése, bár a hétköznapi életben kevesen vannak ennek tudatában, *függ az iskolai elvárások értelmezésétől és az azoknak való megfelelés igényétől*, ezek pedig családonként is nagy változatosságot mutatnak. A 2000-es évek már említett szociológiai indíttatású kritikái szerint az akkori nevelési tanácsadók által használt tesztek nem a képességstruktúra alapján differenciáltak, hanem csak *az átlagos és az attól elmaradó gyermekek között voltak képesek különbséget tenni*. A Ferencvárosi Nevelési Tanácsadóban végzett kutatás (DORNER–KÖVÉR–SZÉKÁCS 1995) arról tudósított már 1995-ben, hogy a kilencvenes évek átalakulóban lévő iskolarendszere és a társadalmi rétegzettség sajátos átrendeződése alapvetően módosította az iskolaérettségi vizsgálat értelmezését. Eszerint a tanácsadó szakembere a vizsgálati eredmények alapján *nem elvi döntést hoz a gyermek iskolaérettségének szintjéről*, hanem a gyermek számára az adott helyzetben optimális megoldást ajánl a szülőknek, ismerve a gyermek életkorát, szociális helyzetét, a küldő óvodát és a befogadó iskolát. A lényeg tehát nem az elvi különbségtétel, hanem *az egyedi igények*

és *lehetőségek figyelembevétele* és a fejlesztés módjának lehető legrealisabb meghatározása. Mindez összecseng az iskolakészültséget kutató nemzetközi szakirodalomban lényegesen később megjelenő gondolatokkal.

Pia Rebello Britto egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat során alapkérdéseket tett fel az iskolakészültséggel kapcsolatban: vajon rendelkezik-e minden kisgyermek olyan szociális és kognitív készségekkel és kompetenciákkal, amelyek szükségesek az iskolai beváláshoz? Vajon az iskolák képesek-e optimális tanulási környezetet teremteni a saját kisdíákjaik részére? Vajon a család és a szűkebb/tágabb környezet képes-e támogatni a kisgyermekeket a zökkenőmentes iskolába lépésben? (BRITTO 2012) Tehát nemcsak a hatéves gyermek áll a vizsgálokadás középpontjában, hanem egy lényegesen tágabb, társadalmilag meghatározott kör, és nemcsak az iskolába lépés időpontja, hanem a megszületéstől eltelt idő történései és a belátható jövő is.

2006-ban hazai terepen vizsgálódva (SZVATKÓ–ARATÓ–KIS 2006) az az összefüggés is nyilvánvalóvá vált, hogy a hátrányos helyzetű gyermekek esetében *pusztán az iskola megkezdésének halasztása nem elegendő a sikeres iskolai karrierhez*. Szükség van arra, hogy a valamilyen szempontból sérülékenynek mutakozó gyermekeket már korábban, középső csoportos körökben szűrjék, és a szűrést követően az óvodával, a szülőkkel közösen, egységes szemlélettel kövessék, fejlesszék a szakemberek. Ilyen körülmények között, valós rugalmasságot biztosítva a gyermekek egyedi igényeinek, bizonyíthatóan eredményesebb az iskolakezdés időszaka. Ez a kutatás is bizonyítja, hogy az iskolaérettségi vizsgálat nem egy egyszeri szűrés és azonnali döntés helyzetében működik, hanem egy *korai szűrést követő folyamat fontos állomása iskolakötelek korban*.

Kevéssé ideális helyzetben, amikor valamilyen ok miatt a kisgyermek nem került be az óvodai fejlődéskövetés rendszerébe, az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat elvégzése az *elsődleges és a másodlagos megelőzés* közti mezsgyén fekszik – egyes gyermekeknél a tünetek korai felismerése és gyors kezelésbevétele okán a másodlagos prevenció eszköze lehet, míg másoknál a fejlődés nyomon követésének tartozéka, és mint ilyen, az elsődleges prevencióhoz tartozik.

3. Európai iskolarendszerek az iskolaérettség perspektívájából

Az európai uniós országok többségében 6 éves korban kezdődik a tankötelezettség, és 16 éves korig tart. Vannak azonban olyan országok, ahol korábbra teszik az iskolakezdést, például Luxemburgban vagy Írországban 4 évesen már iskolások a gyermekek, Hollandiában és az Egyesült Királyságban 5 évesen, míg Görögországban 5 és fél évesen.

Ellenpólusként megemlíthetjük az északi országokat, ahol a gyermekek 7 évesen kezdik az iskolai tanulmányaikat. 12 európai országban a tankötelezettség csak életkorhoz kötött (Franciaország, Olaszország, Norvégia, Bulgária, Írország, Litvánia, Málta, Hollandia, Portugália, Egyesült Királyság, Spanyolország, Görögország), további 8 országban a szülő kérésére még egy évet maradhat a gyermek az iskola előtti nevelési-oktatási rendszerben (Lettország, Lengyelország, Románia, Szlovákia, Szlovénia, Finnország, Svédország, Törökország). 11 országban az *életkor mellett az érettség is fontos iskolakezdéshez szükséges tényező* (Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Észtország, Ciprus, Magyarország, Ausztria, Izland, Lichtenstein, Észtország).²⁶⁰

²⁶⁰ Lásd az EURYDICE által készített táblázatokat az európai országokban érvényes tankötelezettségről. <https://op.europa.eu/hu/publication-detail/-/publication/f33629d4-2e3f-454f-b561-c327462142d7/language-hu> (Letöltve: 2021. 12. 03.)

„Az intézményes nevelésben való részvétel mielőbbi megkezdését támogatók elsősorban a hátránykompenzáció, valamint a korrekciós nevelés szempontjából az óvodáztatás kötelezővé tételével [...], a tankötelezettségi korhatár leszállításával vagy az úgynevezett iskola-előkészítő vagy nulladik évfolyamok bevezetésével [...] kívánják előmozdítani azt. A beiskolázási korhatár emelését szorgalmazók pedig leginkább a gyermekek iskolai ártalmaktól való megóvását, a teljesítményorientált iskolai oktatás okozta kudarcok elkerülését kívánják elérni” (GOLYÁN 2013, 119).

Magyarországon változatlanul sokat várunk attól, hogy a 2015/16-os tanévtől az óvoda teljes ideje az általános tankötelezettség részévé vált, ami egyedülálló az Unión belül. Ennek eredményeiről még sajnos nem lehet megbízható képünk a Covid-19 miatti gyakori óvodazárások, karanténok miatt.

A hazai gyakorlatnak megfelelő iskolaérettségi vizsgálat csak nagyon korlátozottan működik Európában (az európai országok többségében nem), inkább a közös történelmi gyökerek miatt a közép-európai régió országaiban ismerhetünk fel hasonlóságokat.

Az alábbiakban a nemzetközi gyakorlatot vetjük össze a hazai megoldási stratégiákkal.

Korai beiskolázás Egyesült Királyság, Írország	Rugalmas iskolakezdés Magyarország, Románia, Csehország
<p>Az <i>Egyesült Királyságban</i> kizárólag az életkor (5 év) szabályozza az iskolába lépést.</p> <p>Az iskolaérettség problematikáját (és evvel együtt az iskolára való készütség szintjének megállapítását) több európai országban avval küszöbölik ki, hogy kellően alacsony életkorra teszik a tankötelezettséget – mint például <i>Észak-Írországban</i>, ahol már 4 évesen iskolába kell járniuk a gyermekeknek, vagy az <i>Egyesült Királyságban</i>, ahol 5 éves kor az iskolába lépési idő).</p> <p>Így hosszabb átmenetet biztosítanak a (magyar értelemben használt) óvoda és az iskola között, ezzel is teret adva az iskola által elvárt nyelvi-kommunikációs, grafomotoros és viselkedési szint elérésére. A tanárok értékeli a diákokat, de ez az értékelés nem akadályozza meg haladásukat az általános iskola alapozó szakaszában.</p>	<p><i>Magyarországon</i> 1986 óta (amikor is bevezették a rugalmas beiskolázás²⁶¹ lehetőségét) egyre inkább a „későbbi” kezdés vált követendővé; Vágó Irén szavaival élve „a felfelé terjeszkedő óvodáztatás jelensége alakult ki” (VÁGÓ 2005). Az iskolákban mind több 7 vagy 8 éves gyermek jelent meg, egyre heterogénebbé téve az első osztályosok csoportjait. Egy, a 2000-es évek elején végzett, 600 óvodásra kiterjedő fővárosi vizsgálatból tudjuk, hogy a 2002/2003. évben a tanköteles korú gyermekek 25%-át különböző okok miatt nem iskolázták be.</p> <p>„...a rugalmas beiskolázás egy merev, a gyerekek életkori, egyéni és kulturális sajátosságaihoz alkalmazkodni képtelen iskolarendszere adott válasz. A rugalmas beiskolázás, illetve az iskolaérettségre épülő iskolakezdés mögött elsősorban az iskola szempontjai érvényesülnek. Ha az iskola nem tud alkalmazkodni a gyerekek eltérő sajátosságaihoz, akkor várjuk ki, amíg a gyerek képes lesz az alkalmazkodásra” (ILLÉS–KENDÉ 2007, 19.)</p> <p><i>Csehországban</i> is akár két évet maradhat a gyermek az óvodában, ha a fejlődése ezt igényli, de legkésőbb 8 éves korában meg kell kezdenie általános iskolai tanulmányait.</p> <p>A statisztikai adatok szerint a késleltetett iskolakezdés Magyarországon és <i>Romániában</i> a leggyakoribb (ezekben az országokban a gyermekek 75,8–77,7%-a megy egy évvel később iskolába, mint a hivatalos iskolakezdési életkor), de más országokban sem ritka ez a gyakorlat – például <i>Észtországban</i>, <i>Németországban</i>, <i>Ausztriában</i>.</p>

²⁶¹ „Rugalmas” iskolakezdés: 1985. évi I. törvény az oktatásról; 6/1986. (VI. 26.) MM rendelet a tankötelezettségről.

Fókuszban Svédország Guideline-ok a pedagógusok segítésére	A magyar sokszínűség
<p>A skandináv országok közül Svédországban, a 2010-es revideált preschool curriculum²⁶² lefekteti, hogy az iskola előtti időszakban (1–5 éves kor között) a gondoskodás és az oktatás kéz a kézben jár. Ez a dokumentum pontos irányelveket dolgozott ki a gyermekek nevelésére a pedagógusok számára, az egyéni és az óvodai kollektíva, a pedagógusteam szintjén is).</p> <p>A gyermekeket és családjukat egy úgynevezett habilitációs központban vizsgálják meg, és ha szükség van rá (a speciális igényű tanulóknál), akkor az ország öt regionális intézményében folytatják a diagnosztikus vizsgálatokat.</p>	<p>Magyarországon a rendszerváltás előtt egységes rendszer szerint működtek az intézmények, és a főbb irányelvek mellé gyakorlati alkalmazásokat is rendeltek; ezek voltak az úgynevezett kék füzetek, amelyek mintafoglalkozásokat írtak le minden nevelési, oktatási területről.²⁶³</p> <p>A rendszerváltás után a módszertani szabadság sok addigi kötöttséget feloldott, így minden intézmény kidolgozhatta saját nevelési és oktatási programját az Óvodai nevelés országos alapprogramjának keretei között. „Kivirágoztak” a módszertani bázisok, számtalan lehetőséget kínálva továbbképzés formájában a pedagógusoknak. Ám ebben a módszertani sokszínűségben nehezen található meg egy adott gyermek igényeit lefedő fejlesztési módszerek.</p> <p>Nagyon hiányoznak a gyermek folyamatos követéséhez szükséges, a tünetek és a segítségadás mértékének, formájának meghatározásához használható guideline-ok, módszertani ajánlások, szakirodalmi jegyzékek és szakszolgálati elérhetőségek: mit, mikor ajánljunk a szülőknek, a gyerekeknek; mikor kell és melyik szakemberhez fordulni.</p>

Iskola-előkészítő osztályok Uniók kitekintés	Iskola-előkészítő foglalkozások Magyarország
<p><i>Svédországban</i> az iskola-előkészítő osztályok szép átmenetet biztosítanak minden kisdíák számára. A svéd gyermekek többsége (95%) igénybe veszi ezt a nem kötelező iskolai osztályformát).</p> <p>Az általános iskola 7 évesen kezdődik, de vannak, akik 6, indokolt esetben 8 évesen is kezdenek az iskolát (SKOLVERKET 2018).</p> <p>Az értelmileg sérült (tanulásukban akadályozott), valamint a súlyosan, illetve halmozottan sérült (látás-, hallás- és mozgássérült) gyermekeket szegregált iskolában tanítják (EUROPEAN AGENCY FOR SPECIAL NEEDS AND INCLUSIVE EDUCATION 2021).</p>	<p><i>Magyarországon</i> az iskolák és az óvodák egyaránt tartanak iskola-előkészítő foglalkozásokat, s ezek önköltséges áron hozzáférhetők a szülők számára (Például Pille OviSuli, Habakukk, Pod-It).</p>

²⁶² Läraoplan för förskolan Lpfö 98. Reviderad 2010 – óvodai nevelési program, óvodai nevelési és oktatási terv. <https://www.sagokistan.se/Lpfo98%20rev%202011%20upplaga%202.pdf> (Letöltve: 2021. 12. 05.)

²⁶³ Az „Útmutató óvónők számára” c. sorozat köteteit az Országos Pedagógiai Intézet adta ki 1970 és 1983 között.

Iskola-előkészítő osztályok Uniós kitekintés	Iskola-előkészítő foglalkozások Magyarország
<p>Az északi államokban (<i>Norvégia, Dánia, Finnország</i>) a korai felismerés és a diagnózis segíti a korai fejlesztést, ami mindenki számára térítésmentesen elérhető. Az iskola előtti rendszer keretein belül külön iskola-előkészítő rendszert működtetnek, főként az óvoda–iskola átmenet megsegítésére az 5–7 éves kor közötti korosztály számára. Az iskolai rendszer szinte mindenkit befogad, és a rendszeren belül vizsgálja meg, hogy kinek milyen speciális szüksége van (a korábbi diagnózisok alapján). A sajátos igények feltérképezése után a legfontosabb (állami) feladat, hogy milyen (speciális) képzettségű segítő kerüljön külön a gyermek mellé, aki az osztályon belül segít neki (EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE 2015).</p>	<p>Magyarországon az integráló osztályokba kerülve kaphatnak a gyermekek pedagógiai asszisztensi segítséget. A pedagógiai asszisztensek képzettsége (kötelező érettségi) azonban nem ad speciális szakismereteket a „sajátos nézőpontot” kívánó gyermekek számára (az óvodában azok a dajkák, akiknek van érettségijük, könnyen átminősíthetők pedagógiai asszisztenssé).</p>
<p><i>Németországban</i> az 1997-es nevelési koncepció értelmében – a gyermek aktuális fejlettségi szintjétől függetlenül – minden tanköteles korú gyermeket beiskoláznak, mert el akarják kerülni, hogy a korai szelekció diszkriminációt szüljön. Erre a helyzetre az inkluzív nevelés, valamint szükség esetén az óvodaiskolák, illetve az előkészítő osztályok adnak választ.</p> <p>Németországban tanköteles korba lépnek azok a gyermekek, akik az adott év június 30-áig betöltik a 6. életévüket. A július 1. és december 31. közötti időszakban 6 évesse válnak a szülők kérésére iskolába mehetnek; ők a „Kann-Kinder”-ek, akiket bizottság vizsgál meg, hogy valóban iskolaérettek-e (SZENT-GÁLY 2015).</p> <p>A diagnosztikus munkát csak a szociálpédiatriai intézetek és a kora gyermekkori intervenciók központok végezhetik el, ahol multidiszciplináris teamek gondolják át az esetet egy kontaktszemély segítségével. A kontaktszemély összefogja a vizsgálatig összegyűlt összes adatot, információt és vizsgálati eredményt (SOHNS et al. 2010).</p> <p><i>Romániában</i> a nulladik osztály bevezetésével valósult meg a felzárkóztató nevelés.</p> <p><i>Szlovákiában</i> a 245/2008. számú oktatási törvény előírja, hogy azok a 6. életévüket betöltöttek, akik iskolaérettek, kezdjék el tanulmányaikat az általános iskolában. Az iskolaérettségi vizsgálatot az óvoda utolsó évében kérhetik a szülők vagy az óvoda, vagy a gyermekorvos, de akár az iskola is (STRÉDL 2014). Az iskolaéretlen gyermekeknek lehetőségük van nulladik osztályba kerülni, ami alapvetően a fejlesztésre, a felzárkóztatásra épül.</p>	<p><i>Nemzeti köznevelési törvény, 2015. szeptember:</i></p> <p>Minden kisgyermek számára kötelező az óvodai nevelés, melynek fő céljai a felzárkóztatás, a hiánykompenzálás és a korai tehetséggondozás. Az óvodák kijelölés és a lehetőségek alapján vállalják a diagnózissal rendelkező sajátos nevelési igényű gyermekek fejlesztését, nevelését.</p>

4. A pedagógiai szakszolgálatokban és az óvodapszichológiai hálózatban közreműködő szakemberek iskolaérettségi vizsgálatokkal kapcsolatos tapasztalatai

Névtelenül, online kitölthető kérdőívvel kérdeztük a járási pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadós szakembereit saját szűrővizsgálati gyakorlatukról és az erre épülő iskolaérettségi vizsgálati eljárásról. A kérdőíveket 2017 decembere és 2018 februárja között tölthették ki ország-szerte minden általunk ismert és a KIR-ben elérhető járási pedagógiai szakszolgálatban²⁶⁴ úgy, hogy előtte tájékoztattuk szándékunkról a fenntartó Klebelsberg Központot és a megyei főigazgatókat, valamint a tagintézményi igazgatókat. 152 választ kaptunk az országosan 241 feladatellátási hellyel rendelkező hálózat tagjaitól. *Mintánk kellően heterogén* volt: minden magyarországi régióból érkeztek a válaszok, bár megyénként volt némi eltérés a válaszadás intenzitásában.

Szintén névtelenül, online kitölthető kérdőívvel kerestük fel az óvodapszichológusokat is, hogy az ő szemszögükből is kaphassunk információkat az iskolába lépést megelőző óvodai gyakorlatról. Rendkívül körülményesen találtuk meg őket, mert tájékozódásunk a központi adatbázis nem segítette. Főképpen az egymást ismerő szakemberek és az Országos Iskolapszichológiai Módszertani Bázis levelezőrendszere támogatta keresésünket, míg végül a feltételezhetően közel 200 Magyarországon praktizáló óvodapszichológus közül 51-en válaszoltak a feltett kérdésekre. A válaszolók egy-egy harmada fővárosi, városi, valamint megyeszékhelyen dolgozó pszichológus volt. Falvakból, illetve nagyközségekből csak elvétve kaptunk választ, mert ezeken a kistélepüléseken csak hírből ismerik az óvodapszichológusokat, valós alakjukban csak ritkán „fordulnak meg” náluk.

A két kérdőívre kapott *válaszok elemzését háttér tanulmányban (ECKHARDT et al. 2018)*²⁶⁵ összegeztük, amelyből most néhány, a protokoll szempontjából fontos összefüggést emelünk ki.

4.1. A vizsgálatok szervezési kérdései

A pedagógiai szakszolgálatok többségében tömbösítve végzik az iskolaérettségi vizsgálatokat az egyéb tevékenységek részleges vagy teljes felfüggesztése, átalakítása mellett, ami komoly erőpróba elé állítja a szervezőket. Az adatgyűjtés, a csoportos és egyéni vizsgálatra fordított idő, a teammunka, továbbá a szülőkkel folytatott megbeszélések összességében gyermekenként 2-3-4, esetenként még ennél is több órát vettek igénybe.

A vizsgálatokat végzők végzettségét tekintve feltűnik a pszichológusok kisebb aránya, annak ellenére, hogy a pszichológiai tényezők roppant fontos szerepet töltenek be az iskolai bevételekben. Ennek okát az alacsony szakember-ellátottságban látjuk, és megváltoztatását szorgalmazzuk.

A teammunka szerepét illetően a válaszadók körében kiemelkedő jelentőséggel bír az együttműködés többféle szakértelmet integráló szerepe. Kiemelték, hogy a team időt és teret biztosít a különböző szakmák képviselőinek konzultációjára, melynek következtében összehangolt, sokoldalúan alátámasztott döntés születhet a gyermekek beiskolázására vonatkozóan. A team szerepe az is lehet, hogy alternatívákat jelöljön meg a résztvevők számára, melyek a beiskolázás mellett vagy az ellene szóló érvektől kezdve akár az alternatív iskolatípusok mérlegelését is magában foglalhatják.

²⁶⁴ Címlistánkhoz a forrás a KIR, a köznevelés információs rendszere volt.

²⁶⁵ A háttér tanulmány megírásában részt vevő munkatársak: Eckhardt Dóra, Borovics Brigitta, dr. Szvatkó Anna, dr. Göbel Orsolya, Lapis Andrea, Ódoré Máttyássy Ágens, Somlai Beatrix.

4.2. Szakmai-módszertani kérdések

A pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadóihoz küldött kérdőívek tanulsága szerint az iskolaérettségi vizsgálatokat 2018 elején igen eltérő módszertannal, soha nem standardizált vagy hiányosan standardizált mérőeszközzel végezték. Azóta is sokan használják a Torda Ágnes szerkesztette Educatio-féle vizsgálóeljárást, mellette a saját maguk által fejlesztett vizsgálócsoportot vagy valamely más eljárást, például a klasszikusnak számító Avarné–Vereczkeyné-féle 1972-es tesztet, amit helyi ötletek alapján kiegészítettek különböző forgalomban lévő tesztekkel, továbbá az úgynevezett Kanizsa-tesztkészletet. Mindezekről az eljárásokról tudni kell, hogy új korukban sem voltak standardizálva, nem készítettek hozzájuk eljárásrendet, és gyakorlatilag sohasem frissítették őket központilag, ezért mára már teljesen elavultak, és korszerűtlen képanyaggal, a mai kisgyermekek életétől idegen kérdéssorokkal rendelkeznek. Némelyik teszt-készlet egyes kurrens külföldi tesztek teljes egységeit átvette, mindenfajta szerzőjogi megfontolás nélkül. Az egyetlen frissebb, az Educatio Kht. projektje keretében készült Torda-féle vizsgálat (TORDA et al. 2015) legnagyobb problémája a kevésbé használható standard értékkészlet, valamint a csoportos vizsgálati helyzet mellőzése. Az eljárás átalakítását, módosítását az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. 2015. évi megszüntetése lehetetlenné tette. Ezek a problémák nagyban megkérdőjelezzik a meglévő vizsgálati eljárások megfelelőségét.

4.3. A tesztbattéria átalakításához kapcsolódó kérdések

A szakemberek érzik a jelentőségét annak, hogy egy módszertanilag megújult, korszerű iskolába lépési vizsgálati eljárást használhassanak. Legnagyobb részük azt tartotta fontosnak, hogy az új eljárással meg lehessen különböztetni az éretlenséget és a tanulási problémák szempontjából sérülékeny gyermekeket. Ez a többségi vélemény nem is igényel magyarázatot, és jól illeszkedik abba a szempontsorba, hogy a pedagógiai szakszolgálatok a szakszerűsége törekednek, ugyanakkor – lehetőség szerint – igyekeznek a szakértői bizottsági munkaterhelést is csökkenteni. Valóban nem hatékony, de a gyermekek és a szülők szempontjából is nehezen magyarázható, ha egy februárban²⁶⁶ végzett iskolaérettségi vizsgálatot követően szeptember végén újra vizsgálni kell egy kisgyermeket, lényegében ugyanolyan okok miatt, és ugyanazokon a területeken.

A válaszokban megfogalmazott elvárások között szintén jelentős számú a rövidebb idejű, gyorsabb vizsgálatok iránti igény és a gyermekek életkorához igazodó tesztbattéria követelménye. A használatban lévő eljárások, mint ezt már láthattuk, ebben a vonatkozásban kritikusak. Sok szakmai közösség úgy érezte, hogy a forgalomban lévő eljárások hiányosak, idejüket múltak, ezért azokat egyre több kiegészítő teszttel bővítették, és tették egyre hosszabbá, nehezebben kezelhetővé.

Rendkívül fontosnak tartjuk, hogy az átdolgozáshoz kapcsolódó harmadik legnépszerűbb elképzelés szerint a vizsgálati eljárásnak pontosabb képet kell adnia az iskoláskorba lépő gyermekek szociális és érzelmi fejlettségéről. Ez az igény megelőzte a gyermekek képességstruktúrájának vizsgálatával kapcsolatos kívánalmakat is. Jelen projekt keretében az óvodáskori fejlődést nyomon követő szűrések kapcsán szintén országos hatókörrel felvett szülői kérdőívekben (SZVATKÓ et al. 2018) ez a szempont meglehetősen nagy hangsúllyal jelent meg. A kérdőíves kutatásban megkérdezett szülők lényegesen nagyobb arányban szeretnék az óvodákban fejlesztőpedagógusok, pszichológusok és gyógypedagógusok segítségét igénybe venni annak érdekében, hogy gyermekük fejlődését jobban követhessék és támogathassák. A fejlődés területein belül a társas viselkedéses készségek mélyebb megismerésének a vágya dominált, amelyet szorosán követett az érzelmvilág alaposabb megismerésének az igénye. Ebben a vonatkozás-

²⁶⁶ Az Nkt. 45. § (2) bekezdése szerint az eljárásba bevont szakértői bizottságok számára igen rövid határidő áll rendelkezésre, tekintve, hogy az eljárás ügyintézésének teljes ideje ötven nap lehet.

ban tehát a vizsgáló szakemberek és a hozzájuk forduló szülők elképzelései egy irányba mutatnak, és kritikáját is adják a jelenlegi vizsgálati attitűdnek, amely főleg a képességek fejlődését állítja a vizsgálódások homlokterébe. Ugyanez a tendencia az óvodapszichológusok válaszaiból is pregnánsan kirajzolódik, azzal a különbséggel, hogy az ő körükben első helyen a gyermekek érzelmi életének fejlődésével, esetleges nehézségeivel való munka szerepelt, és ezt követte a társas kapcsolataikkal való törődés igénye.

Az óvodapszichológusok válaszaiból a fentiekén kívül még kiemelnénk, hogy a tényszerűen nagy létszámú kapcsolattartási nyomás szinte ellehetetleníti a valós, mindennapi és érdemi közös munkát (az óvodapszichológusok több mint a feléhez 16-nál több óvodai csoport tartozik az óvodapedagógusokkal és szülőkkel együtt). Az óvodapszichológusnak komoly intellektuális investációt jelenthet a tömeges információk kezelése és a látszatellátás veszélyének elkerülése olyan munkaszervezéssel, amely az óvodák pszichológiai problémái közül csak egyes, ilyen körülmények között etikusan kezelhető részt támogat.

Az iskolába lépési vizsgálat modernizációja tehát a pedagógiai szakszolgálatok szakemberei szerint a következő területeken és a következő módokon elvárt:

1. Gyorsan és a gyermekek életkorához igazodó módon válassza el egymástól az éretlenség és a tanulási problémák szempontjából sérülékeny gyermekeket!
2. Adjon információt a gyermekek szociális és érzelmi fejlettségéről!
3. Mindezeket támassza alá olyan objektív adatokkal, amelyek alapján bejósolható, és jótékonyan befolyásolható a kisgyermekek iskolai nehézsége!

5. Az iskolába lépési vizsgálat eljárásrendje – fontos állomások

5.1. Hogyan fogadja a pedagógiai szakszolgálat az eseteket?

Az iskolára való felkészültség megállapítása 2020-ig a Szakértői vélemény iránti kérelemmel²⁶⁷ indult.²⁶⁸ Az óvoda beküldte a szakszolgálatnak a részletesen kitöltött formanyomtatványt, amely a személyes adatokon túl a vizsgálat kérdésfeltevéséhez kapcsolódó óvodai jellemzést is tartalmazta (optimális esetben az óvodapszichológus és a logopédus kiegészítésével). Ezt a szülő is előzetesen megismerte és jóváhagyólag aláírta; aláírása nélkül nem volt elvégezhető a vizsgálat. Továbbá az óvoda tájékoztatta a szülőt a pedagógiai szakszolgálatban történő vizsgálatokról, illetve azok kimeneteléről, s ezzel egy időben átadta neki a szakszolgálati tájékoztatót a vizsgálati nappal kapcsolatos tudnivalókról.

Ez az eljárás mód 2020 óta lényeges változáson ment keresztül. A felmentési kérést a szülő terjeszti az Oktatási Hivatal elé, mely hatósági eljárás keretében – ha a beadott szakvélemények és egyéb dokumentumok elégséges alapot szolgáltatnak a felmentés indoklásához – megadhatja a beleegyezését, a kérelemnek helyt adhat. Amennyiben szükségesnek találja, a döntési folyamatba szakértőt rendelhet ki – a szakértő ebben az esetben a járási pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága.

Az elmúlt két évben a pedagógiai szakszolgálatok igen eltérő módon és eltérő mennyiségben kaptak ilyen természetű kirendelést, a tapasztalatok még alakulnak, de annyi már érzékelhető, hogy ebben a hatósági eljárásban a szakmai folyamatok tervezésére és szervezésére

²⁶⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.

²⁶⁸ A Szakértői vizsgálat iránti kérelem űrlapban az iskolaérettségi vizsgálat tekintetében változásokat javasolunk.

kevesebb lehetőség és főleg kevesebb idő adódik. A vizsgálandó kisgyermek dokumentációját a vizsgálati időszakban széttagoltan kapják meg, ami miatt igen nehezzé vált a homogén vizsgálati csoportok szervezése. Ettől függetlenül a vizsgálandó kisgyermek és családjuk megfelelő fogadása változatlanul hangsúlyos szakmai elvárás.

A pedagógiai szakszolgálatok gyakorlata szerint (ECKHARDT et al. 2018) célszerű az óvodák részére összeállítani az iskolába lépési vizsgálat szempontsorát, azonban a rendszeres és egységes szerkezetű fejlődéskövető megfigyelések általánossá válásával erre már nem lesz szükség. Jelenleg a vizsgáló szakemberek túlnyomó többsége (88%) főként az *óvodapedagógusok szakmai összefoglalójából* tájékozódik, de már most is sok információt kapnak a házi gyermekorvosok, védőnők tájékoztatóiból, és bár csekély számban, de megjelentek az óvodapszichológusok megfigyelései is.

Miután a kérelem beérkezik, az arra (a szakszolgálat vezetője által) kijelölt személy(ek) összegyűjti(k) a szükséges tudnivalókat a kisgyermekről. Ezt a munkát az erre kijelölt szakemberek és az adminisztrátorok közösen végzik. Mire az iskolába lépési vizsgálat ideje elérkezik, a rendszerben sok adat szerepel a gyermekről. Vannak korábbi szűrési eredményei, esetleg fejlesztési tapasztalatok. A jövőben a *Gyermek-alapellátási útmutató* (ALTORJAI et al. 2014) szerint szerkesztett házi gyermekorvos, háziorvos által kiadott vélemény is csatolandó, ami igen lényeges eleme lesz a vizsgálatnak. Ezen információk begyűjtése szintén a pedagógiai szakszolgálat feladata, hogy a döntés ne egyszeri vizsgálat alapján szülessen meg, hanem egy folyamat eredményeként, az előzmények ismeretében.

A szülők kiértékelése a vizsgálat időpontjáról adminisztrátori feladat.

5.2. Munkaszervezés

Főleg a kisebb szakemberlétszámmal működő intézményeknek jelent összetett feladatot az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat kampányszerű elvégzése és a többi aktuális, futó feladattal való összerendezése. A pedagógiai szakszolgálatok jelzései alapján ennek legáltalánosabb megoldása a többi szakértői tevékenység *átmeneti felfüggesztése*, de a terápiás ellátás *részleges szüneteltetése és a munkarend átalakítása* is számításba jöhet. Vannak olyan szakszolgálatok, ahol a terápiás ellátás *teljes felfüggesztése* mellett végzik el a vizsgálatokat. Nyilvánvaló, hogy e probléma megoldására nem lehet egyértelmű, irányadó javaslatot adni, de az látszik célravezetőnek, ha a vizsgálatokat nem dömpingszerűen, egyvégtében, hanem néhány hétre elosztva igyekeznek elvégezni. Ebben az esetben bármely kényszermegoldás kevesebb kihagyást jelent a „normál” működéshez képest. A vizsgálatot végzők számára is jó, ha van néhány hét a két-három sorozat között, amikor visszatérhetnek saját terápiás és fejlesztő eseteikhez, és elkészíthetik az addigi gyermekek részletes iskolába lépési szakvéleményét.

Infrastruktúra

Váró: legyen kellő mennyiségű ülőhely, fogas és pakolófelület a családoknak, továbbá asztal, odakészített tollakkal, ahol a szülők ki tudják tölteni a kérdőíveket! Játszósarok is legyen a gyermekeknek, ahol csöndes játékra való eszközök találhatóak.

Csoportszoba: megfelelő méretű helyiség, kis asztalok egymással szembe forgatva, körben kis székek. A megfigyelést végző felnőttek számára a körön kívül ülőhelyek biztosítása is szükséges.

Egyéni vizsgálószoba: különleges elrendezést nem igényel, de ne legyen áthallás, átjárás és egyéb zavaró tényező, mert ezek kedvezőtlen hatással vannak a vizsgálat folyamatára.

(Ezeknek a feltételeknek a hiánya miatt sem javasolt külső helyszínen végezni a vizsgálatot!)

Az életkor szempontjából szervezett vizsgálatok

Az iskolára való felkészültség kérdése felmerülhet két egymás utáni tanévben is. Éppen ezért azt a tesztet kell választani, amelyik az adott életkorhoz illeszkedik. A *hatévesek* (5;6–6;5 éves kor közöttiek) és a *hétévesek* (6;6–7;5 éves kor közöttiek) számára két különböző eljárást követő tesztkészlet áll a vizsgálók rendelkezésére. Más szintű kognitív és szociális készségek jelenhetnek meg már egy év távlatában is (spontán érés, fejlesztések), így az egyes vizsgálati anyagok a változáshoz illeszkednek.

Célszerű úgy megszervezni a vizsgálati időpontokat, hogy egy csoportba kerüljenek azok, akik most vesznek részt először ilyen vizsgálaton, és másik csoportba legyenek beosztva azok, akik már másodjára. A következő csoportosítási szempont az, hogy ismerik-e már a szakszolgálatban a gyermeket, van-e anamnézise? Az is alapját adhatja a csoportosításnak, hogy egy óvodából, különösen egy csoportból ne egyszerre érkezzenek a gyermekek, és az is, hogy a legfiatalabbakat a vizsgálat sor végére illesszük. Ajánlott az életkort és a problematikát illetően homogén csoportokat szervezni. Ennek kialakítása is az erre kijelölt szakember és az adminisztrátor feladata. A vizsgálatok szervezésekor át kell gondolni, hogy a részt vevő gyermekek mit tudnak csinálni az elkerülhetetlen várakozás közben, illetve hogy hogyan csökkenthető a várakozás ideje.

Az esetleges tolmácsolást idejében kell megszervezni, mert ebben az időszakban, különösen a ritkábban előforduló nyelveknél, nem könnyű szakembert találni. A szülő által hozott tolmács nyelvi ismereteit ellenőrizni kell.

Halmozottan hátrányos helyzetű gyermek esetében, amennyiben első szakértői vizsgálatról van szó, és azt a szülő kéri, idejében kell intézni az Oktatási Hivataltól az esélyegyenlőségi szakember kirendelését.

A behívás formájáról, időbeliségéről részletes jogszabály rendelkezik, amelyhez a szakértői bizottságok már rutinszerűen alkalmazkodtak.

Amennyiben a gyermeket különböző okok miatt nem tudják elhozni a vizsgálatra, a pedagógiai szakszolgálatok szervezeti és működési szabályzata alapján kell eljárni, és ismételt időpontot kell felajánlani. Ebben a sürgetett időbeosztásban is fontos elv, hogy hőemelkedéssel, hurutos tünetekkel küzdő kisgyermekek vizsgálatát el kell utasítani.

A vizsgálati idő kijelölése

Az iskolába lépési vizsgálatot *kizárólag délelőtt lehet* végezni; kutatásunk szerint a pedagógiai szakszolgálatok 95%-a ezt a gyakorlatot követi. Optimálisnak gondoljuk a 9 órai kezdést, mert ilyenkor a legaktívabbak a gyermekek. Ügyelni kell arra, hogy lehetőség szerint ne tolódjon délutánra az iskolaérettségi vizsgálat, még szervezési nehézségek miatt sem. A vizsgálat várható ideje körülbelül 3 óra, amit a gyermekek jelentős részénél egy viszonylag hosszú várakozási idő is nehezít. Túlterhelésük egy ilyen típusú vizsgálat esetén befolyásolhatja az eredményt, ami elbizonytalanító és káros.

A nap felelőse

Minden vizsgálati napnak legyen felelőse! Ez a szakember már előre tájékozódik a *beutalások tartalmáról*, és el tudja dönteni, melyik kolléga végezze el a vizsgálatot. Például, ha zömében pszichés jellegű jelzések érkeznek a gyermekkel kapcsolatban, pszichológus legyen az *esetgazda*, ha viszont a részképesség-gyengeségek dominálnak, akkor gyógypedagógus. A vizsgálat menete során, ha az előzetes feltételezés megdől, változtatni lehet az esetgazda személyén.

Előnyös, ha az olyan gyerekekről, akit abban a tanévben a pedagógiai szakszolgálat valamely szakembere ellát, *konzultálni tudnak* az esetgazdával.

Minden szakember két gyermek esetét kapja kézhez egy vizsgálati napon belül.

Az aktuális napi felelős az, akivel a vizsgálat közben/végén felmerülő aktuális bizonytalanságok átbeszélhetők, aki mozgósítható minden, aznapi eset kapcsán felmerülő kérdéssel, dilemmával kapcsolatban, és *előzetesen tájékozódott* a csoportba beosztott gyermekekről – és aki emiatt aznap csak egy gyermek vizsgálatát végzi el.

5.3. A vizsgálat lebonyolítása

Egy alkalomra maximálisan 6 gyermek behívását javasoljuk. Érdemes gondoskodni a helyettesítő kollégák megszervezéséről is, amennyiben valaki akadályoztatva lenne a vizsgálat elvégzésében.

A vizsgálati napon minden vizsgáló szakembernek ajánlott legalább fél vagy egy órával a behívás időpontja előtt beérkezni, hogy lehetőség legyen közösen, a team keretén belül átbeszélni az eseteket; így mindenki a megfelelő információk birtokában kezdheti a munkát.

Mindenekelőtt a szülőkkel röviden ismertetni kell a délelőtti vonatkozó tudnivalókat, majd a jogszabályoknak megfelelően nyilatkozatot töltenek ki gyermekük adatainak nyilvántartási engedélyezéséről és a képviseleti jogokról.

Csoportos vizsgálat

Az iskolai készütség vizsgálata csoportos és egyéni vizsgálati szituációban történik. A csoportban való működés fontos támpontokat ad a későbbi iskolai funkcionálás szempontjából. Egyéni szituációban viszont képet kaphatunk a gyermek személyiségéről, attitűdjéről.

A csoportos vizsgálat 40-45 percig tart. Ezt egy vagy két szakember vezeti, miközben az egyéni vizsgálatokat végző gyógypedagógusok és pszichológusok megfigyelőként vannak jelen. A megfigyelői munka intenzív figyelmet igényel, ezért egy időben két gyereknél több követését nem tartjuk kívánatosnak. A pedagógiai szakszolgálatok háromnegyedében a vizsgáló teamek négyenél kevesebb főből állnak (ECKHARDT et al. 2018), s ez esetben csak hatnál kevesebb kisgyermek iskolaérettségi vizsgálatát vállalhatják. Optimálisnak tartjuk a hat gyermek egyidejű, egy csoportban való vizsgálatát négy szakember közreműködésével, akik közül kettő pszichológus, kettő gyógypedagógus. A kutatásban kirajzolódó gyakorlat szerint ez lényegében így is történik.

Tapasztalataink szerint egyes pedagógiai szakszolgálatokban (ECKHARDT et al. 2018) egy vizsgálati napra akár 15 gyermeket is behívhatnak. Ezt nem tudjuk támogatni, mert a túl sok vizsgálat nehezen látható át, a kapott eredmények könnyen összerosódhatnak, ezért ilyen esetekben a napi vizsgálatok számát le kell csökkenteni. A szakemberek oldaláról nézve szintén főleg terhet jelent, és a kiegészítés veszélyéhez is vezethet a mechanikusan egymást követő vizsgálatok sora, amelyekben a gyermekek arca szinte elvész a tömegben.

Az egyéni vizsgálati idő alatt a szülők egy-egy adekvát kérdőívet kaphatnak kézhez, melyeket a várakozási idő alatt ki tudnak tölteni.

A vizsgálat befejeztével a szakemberek közös konzultációt tartanak az addigi tapasztalatok, megfigyelések és információk alapján; ezáltal jobban konkretizálhatók az egyéni vizsgálati szituáció fókuszai, a szóba jöhető megoldások formái és a döntések alternatívái. A megbeszélés ideje alatt a gyermekek és a szülei pihennek, számukra szünet van.

Egyéni vizsgálat

A gyermekek az előzetes csoportos helyzetben megjelenő támpontok mentén részt vesznek egyéni vizsgálatokon is. Amíg az adott szakember az egyik gyermeket vizsgálja, addig a másik gyermek pihen vagy játszik. A sorrend közös egyeztetés eredménye.

Mind a szülő, mind a gyermek biztonságérzetét növelheti, ha az egyéni vizsgálatot végző szakember ugyanaz, mint aki a vizsgálat kezdetén konzultált a szülővel/szülőkkel, és tájékozódott a gyermek iskolakezdésével kapcsolatos elképzelésekről. Jelenleg a szakszolgáltatásoknak majdnem a fele így szervezi meg az iskolaérettségi vizsgálatait. Jelentős a számuk azoknak a pedagógiai szakszolgáltatásoknak is, ahol a vizsgáló szakember kiválasztása annak alapján történik, hogy milyen szakértelmű kolléga tudja a legjobban felmérni az adott gyermek állapotát. Mindkét megoldás helyeselhető, amennyiben a vizsgálandó kisgyermek igényeire reflektál.

Szülőinterjú

Mindenekelőtt ki kell jelentenünk, *hogy szülő (vagy gyám) nélkül nem végezhető el az iskolába lépési vizsgálat* sem. Élesen szembefordulunk azzal a gyakorlattal, amely szerint – még ha sükségből is – az óvodában a szülő jelenléte nélkül végeznek vizsgálatokat.

A szülővel folytatott interjú az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat keretein belül is hangsúlyos szerepet kap. Szembetűnő a konzultáció egyedisége, feszültsége. *Az együttműködési motiváció jóval magasabb az egyéb vizsgálati situációkkal összehasonlítva.* Fontosnak gondoljuk a szülő nézőpontjának megismerésén túl a saját indokainak, a gyermekéhez és a gyermek iskolakezdéséhez kapcsolódó attitűdjének megértését, kibontását.

Erre a vizsgálat folyamán kétszer nyílik lehetőség. Az egyik *a reggeli találkozást követő beszélgetés* a gyermek jelen állapotáról, és ha szükséges, ekkor történhet az anamnézis felvétele vagy kiegészítése. Jól működő folyamatdiagnosztikai szemléletű, tárcaközi együttműködésen alapuló fejlődéskövető szűrővizsgálati rendszer esetén a gyermek élettörténete, előzményei már a pedagógiai szakszolgálat rendelkezésére állnak. [...]

Gyakran felmerülő kérdés, hogy ki vegye fel a jelenlegi állapotra vonatkozó és az anamnesztikus adatokat: pszichológus, gyógypedagógus vagy az a szakember, aki majd az egyéni vizsgálatot végzi? Javaslatunk szerint a napot kezdő szülőinterjú felvételét pszichológus szakember végezze, aki később látva a gyermek csoportos vizsgálatát, a vizsgálatközi teammegbeszélésen javaslatot tud adni az egyéni vizsgálatot végző személyre, különös tekintettel az illető szakképzettségére, amelynek a gyermek vezető problematikájára kell rezonálnia.

A másik lehetséges alkalom *a vizsgálatokat lezáró beszélgetés*, amelynek döntő célja a tapasztalatok összegzése és a javaslat megfogalmazása.

Az interjú fő feladata, hogy további szempontok hozzáadásával hozzá lehessen segíteni a szülőket a gyermek számára legmegfelelőbb egyéni út kiválasztásához. Az iskolába lépés idejének eldöntését nem lehet sürgetni, és nem lehet a gyermeket vizsgálók szakértelmének, tapasztalatának hangsúlyozásával nyomást gyakorolni, vagy a szülő kompetenciáját csökkenteni. Mégsem lehet kívülről részt venni a folyamatban: a szülőnek azt is éreznie kell, hogy a szakember a tudásával személyesen támogatja őt a döntésben. A kívülről jövő határozat ellen csak hadakozni lehet. Az együttműködő, bizalmi légkör kialakítása elengedhetetlen.

Döntéshozatal

Mivel a team többször is egyeztet a vizsgálatok folyamán, előfordulhat, hogy a végső döntés megszületése egyértelmű, de bizonytalan helyzetekben érdemes újra konzultálni ebben a szakaszban is.

A hazai gyakorlatban az iskolaérettségre vonatkozó döntés meghozatala kevés kivételtől eltekintve a vizsgáló team feladata és felelőssége. Bizonyos esetekben konkrétan is kijelölhető a döntést meghozó szakember személye, aki éppen úgy lehet az egyéni vizsgálatot végző szakember, mint a vizsgálatokat vezető felelős szakember. Ne feledjük, hogy a döntés meghozatala javaslatértékű, a valódi döntést a szülő hozza meg e javaslat alapján!

A vizsgálatok befejezése

A napot a szülőkkal való konzultáció zárja. A cél egy közösen elfogadható álláspont kialakítása, az eredmények, szakmai szempontok átbeszélése és összefésülésük a szülő elképzeléseivel.

A döntést célszerű közölni, megvitatni a beküldő óvodapedagógussal, óvodavezetővel és az óvodapszichológussal is, különösen, ha megfigyeléseik közlésével gazdagították az előzetes információk körét. A konzultáció kiemelten fontos azokban az esetekben, amelyekben az óvodai állásponttal ellentétes döntés született; ilyenkor meghatározó szerepe van annak, hogy az óvodával való megbeszélés megelőzze a szülő és az óvodapedagógus beszélgetését. Szakmailag komoly kihívást jelenthet, de kulcsfontosságú a helyzet színvonalas megoldása, hiszen a későbbi szakmai kapcsolathoz szükséges bizalom alapja a közösen kialakított hangvétel, amelyért nyilvánvalóan a mentálhigiénés szakember a felelős.

További vizsgálatok

Azokban az esetekben, amikor további vizsgálatok válnak szükségessé, indokoltságukat és az időpontot érdemes azonnal megbeszélni a szülőkkal. Nem feltétlenül szükséges mindenáron a vizsgálat napján, azonnal meghozni a döntést. Előfordulhat, hogy a jelen lévő szülő nézetei megváltoznak, és ezekről *a másik szülőnek is értesülnie* kell. Felmerülhet egy *orvosi vizsgálat* szükségessége is. Megtörténhet, hogy az eredetileg megcélzott iskola a vizsgálat tapasztalatai alapján más megítélés alá kerül, és további tájékozódásra lesz szükség. Ilyen és ehhez hasonló helyzetekben kapja meg a szülő azt a lehetőséget, hogy visszajöhessen egyeztetni még a beiratkozás előtt. Különösen összetett ügyekben továbbra is rendelkezésre áll az augusztusi kontrollvizsgálat is.

Optimális esetben a vizsgálati napon a szülő a vizsgáló szakembertől már dél körül kézhez kapja a szakértői vélemény várható szakmai tartalmáról szóló rövid kivonatot, és a szakember arról is tájékoztatja, hogy hogyan és mikor veheti át a részletes szakértői véleményt.

Nem szabad elfeledkezni az iskolaérettségi vizsgálat esetleges *nemkívánatos lélektani hatásairól*, a bizonytalanságról, a lehetséges rossztól való félelelről, ezért is különösen fontos a *megfelelő informálás és szükség esetén a jól megindokolt továbbírányítás*.

Két kiemelendő csoport fordulhat meg az iskolaérettségi vizsgálaton, amelyek tagjainak további útját nagy figyelemmel, és már ebben az időszakban részletes szakértői vizsgálatokkal kell követni: a határeseti övezetbe tartozó, valamint a pszichés fejlődés zavara miatt a tanulásban tartósan és súlyosan akadályozott gyermekek.

A határeseti övezetbe tartozó intelligenciával rendelkező gyermekek komplex vizsgálatának szükségessége az iskolaérettségi vizsgálat részeként nagy körültekintést igénylő feladat. Ennek metodológiája részben eltér a fentebb ismertetettől. A javaslat kialakítása különösen összetett folyamattá válik, hiszen a megfelelő intézményi ellátás, a terápiás szükségletek kijelölése érdekében a vizsgált gyermekek pillanatnyi státusza mellett elemezni kell organikus és pszichés fejlődésük egyéni sajátosságait (anamnézis, orvosi és pszichológiai szakvélemények, leletek, pedagógiai vélemények), szociokulturális háttérüket és a rájuk ható pedagógiai környezetet is. Ez utóbbi, objektívnak nevezhető háttérismeretek megszerzése időigényes és együttműködő partnereket feltételező folyamat. Az iskolaérettségi vizsgálat tehát mindenkép-

pen *kiegészítendő egyéb vizsgálati eljárásokkal* (más időben, nem feltétlenül az iskolaérettségi vizsgálati napon), ugyanakkor *az iskolaérettségi vizsgálat csoportos helyzete mindenképpen az egyik leginformatívabb* lehetőség a gyermeknek nyújtandó segítség megítélésében.

A pszichés fejlődés zavara miatt a tanulásban tartósan és súlyosan akadályozottak iskolaérettségi komplex vizsgálatára szintén eltérő metodológiát igényel. Az ehhez a csoporthoz tartozó gyermekek értelmi képességben, viselkedésben és a diszfunkciók területein szélsőségesen eltérő képet mutatnak; ide tartoznak (a később) olvasásban, írásban, számolásban súlyos zavarral küzdő gyermekek, továbbá a súlyos magatartási, beilleszkedési zavarral küzdők. Eltérő fejlődésük nem mutat egyenletes elmaradást, és részfunkcióik zavart fejlődésének variációi sajátosan egyéni összképet alkothatnak. Állapotuk súlyosságának megítélése az iskolába lépéskor legtöbbször prediktív, ellátásuk gyógypedagógusi kompetencia. Iskoláztatásuk hazai gyakorlatában a különnevelésüknek nincs egyértelmű hagyománya, így differenciált ellátási rendszerüknek sem. Felkészületlen pedagógiai környezetben folyamatos traumatizációjuk elkerülhetetlen, ugyanakkor esetleges tehetségük felismerése a rehabilitáció tengelye lehet. Az ő iskolaérettségi vizsgálatuk sem szűkülhet le egyetlen délelőtti, *további vizsgálatok, szülői konzultációk* szükségessége.

Mint látható, a jól megalapozott iskolaérettségi javaslat kiindulópontja a folyamatdiagnosztika (például a középcsoportosok szűrővizsgálata és a nyomában kialakuló folyamatos követés, konzultáció, terápia). Az iskolaérettségi vizsgálat röpké délelőtti helyett a gyermeknek és a szülőnek már legalább egy évnyi közös története van a tanácsadó valamelyik szakemberével, így „méretre szabottabb” javaslatok születhetnek, és nagyobb bizalmi tőkére támaszkodva lehet a javaslat elfogadását várni.

Az esetek egy jelentős részében a hatéves gyermekeknek arra az időre, amikor az iskolába lépési döntés aktuálissá válik (az aktuális év januárja) már van járási szintű szakértői vizsgálati eredményük, gyakran az iskolába lépésre vonatkozó javaslattal. Ezekben a szakvéleményekben a gyermeket megillető ellátási kategória is szerepel – leggyakrabban beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség (BTMN) – ez a kategória lehetővé teszi a gyermek állapotának megfelelő terápiás és fejlesztő tevékenységek előírását.

A gyermekek egy másik csoportjának pedig, akik életútját súlyosabb fejlődési diszfunkciók jellemzik, szerencsés esetben már szintén van megyei szintű szakértői bizottsági szakvéleményük, amely a sajátos nevelési igény (SNI) ellátási kategóriáján belül meghatározza az iskolakezdés idejét, valamint a szükséges terápiás és fejlesztő tevékenységeket.

Ezeknek a gyermekeknek az esetében tehát nem szükséges az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálattal megítélni az iskolaérettséget. Tapasztalataink szerint azonban nem ritka, hogy egyes szolgáltatáshiányos területeken sajnálatosan csak ilyenkor derül fény a gyermekek atipikus fejlődésmentére – nehéz helyzet elé állítva a gyermeket, a családot és minden vizsgálati szint szakembereit. Kapkodás helyett célszerű a családot és az óvodapedagógusokat tevékenyen segíteni az Oktatási Hivatalhoz fordulásban, főként a megfelelően összeállított, világos és egyértelmű helyzetelemzéssel.

6. Az iskolába lépési vizsgálat új módszere

Az eljárási rend kialakítása mellett természetesen fontosnak tartjuk azt is, hogy milyen tesztelést használnak az iskolára való érettség vizsgálatokor. *A klasszikus iskolaérettségi tesztbatteria minden előnye, ismertsége és jó szemlélete mellett is elavult az évek során*, ezért nem kétséges, hogy el kell tőle búcsúzni. Mindazonáltal azokat a jellemzőit, amelyek hosszú évek során kiváló

szempontokat adtak a döntésekhez, megtartottuk és továbbfejlesztettük. A „Kanizsa-vizsgálat” és a Torda Ágnes által szerkesztett úgynevezett „Educatiós vizsgálat” azon törekvését, hogy *a vizsgálatba kerüljön be a mozgás aspektusa is*, szintén elfogadjuk, méltányoljuk, és hasznát látjuk. Azonban azt a sokat emlegetett kívánalmat, hogy kultúrafüggetlen vizsgálati eljárás szülessen, figyelmen kívül hagyjuk, tekintve, hogy maga az iskola sem független a kultúrától, sőt éppen a kultúra átadásának elsődleges és kiváló helye. A hátrányos helyzet (a hátrányos helyzetű óvodások számaránya az ország különböző régióiban igen eltérő, helyenként riasztóan magas) szociokulturális aspektusaira természetesen érzékenynek kell lenniük a vizsgálóknak, és javaslatuk kialakításakor ezeket is számításba kell venniük. Kérjük, hogy gondolják át azt a kézenfekvő, mégis gyakran mellőzött összefüggést, amelyre már utaltunk az előbbieken, nevezetesen azt, hogy nemcsak a hatéves gyermek áll a vizsgáldóság középpontjában, hanem egy lényegesen tágabb társadalmi közeg, amelynek az iskola is része (BRITTO 2012), tehát a helyi oktatási-nevelési gyakorlat, az első osztályt kezdő pedagógusok ismerete fontos eleme a sokat emlegetett komplexitásnak.

Az eddig ismertetett történeti, nemzetközi, gyakorlati szempontokat és a szakszolgáltatóktól kapott kérdőíves véleményeket, tapasztalatokat is figyelembe véve a következő főbb irányokat tartottuk követendőnek egy kialakítandó iskolaérettségi vizsgálati eljárás kidolgozásakor:

- Lehetőleg már a legkorábbi időszakban megkezdett folyamatdiagnosztikai szemléletmódra és gyakorlatra alapozzon (Lásd SZVATKÓ et al. 2018).
- A gyermekek életkorához igazodó itemek kiválasztása – játékkontextusban, a gyermekek számára élvezetesen.
- Külön vizsgálat sor a hatéveseknek (5;5–6;4 éves kor között) és a hétéveseknek (6;5–7;4 éves kor között), amely alkalmas a kontrollvizsgálat lebonyolítására is.
- Olyan vizsgálati elrendezés, amely lehetőséget nyújt közös döntési helyzet kialakítására a szülőkkel.
- Csoportos és egyéni vizsgálati helyzet.
- Olyan vizsgálat sor kialakítása,
 - amely objektív, standardizált adatokat és egyéni jellemzőket egyaránt jól kezel;
 - amely képes az éretlenségből származó tüneteket megkülönböztetni a tanulási diszfunkció előjeleitől;
 - amely a társas és emocionális jeleket képes megfelelően értelmezni;
 - amelyben a gyermekek széles értelemben vett tanulási motivációjának tere lehet;
 - amely érzékeny a gyors ütemű civilizációs változásokból fakadó megváltozott képességstruktúrák elemzésére;
 - amely képes az eltérő tanulási utak megragadására;
 - amelyben a vizsgáló szakemberek aprólékos és jól strukturált megfigyelései végigkísérik a folyamatot.

Két iskolába lépést megelőző komplex vizsgálati elrendezést alakítottunk ki, amelyek a fenti igények kielégítésére törekednek:

<p>A hatéves gyermekek vizsgálata</p> <p>A hatévesek vizsgálata egy, a kisgyermekek körében a napjainkban divatos játékhoz-fantáziához kapcsolódik, nevezetesen a kalózos, kincskeresős mesékhez, történetekhez, amelyek pozitív szereplői a merész tengerészek. A játék során lehetőségük van arra, hogy segítőkkel együtt vegyék fel a harcot a kalózzal, és egy rejtélyes térkép segítségével találják meg a kincset. A feladatok ebben a játékkeretben jelennek meg újabb és újabb próbatételként. Az életkori sajátosságok miatt majdnem minden feladat cselekedtetős: a gyermekek nemcsak rajzolnak, színeznek, hanem ollóval vágnak, ragasztanak, vicces mozdulatokat utánoznak, varázstölcsérbe beszélnek, képekre emlékeznek, dobolnak, énekelnek, masíroznak stb.</p>	<p>A hétéves gyermekek vizsgálata</p> <p>A csoportos vizsgálatban egy mesés-iskolás kerettörténetben a gyermekek iskolába kísérő kiskutyáját egy sárkány elrabolja. A gyermekek a kutya keresése közben számtalan váratlan helyzetbe kerülnek, amelyeket saját ügyességükkel és egy manó segítségével tudnak megoldani. Az egyéni vizsgálatban már tanszerekkel töltenek meg egy iskolatáskát, így készülve az iskolai tanulásra.</p> <p>Az életkori sajátosságok miatt ebben a feladatsorban a sok cselekedtetés mellett több gondolkodtató, elvonatkoztatást is igénylő feladathelyzet jelenik meg egy kombinatorikai elemzést feltételező helyzettel együtt.</p>
--	--

6.1. Az adatgyűjtés, a vizsgálati minta és az értékelési rendszer

Az eljárások megismeréséhez fontos szempontokat ad, ha röviden ismertetjük azok kialakításának körülményeit. Az adatgyűjtésbe normatív és klinikai mintát vontunk be. A normatív mintát olyan gyermekekből állítottuk össze, akiket a szakemberek alapvetően nem küldtek volna iskolakészültségi vizsgálatra, így az ő részvételük azért volt fontos, hogy eredményeik eltérése láthatóvá váljon a problémával jellemezhető gyerekekeitől, akiknél általában már az óvodák jeleztek valamiféle elmaradást, problémát, ami az iskolakészültségi vizsgálatot indokolta.

Ki kell emelnünk, hogy az adatgyűjtéssel elsődlegesen nem az volt a célunk – mint a legtöbb mérőeszköz fejlesztés során –, hogy normákat alakítsunk ki, hanem a megfigyelhető jellegzetességek értékelési szempontjait kívántuk tökéletesíteni. A rendelkezésre álló vizsgálati minták összevetése alapján láthatóvá válik, hogy a „problémás” gyermekek működése mely pontokon mutat leginkább eltérést a normatív mintába sorolt gyermekekétől. A normatív és a klinikai mintán kapott eloszlási gyakoriságokat összevetettük, és az elvárásainknak megfelelően a klinikai minta eredményei a legtöbb mutató esetében sokkal gyengébbnek mutatkoztak.

A *normatív mintát* összesen 146 gyermek (82 lány, 64 fiú) alkotta, akik bevonását és felmérését a Károli Gáspár Református Egyetem fejlődépszichológiai kurzust végző hallgatóinak segítségével tette lehetővé, dr. Göbel Orsolya vezetésével. A felmért gyermekek életkora: 5;5-7;5 év. A felvételek 2018 első félévében történtek.

A *klinikai adatbázis* összegyűjtése a részt vevő szakszolgálatok vizsgálati eredményeinek beküldésével történt, ahol többnyire valós iskolába lépési helyzetben érintett gyermekek az anyok. Azoknál a vizsgálatoknál, amelyeket 2020-ban és 2021-ben végeztek a szakemberek, előfordult, hogy a járványügyi intézkedések miatt (Covid-19) a csoportos helyzet nem tudott teljes mértékben megvalósulni.

A 6 évesek mintáját összesen 180 gyermek (47% lány) alkotta, míg a 7 éveseknél 195 (46% lány) felmérése történt. A gyermekek az ország szinte minden megyéjéből érkeztek, a felvételeket pedig a képzéseinkben felkészített helyi szakemberek végezték el.

A mérőeszköz értékelési rendszere két jól elkülönülő módszere épül:

1. *megfigyelésen alapuló, többnyire kvalitatív elemekre épülő jellemzésre, illetve*
2. *pszichológiai skálákra.*

A megfigyelésen alapuló jellemzések számos olyan szubjektív elemet tartalmazhatnak, amelyek az értékelő szakemberek megítélésén múlnak. Az egyéni és csoportos helyzetben végzett játékos feladatok értékelése kvalitatív és kvantitatív szempontok szerint történik. A vizsgálat számos olyan játékos elemet tartalmaz, melyek nehezen számszerűsíthetők. A feladatok megtervezésekor inkább a tevékenységek játékos légkörére helyeztük a hangsúlyt, így csak kevés objektív pszichológiai skálát építettünk be. Úgy gondoljuk, hogy ebben az életkorban a különböző helyzetekben történő megfigyelésen alapuló értékelések sokkal inkább képesek megragadni a gyermekek alkalmazkodóképességét, mintha ezt valamilyen pusztán kognitív (figyelem, emlékezés) jellemzőkkel leírható feladatok segítségével, közvetlenül próbálnánk bejósolni.

Fontos megjegyeznünk, hogy valamennyi átfogó mutató esetében előállítunk egy olyan „objektív pontszámot”, amely segítséget nyújthat az értékeléshez, de ezek a mutatók általában csak támpontul, tájékoztatásul szolgálnak az értékelésben, és nem tekinthetők pszichológiai skáláknak. E mutatók kevésbé felelnek meg a pszichológiai skálákkal szemben támasztott megbízhatósági és érvényességi kritériumoknak, ugyanakkor a gyermekek objektív vizsgálati eredményeinek igen fontos értelmezési hátterét adhatják.

A vizsgálatban szereplő pszichológiai skáláktól ellenben már elvárjuk, hogy megfeleljenek a pszichometriai kritériumoknak. A vizsgálat során képzett főbb mutatókat a 2. táblázat szemlélteti.

2. táblázat. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat főbb mutatói

Megfigyelésen alapuló mutatók	Felmért jellemzők, alterületek
Téri-vizuális-motoros kódolás	Mozgás, látás
Auditív-verbális kódolás	Hallás, beszéd
Az ismeretek integrációja	Gondolkodás, hosszú távú emlékezet
Végrehajtó funkciók	Figyelem, stratégia, tervezés, sorrendezés, rugalmasság
Adaptív viselkedés	Viselkedéses sorrendezés, a feladathoz való viszony
Szocio-emocionális kapcsolatkézség	Önszabályozás, önállóság, önbizalom
Pszichológiai skálák	
Goodenough-emberrajzteszt	
Emberrajz értékelése az érzelmi indikátorok száma alapján (Koppitz-mutató)	
Mozgás, mozdulatutánzás	
Számterjedelem Felidézés (szó, számsor, mondat)	
Végrehajtó funkciók	Figyelem, tervezés
Számolás	
Bender-A	
Bender-B	

Megjegyzendő, hogy a fenti átfogó mutatók mellett számos más, olyan egyszerű mutató képzése is történt, melyek hasznos támpontul szolgálhatnak az értékelést végző szakemberek számára: pl. oldaliság, tájékozódás és irányok, szomatopraxis, finommozgásbeli ügyesség, a tanulási nehézség előrejelzése.

Egy skála megbízhatóságát leggyakrabban a skálát alkotó tételek belső konzisztenciájából, a tételek együttjárásának mértékéből becsüljük. Ha a tételek szorosan korrelálnak egymással, akkor azt mondhatjuk, hogy a skála megbízható. A belső konzisztencia becslésére általában a Cronbach-alfa mutatót alkalmazzák, melynél általában a 0,70 feletti értékét tekintik elfogadhatónak.

Az átfogó területekből képzett skálák belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatók minden skála esetében elfogadhatóak, és jelzik a skálák megbízhatóságát (2. táblázat). Érdeemes kiemelni, hogy a 6 éveseknél a felidézés megbízhatósága nem éri el a 0,7-et, de mivel ez a skála csak 3 tételből áll (szó-, számsor-, mondatfelidézés), és az itemmaradék-korrelációk magasak ($> 0,45$), így ezt az értéket a módszertani ajánlások alapján elfogadhatónak tekintjük.

A mérőeszközben szereplő tételek pontozói megbízhatósága jó, és a normatív gyermekcsoporton végzett megfigyelések alapján az értékelések hasonlóak, ami azt jelzi, hogy az értékelést végző személyek számára a megadott instrukciók egyértelműek, és a gyermekek viselkedését a szakemberek jól tudják értékelni a látottak alapján.

Az egyes feladatok válaszlehetőségeinek előfordulási gyakoriságai azt jelezték, hogy az értékelők összességében jól kihasználták az adott válaszlehetőségeket. Fontosnak tartjuk azonban elmondani, hogy a mutatók többségénél nem vártunk normál eloszlást, hiszen ezek olyan problémamutatók, melyek nem szabályos eloszlást követnek, bizonyos jellemzők több problémára is utalhatnak, némely ritkán előforduló jellemző pedig egy speciális probléma fontos prediktora lehet. Az alábbiakban, a 3. táblázatban a pszichológiai skálák megbízhatóságát becsülő Cronbach-alfa értékeket mutatjuk be.

3. táblázat. A pszichológiai skálák megbízhatóságát becsülő Cronbach-alfa mutatók

	Cronbach-alfa	
	6 évesek	7 évesek
Mozgás, mozdulatutánzás	0,73	0,78
Felidézés (szó, számsor, mondat)	0,67	0,74
Végrehajtó funkciók	0,82	0,83
Számolás	0,83	0,80
Bender-A	0,78	-
Bender-B	-	0,80

6.2. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat alkalmazásának eddigi tapasztalatai a továbbképzések során

Tekintettel a két vizsgálati anyag összetettségére, egyértelmű volt, hogy az eszköz használatát meg kell tanítani egy-egy pedagógiai szakszolgálat legalább egy, de inkább két szakemberének, akik tudásukat továbbadják majd a kollégáiknak. Ezt az előfeltevést a későbbi gyakorlat messzeemenően igazolta, mivel a tanfolyamokon olyan lényeges eszközhasználati anomáliák derültek ki, melyek nem az új vizsgálatból álltak kapcsolatban, hanem az annak részét képező, több tíz éves múlttal rendelkező diagnosztikai eszközök használatának mérhetetlen elhanyagoltságát mutatták. Az említett eszközök az igénytelen másolás és az ötletszerű módosítások miatt elvesztették

objektív diagnosztikai erejüket, és országgrészenként eltérő módon kerültek bele a vizsgálati protokollokba. A tanfolyamokon ezeket is sikerült normalizálni, a friss vizsgálati eredmények pedig megalapozták ezen eszközök újstandardizálásának lehetőségét.

A 30 órás, a résztvevők számára ingyenes továbbképzésünk akkreditációra került (9/288/2018). A résztvevők mindkét életkorra kidolgozott vizsgálati elrendezést megismerhetik, gyakorolhatják a felvételt, és konzultálhatnak az eredményeikről. A gyakorlati megismerést öt kisfilm támogatja, melyeket kifejezetten a képzés szempontjainak megfelelően készítettünk el két budapesti pedagógiai szakszolgálat szíves részvételével.

Pilot képzés

A további kidolgozás alappillére az *alaposan felkészített, a vizsgálat végzésére motivált felvevők képzése volt*, különös tekintettel arra, hogy *az ország minden területén* legyen avatott szakember (gyógypedagógusok és pszichológusok egyaránt). Ennek érdekében jelentős számú szakember képzésére készültünk fel.

Az első, kipróbáló továbbképzést 2019 márciusában kezdtük meg. A képzés a várakozásoknak megfelelően sikeres volt, több fórumon is dicsérték a résztvevők. Valószínűleg ennek is következménye, hogy 2019 őszén jó néhány felkérés érkezett a média felől az „új iskolaérettségi vizsgálat” propagálása érdekében.²⁶⁹

Országos kiterjedtségű képzések

A pilot továbbképzést követően 2019 végén megkezdődtek az országos kiterjedtségű továbbképzések. Azonban váratlanul két akadályozó tényező is fellépett, melyekre nem lehetett előre számítani: az egyik a már többször említett jogszabályváltozás, a másik pedig a 2020 tavaszán hazánkban is megjelenő Covid–19 fertőzés. Mindennek ellenére 2021 februárjára – részben digitális képzésre áttérve – 160 pedagógiai szakszolgálatban dolgozó gyógypedagógus és pszichológus kolléga képzését tudtuk lebonyolítani.

6.3. A vizsgálati eljárás felhasználását segítő kiértékelő rutin

A vizsgálat lefolytatásának eredményeképpen igen sok pontszámot, megfigyelést lehet rögzíteni a pontozólapon. A vizsgálónak, különösen, ha még nem tudott kellő gyakorlatot szerezni, szüksége van olyan iránymutatásra, amely segít a kapott adatokat értelmezni. A pszichológiai skálák esetében ez lényegesen egyszerűbb, a megfigyeléseket rendezni viszont sokkal összetettebb feladat. Ennek a feladatnak a megkönnyítésében segít a kiértékelő rutin.

Itt is fel kell hívni azonban a figyelmet arra, hogy ne kerüljünk a számosság bűvkörébe, inkább a rejtettebben megjelenő *mintázatokat* figyeljük. A lateralitás megítélésekor például nemcsak azt figyeljük meg, hogy melyik kezével rajzol egy gyermek, hanem több különböző helyzetben követjük tevékenységének szervezését. Megfigyeljük, hogy melyik kezével nyúl spontán módon egyes tárgyakért, melyikkel színez, rajzol; hogy nyírásakor melyik kezében van az olló, és mit csinál közben a másik keze; tudja-e keresztezni a testközépvonalát, és sikerül-e kétkezes/kétoldalas szimmetrikus mozgásokat véghezvinnie. Ez a szempont nem egy egyszerű vizsgálati helyzetben kerül elő, hanem végigkíséri a teljes megfigyelési időszakot, és a lateralitást értékelő összesített mutatóban ölt testet a kiértékeléskor.

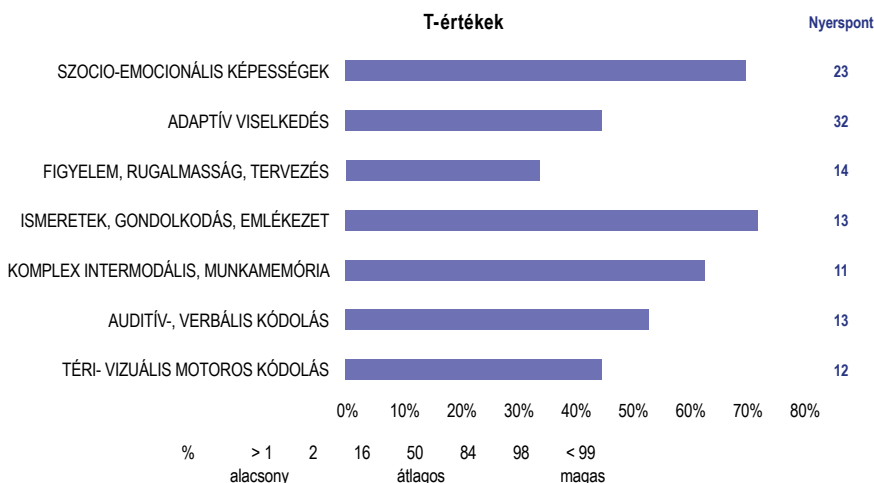
²⁶⁹ MARKÓ A. (2019): Kérdések az iskolaérettség körül. „Megszenvedheti a váltást”. Interjú. *Magyar Narancs*, szeptember 12. <https://magyarnarancs.hu/lelek/megszenvedheti-a-valtast-122862> (Letöltve: 2021.12. 05); SZVATKÓ A. (2019): *Milyen eszközeink vannak az iskolába lépéshez szükséges fejlettségi szint megállapítására? Az új országos standardizálás alatt álló iskolaérettségi vizsgálati eljárás fejlesztéséről*. Előadás a Nemzeti Pedagógus Kar szervezésében, november 19.

Más mintázatok is felismerhetők a vizsgálat értékelésekor. A síkbeli tájékozódás, az iránykövetés nehézségei, a forgatásra való tendencia, a hézagok hangsúlyozása, az orientáció és a viszonylagos pozíció alacsony pontszáma, a számolás közbeni viselkedés és a számemlékezet gyengesége inkább a tanulási nehézség előrejelzésére alkalmas mutatók. A problémamegoldás éretlen válaszai vagy a finommozgás közbeni együttmozgások inkább az éretlenségi szempontokat erősítik a pontos megfigyelőben. Több olyan vizsgálati elem is megjelenik, melyek projektív szempontok alapján is értékelhetők, és sokszor felhívják a figyelmet a gyermek emocionális nehézségeire, ami nem feltétlen az iskolakészültség szintjéhez kapcsolható, azonban a gyermek életére, pszichés fejlődésére súlyos veszélyként nehezedik. Ezekben az esetekben a pszichoterápiás kezelés, esetenként a gyermekvédelmi ellátás kihagyhatatlan tennivaló.

Ezek a tendenciák olyan dimenziókat erősíthetnek, amelyek nem kifejezhetőek standard pontokkal, hanem egyéni sajátosságként értelmezhetjük őket, és mint ilyenek, fontos vizsgálati tapasztalatokká válnak, és végül a döntési helyzetet mélyen befolyásolják.

2. ábra. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat értékelését megkönnyítő kiértékelő rutin eredményprofilja

ÁTFOGÓ DIMENZIÓK



7. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat felhasználási lehetőségei más mérési helyzetekben

Mint az előzőekben láttuk, az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat fejlesztése közben jogszabályváltozás történt, ami némiképpen át kellett rendezze az iskolaérettséggel kapcsolatos gondolatainkat és a vizsgálatok időzítését. A képzések során az eljárás kipróbálása közben, majd az elmúlt tanévben számtalan visszajelzést kaptunk a pedagógiai szakszolgálatok munkatársaitól arról, hogy az eljárást nem mindig tudják az eljárásmódban meghatározott keretek kö-

zött elvégezni a vizsgálati kérések kiszámíthatatlan beérkezése és az egyre sürgetőbb határidők miatt. Ezért egyes megyékben a kora őszi időszakban végzik el a vizsgálatokat, és ezzel olyan megalapozott javaslatokkal látják el a családokat, amelyekkel bizvást fordulhatnak beadványukban az Oktatási Hivatalhoz.

A korai vizsgálatok mellett szól az az érv, hogy így több idő marad a kisgyermeknek fejlődésére, viszont sokan túlzásnak tartják szeptember–októberben véleményezni az egy év múlva esedékes iskolai érettséget, ezért egy általános fejlettségi képet rögzítenek, melynek csak egyik eleme az iskolára való felkészültség kérdése. Nyilvánvaló, hogy ezekben a megoldásokban igen sok múlik az óvoda és a szülők közötti információáramlásról, együttműködésről, jelesül azon, hogy az őszi vizsgálatok eredményeit hogyan érdemes értelmezni néhány hónap múlva, amikor a kisgyermek fejlődése esetleg igen nagymérvű. Tudnivaló, hogy az Oktatási Hivatal döntése abban az értelemben már megfellebbezhetetlen, hogy a tankötelezettség alóli felmentés megtörténte után nem lehet visszavonni a kérést, így a gyermek még egy évet az óvodában marad.

Ismét más munkacsoportoktól azt a gyakorlatot ismerhettük meg, melynek során a vizsgálati eljárás használatát bemeneti és kimeneti mérésnek a fejlesztőfoglalkozásokhoz csatolják. Erre a két korosztály számára elkészült vizsgálati csomag igen alkalmas, és a fejlesztés eredményének rögzítése mellett hosszú távú javaslatok kialakítására is lehetőséget ad, mert jól megragadhatóvá válik a kisgyermek taníthatósága, fejleszthetősége és a fejlesztések iránya is.

Befejezés

Az utóbbi években lényegesen átalakult az iskolába lépéssel kapcsolatos pedagógiai, pszichológiai szemléleti keret: 2019-ben alapjaiban változott a tankötelezettség megkezdésének halasztására vonatkozó jogszabály, aminek következtében szükségessé vált az iskolai alkalmasságot, készséget vizsgáló eljárás felülvizsgálata, átalakítása. Ennek érdekében az EFOP-1.9.5-VE-KOP-16-2016-00001 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* című kiemelt projekt keretében az iskolába lépést megelőző vizsgálatok és az ezekkel kapcsolatos szűkebb felülvizsgálatára, új mérőeszközök kidolgozására, tesztelésére és a bevezetésükhöz kapcsolódó képzésekre került sor. A mérőeszközök kidolgozása során a szakmai stáb a pedagógiai szakszolgálatok, az óvodapedagógusok, óvodapszichológusok és a szülők véleményét is figyelembe vette.

A folyamat eredményeképpen olyan tesztbatteria készült el, amely módszertanában illeszkedik a 6–7 éves gyermekek érdeklődéséhez, élményvilágához, napi rutinjaihoz. A vizsgálatok kimondott célja az iskolakezdés időpontjának meghatározása mellett az, *hogy kijelölje azt tá-mogatást*, amely szükséges lesz a gyermekek sikeres iskolai életéhez. A sikeresség gátja pedig nemritkán a gyermekek érzelmi állapotához köthető, még kiváló értelmi képességek birtokában is. Az iskolai tanulás megkezdésének sikeressége és az életben való későbbi boldogulás között erős kapcsolat van. Fontos, hogy az első iskolai években az önbizalom, a pozitív önértékelés ne vesszen el, hanem stabilizálódjon, és tegye képessé a kisgyermeket erőfelfejtésre, kíváncsisága kielégítésére és a vágyai elhalasztására. Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat a kognitív képességek fejlettségének felmérése mellett ezért érzékeny a gyermekek érzelmi-szociális jellegzetességeire is. A családdal való kapcsolatfelvétel e kiemelt pillanatában jó hatáskörrel lehet megfelelő pszichoterápia, mozgásterápia vagy valamely más komplex terápiás ellátás irányába indítani a rászoruló gyermekeket.

Eljárásrendünk utolsó megjegyzése, hogy a szülővel való elmélyült munka, a szakmai szempontokkal kiegészült közös gondolkodás az iskoláskor kezdetén is alapvető fontosságú.

Felhasznált szakirodalom

- ALTORJAI P. – FOGARASI A. – KERÉKI J. (szerk.) (2015): *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. 2., javított kiadás. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- ANTAL-FERENCZ I. (2016): *Tehetséggondozás 4-8 éves korban: hallottál már a Kiváncsi Ládáról?* <http://budapest.imami.hu/gyermekneveles/tehetseggondozas-4-8-eves-korban-hallottal-mar-kivancsi-ladarol> (Letöltve: 2017. 09. 06.)
- APRÓ M. (2013): A hazai iskolaérettségi vizsgálatok gyakorlata napjainkban. *Iskolakultúra*, 23(1), 52–71. p.
- ARATÓ D. et al. (2020): *Szenzoros és mozgásos élmények kérdőív*. Tesztfelvételi kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- AVARNÉ CSÁSZÁR I. – VERECZKEY GY.-NÉ (1973): *Útmutató az iskolaérettségi kiegészítő vizsgálatokhoz a nevelési tanácsadók számára*. Budapest, Fővárosi Pedagógiai Intézet.
- BÁCSKAI J.-NÉ – GERÉB Gy. (1959): Szempontok az iskolaérettség pszichológiai megítéléséhez. *Népegészségügy*, 247–249. p.
- BAKONYI A. (2009): *Az óvodás gyermek fejlődésének nyomon követése. A kompetencia alapú óvodai programcsomag megfigyelésén alapuló mérési és értékelési rendszer*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Kft.
- BAKONYI A. – KARCZEWICZ Á. (2016): *Az óvodapedagógusok NAGYKÖNYVE. Az ismerettől a megvalósításig*. Budapest, Neteducatio Kft.
- BALÁZSNÉ SZÜCS J. – PORKOLÁBNÉ BALOGH K. – SZAITZNÉ GREGORITS A. (2009): *Komplex preventációs óvodai program – Kudarc nélkül az iskolában: Óvodai fejlesztő program a tanulási zavarok megelőzésére*. Budapest, Trefort Kiadó.
- BÁNNÉ MÉSZÁROS A. (2016): *Mérés-értékelési lehetőségek az óvodában*. Református Pedagógiai Intézet.
- BARKÓCZI M. – BÖJTÖS ZOLTÁNNÉ – HAMVASNÉ BÖGRE J. – GÁSPÁR J.-NÉ – GERENCSÉR Z. (2016): Óvodáskorú gyermekek fejlődésének nyomon követése. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/pok/Budapest/szaktanacsadoi_anyagok/ovoda_Az_ovodaskor_u_gyermekek_fejlodesenek_nyomon_kovetee_korr_002.pdf (Letöltve: 2017. 11. 26.)
- BIRKÁS E. – GERVAI J. – LAKATOS K. – TÓTH I. (2008): Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívvel II: A SWAN (Strengths and Difficulties Questionnaire) skála magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 358–365. p.
- BÍRÓ L. – NAGY E. – SZIGETI SZ. (2015): *Szülői attitűdvizsgálat pilot országos kiterjesztése*. Zárótanulmány. Budapest, Országos Tisztiorvosi Hivatal, TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program.
- BÖDDI Zs. – KESZEI B. – SERFŐZŐ M. – DÜLL A. (2015): A megfigyelés kutatásmódszertana – Interakciók megfigyelése integrált és inkluzív óvodai környezetben. *Gyermeknevelés*, 3(2), 29–50. p.
- BRITTO, P. R. (2012): *School Readiness: A Conceptual Framework*. New York, United Nations Children's Fund. [https://sites.unicef.org/earlychildhood/files/Child2Child_ConceptualFramework_FINAL\(1\).pdf](https://sites.unicef.org/earlychildhood/files/Child2Child_ConceptualFramework_FINAL(1).pdf) (Letöltve: 2021. 12. 08.)

- BÜKI Gy. – GALLAI M. – PAKSY L. (2004): *A pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása az alapellátás gyakorlatában*. 2. sz. módszertani levél. Budapest, OGYEI.
- Császár I. (szerk.) (1989): *Útmutató a nevelési tanácsadó iskolaérettségi vizsgálatához*. Budapest, Országos Pedagógiai Intézet.
- CsÉPE V. (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In FAZEKAS K. – KÖLLŐ J. – VARGA J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Budapest, ECOSTAT, 139–166. p.
- DORNER M. – KÖVÉR A. – SZÉKÁCS E. (szerk.) (1995): *Iskolaérettségi vizsgálatok elemzése*. Budapest, Ferencvárosi Nevelési Tanácsadó.
- DUMONT-MATHIEU, T. – FEIN, D. (2005): Screening for autism in young children: The Modified Check-list for Autism in Toddlers (M-CHAT) and other measures. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 253–262. p.
- ECKHARDT D. et al. (2017): *Az óvodai fejlődéskövetéssel és az iskolába lépéssel kapcsolatos szakmai és szülői vélekedések vizsgálata*. Háttér tanulmány. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- ECKHARDT D. – BOROVICS B. – GÖBEL O. – LAPIS A. – ÓDORNÉ MÁTYÁSSY Á. – SOMLAI B. – SZVATKÓ A. (2018): *A köznevelés rendszerében használatos fejlődéskövető szűrésekkel és az iskolába lépési vizsgálattal kapcsolatos kérdőíves kutatás ismertetése*. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- EDULINE/MTI (2021): Iskolaérettségi vizsgálatok: a kérelmek 96 százalékát fogadta el az Oktatási Hivatal. *EduLine*, február 23. https://eduline.hu/kozoktatas/20210223_tankotelezettsegi_halasztasok (Letöltve: 2021. 12. 07.)
- EMMI (2020): *Köznevelési Statisztikai Évkönyv 2018/2019*. Budapest, EMMI Köznevelésért Felelős Államtitkárság. https://2015-2019.kormany.hu/download/7/6e/d1000/K%C3%B6znevel%C3%A9si%20statisztikai%20%C3%A9vk%C3%B6nyv_2018-2019.pdf#!DocumentBrowse (Letöltve: 2021. 12. 11.)
- EUROPEAN AGENCY FOR SPECIAL NEEDS AND INCLUSIVE EDUCATION (2021): *Sweden Data 2018/2019*. https://www.european-agency.org/data/sweden/datatable-overview#tab-all_children_learners (Letöltve: 2021. 12. 10.)
- EUROPEAN COMMISSION/ EACEA/EURYDICE (2015): *Compulsory education in Europe –2015/16*. Eurydice Facts and Figures. Luxembourg, Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/hu/publication-detail/-/publication/a80e27b3-9e8f-11e5-8781-01aa75ed71a1/language-en> (Letöltve: 2021. 12. 11.)
- FLEISZ-GYURCSIK A. (2021): A hazai publikált óvoda–iskola átmenetet segítő gyakorlatok szisztematikus áttekintése. *Gyermeknevelés*, 9(2), 56–90. p. <http://ojs.elte.hu/gyermekneveles/article/view/2559/2289> (Letöltve: 2021. 12. 12.)
- GALLAI M. (2013): Az egészséges gyermek fejlődése. In MARÓDI L. (szerk.): *Gyermekgyógyászat*. Budapest, Medicina.
- GOEMANS, A. – TARREN-SWEENEY, M. – VAN GEEL, M. – VEDDER, P. H. (2018): Psychosocial screening and monitoring for children in foster care: Psychometric properties of the Brief Assessment Checklist in a Dutch population study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 9–24. p.

- GOLYÁN SZ. (2013): Válogatás az óvoda–iskola átmenet európai tapasztalataiból. *Gyermeknevelés*, 1(1), 106–128. p. <http://ojs.elte.hu/gyermeknevelo/article/view/757/651> (Letöltve: 2021. 12. 10.)
- GOODMAN, R. N. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. p.
- GORDON, B. M. – JENS, K. G. (1988): A conceptual model for tracking high-risk infants and making early service decisions. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics*, 9, 279–286. p.
- GREGUSS M. (é. n.): *A tanulási zavar előjeleinek szűrése óvodás korban. Az MSSST szűrőeljárásal kapcsolatos tapasztalataim a Győri Nevelési Tanácsadó Gyermek- és Ifjúságpszichológiai Központban.* http://www.logoprofil.hu/pdf/cikk_0003.pdf (Letöltve: 2017. 11. 12.)
- GYENEI M. – SAUTER J.-NÉ – SZIGETI G. (1995): *A tanulási zavarok korrekciója kisiskolás korban.* Szolnok.
- HAGYMÁSY T. – KÖNYVESI T. (szerk.) (2017): *Köznevelési Statisztikai Évkönyv 2015/2016.* Budapest, EMMI Köznevelésért Felelős Államtitkárság. https://2015-2019.kormany.hu/download/0/83/f0000/Koznevelési_statistikai_evkonyv_2015_2016.pdf#!DocumentBrowse (Letöltve: 2021. 12. 09.)
- HERCZOG M. (2008): A koragyermekkorai fejlődés elősegítése. In FAZEKAS K. – KÖLLŐ J. – VARGA J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért.* Budapest, ECOSTAT, 33–52. p.
- ILLÉS A. – KENDE A. (2007): A rugalmas beiskolázás és az oktatási szakadék összefüggései. *Új Pedagógiai Szemle*, 57(11), 17–41. p. <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00118/2007-11-ta-Tobbek-Rugalmas.html> (Letöltve: 2021. 12. 11.)
- JÓZSA K. (2011): Híd a többségi és a gyógypedagógia között: a DIFER programcsomag. In PAPP G. (szerk.): *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 37–59. p.
- KAS B. – LŐRIK J. (é. n.): *Útmutató a Kommunikatív Fejlődési Adattár 3. (KOFA–3) felvételéhez és értékeléséhez.*
- KAS B. – LŐRIK J. – SZABÓNÉ VÉKONY A. – KOMÁROMINÉ KASZIBA H. (2010): A korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze, a MacArthur-Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár (KOFA) bemutatása és validációs vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(2), 114–125. p.
- KAS B. et al. (2011): SZÓL-E? *Szűrőeljárás az óvodáskori logopédiai ellátáshoz. Nyelvi és beszédzavarok szűrőeljárása 5–6 éves korban.* www.szole.hu (Letöltve: 2018. 02. 02.)
- KAS B. et al. (2012): *SZÓL-E? Szűrőeljárás az óvodáskori logopédiai ellátáshoz.* Útmutató. Székesfehérvár, Logotech.
- KATONA F. (2001): *Az öntudat újraébredése.* Budapest, Medicina.
- KEREKI J. (2010): A korai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(1), 32–41. p.
- KEREKI J. (2013): A kora gyermekkorai intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 23–38. p.
- KEREKI J. (2015): *Utak és lehetőségek. A kora gyermekkorai intervenció rendszerszintű megközelítése.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. (2017a): Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkorai intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45(2), 93–113. p.
- KEREKI J. (2017b): *Utak: A kora gyermekkorai intervenció rendszerszintű megközelítése.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó; ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

- KEREKI J. – SZVATKÓ A. (2015): *A kora gyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálat protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. – LANNERT J. (írta és szerk.) (2009): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés*. Budapest, TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Zrt. – Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány. http://www.tarki-tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf (Letöltve: 2017. 11. 03.)
- KIRÁLY G. – VECSEI T. – ARATÓ D. – LUGOSINÉ PÁL I. (2015): *A nevelési tanácsadás szakmai protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- LAKATOS K. (2003): Az iskolaéretlenség szűrése az állapot- és mozgásvizsgáló teszttel. *Új Pedagógiai Szemle*, 53(3), 137–149. p. <https://epa.oszk.hu/00000/00035/00069/2003-03-be-Lakatos-Iskolaeretlenseg.html> (Letöltve: 2021. 12. 08.)
- LÁNCOS S. (2008): Óvodai-bölcsődei beszoktatás. <http://www.szuloklapja.hu/kozossagi-elet/263/ovodai-bolcsodei-beszoktatasi.html> (Letöltve: 2018. 01. 31.)
- M. TAMÁS M. (2009): Preventív szűrés és fejlesztés az óvodában. In M. Tamás M. (szerk.): *Fejlesztőpedagógia*. 3., átdolg. kiad., Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 311–322. p.
- MÁRKUS L. V. – FÜLÖP K. Á. (2017): Kapcsolati szemléletű korai prevenció megvalósulása a bölcsődei és óvodai ellátás intézményeiben. In HÁMORI E. (szerk.): *„Team Around the Child.” Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről*. Humanitás Szociális Alapítvány Budapest, 119–141. p.
- MAROSITS I.-NÉ (2007): Diszlexia-veszélyeztetettség vizsgálata. In JUHÁSZ Á.: *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*, Logopédiai Kiadó, 77–92. p.
- MEDVECZKY K. (é. n.): Az óvodai beszoktatás: az első próbatétel. <https://www.medveczkykata.hu/az-ovodai-beszoktatasi-az-első-probatetel/> (Letöltve: 2018. 01. 31.)
- MIHÁLY I. – BÉKÉSI K. – FORGÁCS A. (2009): *Iskolarendszerek Európában*. OFI Tudástár. <https://ofi.oh.gov.hu/tudastar/nemzetkozi-kitekintes/iskolarendszerek> (Letöltve: 2021. 12. 12.)
- MIHÁLY I. (2009): *Milyen ma a finn iskolarendszer?* OFI Tudástár. <https://ofi.oh.gov.hu/tudastar/iskolarendszerek/milyen-ma-finn> (Letöltve: 2021. 12. 12.)
- NAGY J. – JÓZSA K. – VIDÁKOVICH T. – FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2004 a): *Az elemi alapkészségek fejlődése 4–8 éves életkorban*. Szeged, Mozaik Kiadó.
- NAGY J. – JÓZSA K. – VIDÁKOVICH T. – FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2004 b): *DIFER Programcsomag: Diagnosztikus fejlődésvizsgáló és kritériumorientált fejlesztő rendszer 4–8 évesek számára*. Szeged, Mozaik Kiadó.
- PINTÉR B. (2014): *Mire kíváncsi a Kíváncsi Láda? Egy nem mindennapi „játék” a legkisebbek tehetségének a feltérképezésére*. <http://folyoiratok.ofi.hu/uj-koznevelo/mire-kivancsi-a-lada> (Letöltve: 2017. 09. 06.)
- PLÉH Cs. (2008): Fejlődési szelekció, időzítés, plaszticitás: A biológia és a kognitív tudomány pedagógiai üzenete. *Pedagógusképzés*, 6(1–2), 7–23. p.
- PORKOLÁBNÉ BALOGH K. (2009): A „Fejlettségmérő lapok” óvodai alkalmazása. In M. TAMÁS M. (szerk.): *Fejlesztőpedagógia*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 293–310. p.
- PROVENCE, S. – ERICKSON, J. – VATER, S. – PALMERI, S. – PRUETT, K. – ROSINIA, J. (2016): *Infant-Toddler Developmental Assessment 2nd Edition (IDA-2)*.
- RÁCZ A. et al. (é. n.): *Módszertani útmutató*. Budapest Főváros XIII. Kerület Önkormányzat Egyesített Óvoda Ákombákom Tagóvodája, <http://docplayer.hu/35454034-Akombakom-tagovodaja-modszer-tani-utmutato.html>, 13-14. p. (Letöltve: 2018. 01. 31.)
- ROBINS, D. L. – FEIN, D. – BARTON, M. – GREEN, J. (2001): The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive develop-

- mental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131–144. Magyar nyelvű változat: Pólik A. (2011).
- RÓZSA S. – NAGYBÁNYAI NAGY O. – OLÁH A. (szerk.) (2006): *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Elektronikus tankönyv. Budapest, Bölcsész Konzorcium. <http://mek.niif.hu/05500/05536/05536.pdf> (Letöltve: 2020. 06. 12.)
- SKOLVERKET (2018): *Curriculum for the compulsory school, preschool class and school-age educare 2011 (revised 2018)*. Stockholm, Skolverket. <https://www.skolverket.se/getFile?file=3984> (Letöltve: 2021. 12. 09.)
- SOHNS et al. (2010): The Early-Aid-System in Gemany. In PRETIS, M. (szerk.): *Early Childhood Intervention Across Europe*. Towards Standards, Shared Resources and National Challenges. Ankara, Maya Akademi Yayın Dağıtım Eğitim Danışmanlık, 50–64. p.
- SPARROW, S. S – CICHETTI, D. V – SAULNIER, C. A. (2016): *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Third Edition (Vineland™-3) Pearson.
- SQUIRES, J. – BRICKER, D. – TWOMBLY, E. (2016): *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Second Edition.
- STRÉDL T. (2014): Az iskolakezdés optimális feltételei – az iskolakötelesség és az iskolaalkalmasság különbsége. *Katedra*, 22(2), 3–4. p.
- SZABÓ É. – N. KOLLÁR K. – HUJBER T.-NÉ (2015): *Az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- SZABÓ P. (1970): *Komplex vizsgálati módszer és rehabilitációs eljárás iskolaéretlen gyermekeknél*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 205–221. p. /Pszichológiai Tanulmányok, 12./
- SZENT-GÁLY V. (szerk.) (2015): *Óvodai hátránycsökkentés, eredményes iskolakezdés. Kutatási program az eredményes óvoda–iskola átmenet és az esélyteremtés, hátránykompenzáció támogatására vonatkozó hazai és nemzetközi jó gyakorlatok területén*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. https://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop311_II/eredmenyek/ovodai_hatranycsokkentés/1502293_T311_Disszem_Kutatasi_OVIS_net.pdf (Letöltve: 2021. 12. 14.)
- SZOKOLSZKY Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Budapest, Osiris.
- SZŐNYI L. (2013): Preventív gyermekgyógyászat és szűrővizsgálatok. In MARÓDI L. (szerk.): *Gyermekgyógyászat*, Medicina, 24–39. p.
- SZVATKÓ A. (2006): Határeseti övezetbe tartozó intelligenciával rendelkező, valamint a pszichés fejlődés zavarát mutató gyerekek számára ajánlható vizsgáló és fejlesztő eljárások az iskolába lépés idején. In ZSOLDOS M. (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóban, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Budapest, OM Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest, 190–199. p.
- SZVATKÓ A. – KISS B. Gy. – NAGYNÉ GYÖRY M. – SZÉKELY B.-NÉ (2001): Mit tehetünk értük a nevelési tanácsadóban? *Fejlesztő Pedagógia*, 12(6), 70–80. p.
- SZVATKÓ A. – SZÉKELY B.-NÉ (2006): Súlyos tanulási zavarokkal küzdő gyerekek kezelése a Ferencvárosi Nevelési Tanácsadóban – Egy fejlesztő napközi bemutatása. In M. TAMÁS M. (szerk.): *Integráció és inklúzió*. Trefort Kiadó, 268–282. p.
- SZVATKÓ A. – ARATÓ D. – KISS T. C. (2006): *A hátrányos helyzetű gyerekek szűrése és fejlesztése érdekében végzett munka hatékonyságának vizsgálata a Ferencvárosi Nevelési Tanácsadóban*. Budapest, Ferencvárosi Nevelési Tanácsadó.

- SZVATKÓ A. – GÖBEL O. – LAPIS A. – ÓDORNÉ MÁTYÁSSY Á. (2018): *Az iskolába lépést megelőző komplex vizsgálat protokollja*. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- SZVATKÓ A. et al. (2018): *Fejlődéskövető kora gyermekkori óvodában történő szűrővizsgálatok rendszere az iskolába lépés idejéig*. Protokoll. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- TORDA Á. et al. (2015): *Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez*. Budapest, Educatio Kht.
- TURI E. – GERVAI J. – ÁSPÁN N. – HALÁSZ J. (2013): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ- Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban = Validation of the Hungarian Strengths and Difficulties Questionnaire in an adolescent clinical population. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 165–179. p.
- VÁGÓ I. (2005): Felfelé terjeszkedő óvodáztatás – stagnáló hozzájárás. *Educatio*, 14(4), 742–760. p. https://folyoiratok.oh.gov.hu/sites/default/files/article_attachments/vagoi_0504.pdf (Letöltve: 2021. 12. 13.)
- VAJDA Zs. (2009): Siettetett gyerekek. *Iskolakultúra*, 19(9), 3–14. p.
- VARGÁNÉ TEGHZE-GERBER Zs. – ÖRY I. – SZABÓ P. (1979): Az iskolára való érettséggel kapcsolatos vizsgálatok eredménye, az alkalmasságot befolyásoló tényezők budapesti gyermekeknél. *Demográfia*, 22(1), 9–59. p. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/1191/1215> (Letöltve: 2021. 12. 10.)
- WÉBER A. (2013): *Óvodai beszoktatás – Legyen könnyebb az első búcsú*. <https://babafalva.hu/ovodai-beszoktat-as-legyen-konnyebb-az-elso-bucsu/> (Letöltve: 2018. 01. 31.).
- ZSOLDOS M. (1999): A tanulási és magatartási zavarok kognitív terápiája. A Sindelar-program. *Új Pedagógiai Szemle*, január, 49(1), 70–76. p.
- ZSOLDOS M. – SARKADY K. (2001): *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára: MSSST*, Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- ZSOLDOS M. – MOHAI K. – RINGHOFER J.-NÉ (É. N.): *Állásfoglalás a Sindelar-program vizsgálati eljárásának alkalmazásához*. http://www.barczi.elte.hu/media/c1/24/9c6cfdbb7749fd012_d985586b0bc70de25ecd4b31429aaa88b368dd5e72a/allasfoglalas_honlapra.pdf (Letöltve: 2018. 01. 30.).

Jogszabályok

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
- 67/2005. (XII. 27.) EüM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet módosításáról.
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról.
- 363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról.

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

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

28/2017. (X. 25.) EMMI rendelet egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról.

A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet módosítása (2020).

4. TÉMAKÖR

KIEMELT FIGYELMET IGÉNYLŐ GYERMEKEK AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN

II.3. AZ ÁTLAGTÓL ELTÉRŐ FEJLŐDÉS

FUTÓ G. – CSEPREGI A. – KERÉKI J. – SZVATKÓ A. (2022): Az átlagtól eltérő fejlődés. In KERÉKI J. (szerk.): *Gyermekút. 2.*, javított kiadás. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft., 179–224. p.

A gyermekek fejlődési-tanulási folyamatainak tanulmányozásával, a fejlődés ütemének leírásával és a különböző képességterületek fejlődési mérföldköveinek meghatározásával több tudományág foglalkozik. Az átlagos fejlődés menet meghatározására különböző skálák, tesztek, mérőmódszerek állnak a szakemberek rendelkezésére, ám az egyes fejlődési területek egymásra gyakorolt kölcsönhatásainak feltérképezésére, a gyermekek fejlődésében tapasztalt furcsaságok/eltérések ok-okozati összefüggéseinek megértéséhez ezek alkalmazása gyakran nem elegendő. A felmerülő fejlődésbeli eltérés összetettségére példaként megemlíthetjük a megkészt beszédfejlődés tünetét, amikor azt tapasztaljuk, hogy a gyermek expresszív (kifejező) beszéde elmarad a kortársaitól; kevesebbet beszél, szavakat, mondatokat nem alkot, esetleg kommunikációs szándéka is az életkori átlag alattinak mondható. Ennek hátterében sokféle tényező állhat, például halláskárosodás, az akusztikus észlelés zavara, a száj és a nyelv mozgásait irányító izmok funkciójának (oromotoros funkció) zavara, értelmi elmaradás, autizmus vagy különböző pszichoszociális tényezők.

A gyermekek szomatikus fejlődésére vonatkozóan rendelkezünk olyan referenciaadatokkal és mérési lehetőségekkel (testsúly, testmagasság, fejkörfogat, mellkaskörfogat stb.), melyek kellő objektivitással tájékoztatják a szakembereket a gyermek testi fejlődéséről, ám a korai fejlődésbeli eltérések objektív értékelése összetett folyamat. A probléma hátterében meghúzódó okok pontos tisztázásához több tudományterület szakembereinek együttes tudása szükséges, ami biztosítja a gyermek eltérő fejlődés menetének többirányú, interdiszciplináris megközelítését és vizsgálatát. A lassabb szomatikus fejlődés hátterében állhat organikus eredetű anyagcsere-zavar, ételallergia vagy felszívódási zavar, ugyanakkor az alultápláltság tünetei sajnálatos módon a minőségi vagy mennyiségi éhezés következtében is jelentkezhetnek. A komplex vizsgálatot végző csapat az alábbi szakemberek alkothatják: gyermekneurológus, gyermekpszichiáter szakorvos, pszichológus; a problémától függően különböző szakirányon végzett gyógypedagógus (logopédus, látássérültek/hallássérültek, értelmileg akadályozottak, tanulásban akadályozottak, autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, pszichopedagógus, szomatopedagógus), továbbá gyógytornász és konduktor. A gyermekek komplex, interdiszciplináris megközelítésű vizsgálatát a pedagógiai szakszolgálatoknál működő szakértői bizottságok és a korai fejlesztés területére szakosodott intézmények tudják biztosítani, mert ezek az intézmények rendelkeznek megfelelő számú és végzettségű szakemberrel.

A jelenleg elfogadott nomenklatúra szerint a gyermekek átlagos fejlődés menetét tipikus fejlődésnek nevezzük, míg az átlagtól eltérő fejlődést atipikus fejlődésnek említi a tudományos élet. (A korábban, hosszú éveken át használatos „normál fejlődés” elnevezést váltotta ez a kifejezés, mert a „normál” ellentétként használt „abnormál” jelző pejoratív jelentéstöbblettel bír.) Azt azonban nem tudjuk, hogyan határozzuk meg azokat a konkrét állomásokat, melyek az átmenetet biztosítják a fejlődés során az egyik állapotból a másikba. Vannak-e klinikai jelek, melyekre figyelhetünk ahhoz, hogy tudjuk, hogy a gyermek készen áll egy új feladat elsajátítására, egy új képesség kibontakoztatására? Nem tudjuk, hogyan mérhetjük a változatosságot

klinikai szemmel és hogyan határozhatjuk meg azokat a fejlődési mérföldköveket vagy határmezsgyét, melyek alapján a gyermek fejlődésmenetét a tipikus vagy az atipikus fejlődésment kategóriájába soroljuk. Van-e olyan konkrét mennyiségi vagy minőségi tényező a gyermek felkészültségében – mint például a motiváció –, amely befolyásolhatja a fejlődést, az új képességek elsajátításának kezdetét? Vannak-e olyan tényezők a gyermek környezetében, melyek megváltoztatásával segítjük a gyermek „készenléti állapotának” kialakítását új tevékenységek elsajátításához? (SAUVE–BARTLETT 2010).

A gyermeki fejlődés összetett folyamatainak tanulmányozása során megállapíthatjuk, hogy nehéz helyzetben vannak azok a szakemberek, akik a 3 év alatti, eltérő, atipikus fejlődésmentű gyermekek korai intervenciós ellátását megelőző pszichológiai-gyógypedagógiai diagnózis felállítását végzik. Tekintettel arra, hogy a 2011. évi CX. köznevelési törvényhez kapcsolódó 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás feladatai között a prevenció célú tevékenységet is megjelöli,²⁷⁰ a pontos diagnózis felállításához lehetőség nyílhat a folyamatdiagnosztika, vagy követéses diagnosztika alkalmazására.

A folyamatdiagnosztika a terápiás munkával párhuzamosan történik, amely során megfigyelhetjük, hogy az eltérő fejlődésű gyermek hogyan reagál a fejlesztésre. A gyermekről alkotott képességprofil egyre pontosabbá válik, ami segítséget nyújt abban, hogy a későbbiekben a szükségleteinek megfelelő ellátásban részesüljön óvodai és iskolai éve során egyaránt. Az atipikus fejlődésment a pszichomotoros fejlődés egyes területeinek részletes megfigyelésével, tesztek által történő vizsgálatával, valamint a spontán és irányított játéktevékenység tanulmányozásával detektálható. Ezek a fejlődési területek a következők: motoros képességek (nagymozgások, finommotorika és manipulációs tevékenység, kognitív funkciók, adaptív gondolkodás és játéktevékenység, kommunikáció, nyelv- és beszédfejlődés, szociális képességek). Arra vonatkozóan azonban nincs egységes megállapodás, hogy az atipikus fejlődésment klinikai diagnózis nélkül mely ponton igényel fejlesztő és terápiás beavatkozást. Hosszú évek tapasztalatai azt igazolják, hogy amennyiben 18 hónapos kor alatt az egy fejlődési területen észlelhető elmaradás meghaladja a 3 hónapot (pl. 1 éves korban a gyermek még nem ül fel önállóan, kúszással és mászással nem próbálkozik), vagy több fejlődési területen kisebb, 1-2 hónapos lemaradás tapasztalható, indokoltá válhat a fejlesztő és terápiás beavatkozás alkalmazása. 18 hónapos kor után ezek az eltérő fejlődésre utaló időintervallumok bővíthetnek. Az egy területen tapasztalható lemaradás 6 hónap eltérést is mutathat, amikor a fejlesztő és terápiás beavatkozás megkezdődik. Például abban az esetben, amikor a gyermeknek 24 hónaposan megközelítően 50 szava van a kifejező beszéd területén, a fejlesztő és terápiás beavatkozás megfontolandó, ugyanakkor, ha ehhez az elmaradáshoz már a beszédértés területén is társul elmaradás, a fejlesztő és terápiás beavatkozás indokoltá válik.

Az atipikus fejlődésmentű gyermekek a gyanújelek észlelésétől a pontos diagnózis kialakításáig gyakran hosszú utat járnak be. Ez alatt az idő alatt értékes hónapokat, éveket veszítenek, bár ez az időszak egy jól működő „észlelő-továbbító-ellátó” rendszer működése esetén már a hatékony korai beavatkozás részét képezhetné. Az ellátásba történő bekerülés hatékonyságát növelheti az a jogszabályi módosítás, amely a szülői megfigyelésen alapuló kora gyermekkori védőnői szűrővizsgálatok elvégzésének kötelezettségéről rendelkezik.²⁷¹

²⁷⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 4. § (1).

²⁷¹ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

II.3.1. A motoros funkciók eltérő fejlődése

II.3.1.1. Áttekintés

A mozgás a szűkebb és a tágabb környezet megismerésének nélkülözhetetlen eszköze. A helyzet- és helyváltoztató mozgások segítségével kitárul az egyén számára a világ. Ezek a motoros képességek a megismerési/tanulási folyamatok nélkülözhetetlen alappillérei. A gyermekek mozgásfejlődése, a mozgásszabályozás kialakulása már a magzati életben elkezdődik. A motoros tanulási folyamat, az új mozgásfunkciók elsajátítása a megszületést követően egészen az iskoláskor eléréséig intenzíven zajlik. Az újszülött gyermek mozgástevékenységének vizsgálata során az éretlen idegrendszer működését tükröző koordinálatlan, összerendezetlen, reflexes mozgások figyelhetők meg. A felnőtt emberre jellemző mozgásformák kialakulása – mint például a felegyenesedés, állás, járás és a felső végtag célirányos használata – az első néhány életév során lejátszódó fejlődési folyamatok eredménye. A mozgástevékenységek, a motoros funkciók összetett szabályozási folyamatainak zavartalan fejlődése biztosítja az újszülött számára a létfenntartás és a megismerési/tanulási folyamatok emberre jellemző (humánspecifikus) kialakulását, melyet belső és külső tényezők egyaránt befolyásolnak. Belső tényezőként említhetjük a gyermek habitusát (nyugodt, szemlélődő vagy nagyobb mozgásigényű) és anatómiai adottságait (testalkat, ízületek mobilitása), míg a külső tényezők közé soroljuk a gyermeket körülvevő környezet sajátosságait (szülők, játékok, kulturális környezet).

Újszülöttkorban az emberi létfenntartáshoz nélkülözhetetlen táplálkozási folyamatot, a szopómozgásokat, a szopás-nyelés-légzés összehangolt, koordinált működését a központi idegrendszer által irányított reflexes szabályozási folyamat biztosítja. Amennyiben ez az összehangolt működés valamilyen zavart szenved, a gyermek etethetősége nehezítetté válik, ami megzavarhatja a korai anya-gyermek kapcsolat kialakulását. Ebben a korai életszakaszban a szopóreflex mellett több más motoros működést irányító reflex (primitív reflexek, elemi mozgásminták) is megfigyelhetők, illetve kiválthatók az újszülöttek és csecsemők mozgásvizsgálata során. A legegyszerűbben vizsgálható reflexek közé tartozik a fogóreflex, melyet a gyermek tenyerébe helyezett tárgygal válthatunk ki. Válaszreakcióként erőteljes szorítást tapasztalunk, majd kis idő elteltével a szorítás mérséklődik, a kéz ököltartása lazul. Az újszülöttekre jellemző reflexes mozgások (primitív reflexek) a csecsemőkori fejlődés során fokozatosan visszahúzódnak (magasabb idegrendszeri szintek aktív gátlása alá kerülnek), és megjelennek a célirányos, akaratlagos mozgások, melyeket a gyermek játéktevékenysége és önkiszolgáló tevékenysége során figyelhetünk meg.

A mozgásszabályozás fejlődésének folyamata évszázadok óta foglalkoztatja a tudományos élet szereplőit és az elméleti és gyakorlati szakembereket. A megfigyelési szempontok rendszerét egyszerűsíti, ha a nagymozgásokat (forgás, felülés, felállás, járás stb.) és a finommozgásokat (a felső végtaghoz kapcsolódó funkciók, pl. nyúlás, tárgyak megfogása és célirányos használata) külön szempontrendszer szerint vizsgáljuk, bár a két terület a fejlődés során szorosan kapcsolódik egymáshoz. Amikor a gyermekek mozgásfejlődésének folyamatát jellemezzük, a motoros funkciók eltérő fejlődésének első tüneteként a szülők leggyakrabban a hason fekvő helyzetben lévő gyermek fejemeléseinek és a forgás kialakulásának elmaradását jelzik. Utólagosan említést tehetnek arról is, hogy gyermekük „ügyetlenül” szopott, gyakran félrenyelt, csorgatta az anyatejet, illetve hamar elfáradt a szoptatás során, ami az egyszerű nátha miatt kialakuló orrduguláson kívül a mozgásszabályozás rendellenességére is utalhat.

A motoros funkciók eltérő fejlődésében is szerepet játszhatnak külső és belső tényezők. A belső tényezők közé sorolhatók azok a károsító tényezők következtében kialakuló egészségi állapotváltozások, amelyek az idegrendszer vagy a mozgásszervrendszer eltérő fejlődését eredményezik. Ilyen lehet például egy oxigénhiányos állapot, mely az agyállomány károsodását okozza. A veleszületett végtaghiány, az üvegcsontúság (osteogenezis imperfecta) és a különböző korai életszakaszban jelentkező krónikus ízületi gyulladások szintén a motoros funkciók eltérő fejlődését okozzák, s ezek hosszú távon mozgásszervrendszeri fogyatékoság kialakulásához vezetnek. A különböző érzékszervi károsodások és a megismerő funkciók zavara egyaránt eredményezhet eltérő motoros fejlődést csecsemő- és kisgyermekkorban. Az eltérő mozgásfejlődést eredményező leggyakoribb külső tényezőnek az ingerszegény, súlyosabb esetben az elhanyagoló környezetet tekinthetjük. A mozgásszabályozási folyamatok fejlődésének összetettségét néhány konkrét példa bemutatása segíthet megérteni.

Az **izomtónusbeli eltérések** a mozgásfejlődés folyamatát kedvezőtlenül befolyásolják. A vázizomzat zavartalan működéséhez nélkülözhetetlen a normál izomtónus és a hozzá kapcsolódó izomerő fiziológiás jelenléte. Az izomtónus a központi idegrendszer által szabályozott „izomfeszesség”, melyet az ízületek passzív mozgatásával vizsgálhatunk. Az újszülöttek végtagjainak hajlított tartását a végtaghajlító izmok tónusfokozódása eredményezi (flexiós tónusfokozódás), ami ebben az életkorban fiziológiásnak tekinthető. Ez a testtartás az első hat hónap során fokozatosan átalakul, megjelennek a végtagok célirányos, aktív mozgásai és a törzs felegyenesedési folyamatai. A **központi idegrendszeri károsodások az izomtónus rendellenes változásait**, az izomtónus fokozódását (spaszticitás, rigiditás) vagy csökkenését (izomhipotónia) eredményezhetik a törzsön és a végtagokon. Izomtónusbeli eltérést okozhat továbbá az izomdisztrófia és a különböző perifériás típusú idegbénulások, valamint a genetikai rendellenesség következtében megnyilvánuló szindrómák is. Az izomtónusbeli eltérések a motoros funkciók eltérő fejlődéséhez vezetnek, például a Down-szindrómás gyermek csökkent izomtónusa lassítja a felegyenesedési folyamatok és a helyváltoztató mozgások (pl. mászás, járás) kialakulását, a mozgáskoordinációt és az egyensúly fejlődését.

A **látásfunkciók** kialakulása fontos tényezője a zavartalan mozgásfejlődésnek. A felegyenesedés (vertikalizáció) folyamatának kialakulását nehezíti a korai látáskárosodás, ami megakadályozza a gyermek vizuális ingerek által történő térbeli tájékozódását. Pl. a tipikus fejlődésmentű gyermek hason fekve a fejét megemelve nézelődik, tekintetét a fej mozgásához igazítva egy-egy pontra fixálja, vagy a fejemeléssel mellett tekintetével (akár fejfördítés kíséretében) követő szemmozgást végez. Ezzel szemben a látáskárosodott gyermek a hiányzó vizuális ingerből származó információt az egyéb érzékszervei által feldolgozott ingerek alapján kell, hogy kialakítsa, pótolja. Ebben az esetben nagyobb feladat hárul az egyensúly-érzékelésből (vesztibuláris rendszer), a saját testéretéből (kinesztézia, propriocepció, szomatoszenzórium) és a különböző hangingerekből (pl. szóbeli instrukciók, külvilági zajok) származó információk mozgásfejlődést segítő komponensei számára. A látáskárosodás nemcsak a nagymozgások fejlődését hátráltatja, hanem a finommozgások kialakulását is negatívan befolyásolja, akadályozza. A célirányos nyúlás egyik fontos motiváló eleme például a színes, változatos formavilágú játék megpillantása és a játék megszerzése iránt érzett olthatatlan vágy, mely a gyermek célirányos mozdulatának kivitelezést eredményezi. Vizuális ingerek hiányában a gyermek számára a hangadó vagy a különböző taktilis ingereket biztosító játékok jelentik a motiváló környezetet.

A **megismerő (kognitív) funkciók** szintén befolyásoló tényezőként jelennek meg a mozgásfejlődésben. A megismerő funkciók azok az agyi folyamatok, melyek segítségével információkat szerzünk a világról, megismerjük és megértjük környezetünk működését, illetve az általuk szerzett információknak megfelelően cselekszünk. Amennyiben ezek a megismerési folyamatok

valamilyen idegrendszeri károsodás vagy működési zavar miatt eltérnek a tipikus fejlődésmentől, a gyermekek mozgásfejlődését késleltethetik, akadályozhatják. Például amikor egy gyermek a környezetéből származó fény- és hangingereket nem olyan izgalmas játéktárgyakként azonosítja, amelyekkel esetleg játszani tudna, akkor az ilyen ingerek iránt nem fog érdeklődést tanúsítani. Más esetben ezek az ingerek akár félelmet is kelthetnek a gyermekben és megijed tőlük, így nem készítetik cselekvésre annak érdekében, hogy egy-egy érzékelt tárgyat mindenképpen megszerezzen.

A motoros funkciók eltérő fejlődéséről a nagy- és a finommozgások kialakulása mellett az egyes mozgásfunkciók minőségi megvalósítása is információval szolgálhat. Ezekben az esetekben nem tapasztalható súlyos mozgásfejlődésbeli eltérés, ám a „gyakorlott szemű”, rutinos szakemberek „motoros furcsaságokról” számolnak be. A gyermek pl. nagyobb terpeszben, széles alátámasztási felületen lépeget, vagy járás, futás során a felső végtagját nem lendíti koordináltan a nagymozgásoknál. A „minőségi mozgások” a koordinált, összerendezett mozdulatok és egyensúlyi helyzetek biztonságos kivitelezését jelentik a mozgásfejlődés során. Pl. megfigyelhetjük a gyermekeken, hogy járásbiztonságuk hogyan változik, amikor ingergazdagabb kültéri környezetben játszanak, s hogy egyenetlen talajon (fű, kavics), lejtőn vagy lépcsőn milyen biztonságosan mozognak.

Az atipikus motoros fejlődési folyamatok megértéséhez segítséget nyújthat a szenzoros feldolgozási zavar fogalmának (Sensory Processing Disorder – SPD) alkalmazása (lásd 7. ábra). Azokban az esetekben, amikor a csecsemő- és a kisgyermekkorai mozgásfejlődés lassabb ütemben történik, és az egyes motoros funkciók atipikus kivitelezése figyelhető meg, a felső és alsó végtagok területén gyakran tapasztalunk olyan hárfító mechanizmusokat (pl. tenyér és talptámasz hárfítása), amelyek a felegyenesedés és nagymozgások fejlődését negatívan befolyásolják. Ezeknél a gyermekeknél gyakran tapasztalható a motoros szerialitás nehezítettsége: motoros mintázataik „minőségi” elsajátításához és automatizálásához mozdulatról mozdulatra segítséget igényelnek pl. felülés, mászás, felállás, koordinált járás és a finommotoros tevékenységeik során egyaránt.

7. ábra. A szenzoros integrációs problémák vizsgálatának és diagnosztikájának koncepcionális háttere (MILLER et al. 2007)

A SZENZOROS FELDOLGOZÁS ZAVARA (SPD)		
Szenzoros moduláció	Szenzoros diszkrimináció	Szenzoros eredetű atipikus mozgásfejlődés
Hiperszenzitív (alacsony ingerküszöb)	Vizuális Akusztikus Vesztibuláris Proprioceptív Taktilis Íz/szag Interocepció	Poszturális (testtartás, felegyenesedés)
Hiposenzitív (magas ingerküszöb)		Diszpraxia/manipuláció
Szenzoros vágyakozás		

A motoros tanulási folyamatok összetettségének tanulmányozása során megfigyelhető, hogy a **mozgásfejlődésbeli eltérések háttérében meghúzódó okok nagy változatosságot mutatnak**. Ez a nagy fokú változatosság rávilágít annak fontosságára, hogy a motoros funkció eltérő fejlődésének vizsgálatakor és az intervenciós folyamat tervezésekor fontos a probléma többirányú megközelítése, a különböző szakemberekből álló team közös állásfoglalása.

II.3.1.2. Felismerés, szűrés

A mozgásfejlődésbeli eltéréseket észlelheti a szülő, a védőnő, a házi gyermekorvos/háziorvos, illetve a gyermek ellátásában részt vevő családtag, ismerős vagy szakember (pl. bölcsődei kisgyermeknevelő). Újszülöttkorban és korai csecsemőkorban a motoros funkciók eltérő fejlődésének tünete észrevehető a gyermek spontán mozgásainak megfigyelése során, amit különböző testhelyzetekben, pl. hanyatt és hason fekvő helyzetben egyaránt el kell végezni. A spontán mozgások megfigyelésekor fontos, hogy a gyermek nyugodt, éber állapotban legyen; fokozatosan vetköztessük le, és amennyiben még nem tud hasra fordulni, fektessük a vizsgálat során hasra is. A motoros funkciók vizsgálatakor érdemes a **nagymozgásokra** és a **finommozgásokra** külön-külön figyelmet fordítani. Többek között a **felegyenesedés** (vertikalizáció) folyamatának pillanatnyi állapotát, a fej és a végtagok spontán mozgásait, a szemmozgásokat és a száj helyzetét (nyitott vagy zárt), illetve néhány primitív reflex spontán kiváltódását figyeljük meg (pl. az aszimmetrikus tónusos nyaki reakciót, amely ha tartósan fennmarad, a spontán mozgások során 5-6 hónapos kort követően is rendszeresen aktiválódik, és akadályozza a csecsemő mozgásfejlődését).

A felegyenesedés folyamatával párhuzamosan fejlődnek a helyváltoztató (lokomotoros) mozgások, mint például a forgás hátról oldalra, hasról hátra, majd hátról hasra, illetve ezt követően a kúszás, mászás, járás. Ezeknek a mozgásoknak a megjelenése, kivitelezése sok információt szolgáltat a gyermekek fejlődéséről. (Mikor, mennyi idős korában jelent meg a mozgás? Hogyan végezte? Esetleges egyéni furcsaságok, szülői megfigyelések.)

A finommozgások és a manipuláció fejlődésének megfigyeléséhez néhány egyszerű, a csecsemő, illetve kisgyermek életkorának megfelelő játék is szükséges, pl. könnyen megfogható csörgő, kocka, kiskönyv stb. A vizsgálat során megfigyelhetjük, hogy a felkínált játékért hogyan nyúl a gyermek, hogy mindkét felső végtagját szimmetrikusan használja-e, s hogy hogyan fogja meg, hogyan manipulál vele.

Az orvosi szűrővizsgálatok alkalmával a korai életszakaszban néhány primitív reflex és elemi mozgásminta vizsgálatára is sor kerül, s az alapellátást biztosító orvos a felmerülő gyanújelek esetén további szakorvosi (gyermekneurológiai) kivizsgálást indikál.

II.3.1.3. Állapotmegismerés, diagnosztika

A motoros funkciók eltérő fejlődésének diagnosztikájában, a gyermek mozgásállapotának megítélésében több szakember együttes vagy egymást kiegészítő vizsgálata hozza meg a pontos diagnózist. Ha a gyermek anamnézise olyan történetet tartalmaz, ami alapján az organikus károsodás pontos oka gyaníthatóvá válik – pl. elhúzódó szülés, fertőzés az anyaméhben –, akkor az oki kivizsgálás ebbe az irányba indul el gyermekneurológiai szakvizsgálat formájában. Ismeretlen kórelőzmény esetén a tünetek mentén kezdődnek a vizsgálatok, melyeket gyermekneurológus szakorvos részvételével egy komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgáló team végez. Az eltérő motoros fejlődés háttérében nincs mindig kimutatható neurológiai károsodás, ám az eltérés objektíven észlelhető (időbeli megkésetttség, egyensúly- és koordinációs problémák). A gyermek mozgásállapotának meghatározását olyan komplex szakembercsoport végezze, melynek tagjai a motoros funkciók több szempontú megközelítését alkalmazzák.

Az izomtónus és a különböző ízületek mozgásterjedelmének meghatározása mellett fontos a gyermek motoros funkcióinak pontos, életkori szintű felmérése, figyelmi állapotának, motíválhatóságának megismerése is. A vizsgálati vélemény kialakításában a mozgásfejlesztésben/mozgásterápiában jártas szakember (gyógytornász, szomatopedagógus, konduktor), valamint a pszichológus (klinikai szakpszichológus) és a gyógypedagógus (értelmileg akadályozottak, látássérültek/hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, logopédus, szurdopedagógus) közösen vegyen részt. A komplex, interdiszciplináris vizsgálat a pedagógiai szakszolgálatnál működő szakértői bizottságnál vagy alapítványi, egyházi fenntartású, szakszolgálati feladatot is ellátó fejlesztő központokban, illetve egyéb, komplex diagnosztikát alkalmas intézményben történhet.

II.3.1.4. Fejlesztő és terápiás lehetőségek

A motoros funkciók eltérő fejlődésének terápiáját a probléma súlyosságának és típusának függvényében különböző szakember (pl. gyógytornász, gyógypedagógus, konduktor), különböző hazai és nemzetközi módszerek alkalmazásával végezheti.

A szenzomotoros neuroterápia (korábbi nevén neurohabilitációs tréning) módszertana Magyarországon került kidolgozásra, bevezetésre és alkalmazásra (KATONA 1979; 1986). A korai szenzomotoros neuroterápia célja az agykárosodás következményeinek megelőzése és az idegrendszer fejlődési gradienseinek befolyásolása. „A szenzomotoros neuroterápia a csecsemőagy saját mozgásszabályozó rendszereinek aktivizálásán alapszik...” (BERÉNYI–KATONA 2012, 225). A szenzomotoros reakciók mozgásmintái (pl. lokomotoros elemi mozgásminták, vertikálizációs elemi mozgásminták, statokinetikus reakciók stb.) megfelelő testhelyzetben aktiválhatóak, és ezek a reakciók alkalmasak arra, hogy szenzoros visszajelzést (feedback) nyújtsanak a központi idegrendszer mozgásszabályozási rendszerei számára. Az elemi mozgásmintázatok rendszeres gyakorlása segíti a központi idegrendszerben lejátszódó érési, fejlődési, tanulási és „huzalozási” folyamatok kialakulását. A neuroterápia alkalmazható a látás, a hallás és a prekognitív funkciók rendellenességeinek korai kezelésére, továbbá a motoros szabályozás fejlődését befolyásoló korai agyi laesiók, a gerincvelőt érintő károsodások vagy perifériás típusú idegsérülések esetén, pl. plexus brachialis laesio, myelomeningocele stb. (KATONA 1986; BERÉNYI–KATONA 2012).

A Dévény Speciális manuális technika-Gimnasztika Módszer (DSGM) „Olyan eljárás, amely képes a rendellenes helyzetekben rögzült izom-, ín- és kötőszövetrendszert fellazítani, és kóros helyzetéből kimozdítva normál pozíciója felvételére szoktatni. Ezek pozitív irányú passzív átrendezésével elhárítja a mozgás mechanikai akadályait. Ezzel az izmokat olyan állapotba hozza, hogy azok az agyból érkező parancsokat minél pontosabban végre tudják hajtani” (DÉVÉNY 1988, 126–27). A módszer hangsúlyozza, hogy a lágyrésztechnika (soft tissue technique) alkalmazása a kontraktúrák kialakulásának megelőzésével, a szenzoros feedback normalizálásával befolyásolja az eltérő mozgásfejlődés menetét. A lágyrésztechnikák között a DSGM-en kívül az utóbbi időben egyre gyakrabban találkozhatunk a Pfaffenrot-módszer (BÖSENBAKER–SZŐKE é. n.) és a Bowen-terápia (TREMBLAY 2007) alkalmazásával, melyek az izomfasciák mobilizálásán keresztül (fascia manipulációs technikák) próbálják korrigálni a mozgásszervrendszeri rendellenességeket.

A cerebrális parézises gyermekek körében világszerte eredményesen alkalmazott eljárás a Bobath-konceptió és -módszer, mai nemzetközileg elfogadott nevén Neuro-Developmental Treatment (NDT). Ez az eljárás azon betegek vizsgálatának és kezelésének problémamegoldó megközelítése, akiknek központi idegrendszeri sérülés (laesio) következtében tónus-, mozgás- és funkcióbeli eltérése van (felnőtt hemiparetikus betegek, központi idegrendszeri károsodott

– cerebrális parézises [CP-s] gyermekek). Az NDT filozófiája követi a motoros szabályozás elméleti hátterének változásait, és a terápiás beavatkozás során több evidenciaalapú kutatási eredményt alkalmaz (pl. külső támasz alkalmazása a jobb minőségű funkciók eléréséhez, extenziót facilitáló segédeszközök alkalmazása a vertikalizáció fejlődésének megsegítéséhez; a neurológiai eredetű kórképek ortopédiai deformitásainak megelőzése és csökkentése; HOWLE 2004).

A **konduktív pedagógia** a dr. Pető András (1894–1967) által kidolgozott empirikus alapon nyugvó, rehabilitációs módszer. A konduktív nevelési rendszer nem valamely fogyatékosság megváltoztatását, hanem a változásra képes ember segítségét, nevelését tűzi ki célul. A kondukción (rávezetés) a tanulás aktív formáját hangsúlyozza, és az agy plaszticitására, a károsodott idegrendszer megmaradt residuais kapacitására építkeznek. Tekintettel arra, hogy a módszer egyik fontos alappillére a verbális irányítással történő csoportos fejlesztés, a konduktív pedagógia módszere – klasszikus formájában – csecsemőkorban nem alkalmazható. Az agyi struktúrák tanulásra való képessége kognitív úton (ritmikus intendáláson keresztül) eredményez mozgástanulást, szobatisztaságot, önellátást és integrált személyiségfejlesztést. Pozitív hatását leginkább cerebrális parézises gyermekek esetében éri el korai intervenció során. A konduktív pedagógia a mozgássérült gyermek rehabilitációját tanítási-tanulási folyamatként értelmezi. A napirend a gyermekek egész napi tevékenységének rendszerezését biztosítja; nevelési eszköz, a gyakorlás komplex eszköze. Megszabja a különböző tevékenységek és programok kezdésének időpontját, magában foglalva a felkészülést, a mosdást, a fürdést, az étkezéseket, a tanulás, a munka, a tv-nézés, a játék és a pihenés idejének szabályozását is (HÁRI et al. 1991).

A gyógypedagógia területén belül a szomatopedagógus hivatott az eltérő mozgásfejlődésű gyermekek mozgásnevelését biztosítani, de a különböző kiegészítő képzések, tanfolyamok lehetőséget biztosítanak arra, hogy más szakirányú gyógypedagógusok is elsajátíthassák és alkalmazhassák a szenzoros integráció elméletén alapuló terápiás eljárásokat (pl. értelmileg/tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, logopédus).

A szenzoros integrációs terápia teóriáját Anne Jean Ayres amerikai foglalkozásterapeuta (occupational therapist) és neuropszichológus az 1960-as évek végén úttörő módon, sok ellenállással megküzdve kezdte el kialakítani. Megfigyeléseit kezdetben cerebrális parézises gyermekeken végezte. Kutatásai során arra a megállapításra jutott, hogy bizonyos feladatok végrehajtását nem csupán a neuromotoros működés eltérései akadályozzák, hanem ehhez társulhat pl. a vizuális percepció elégtelensége is (BLANCHE–BOTTICELLI–HALLWAY 1995). A vizuális funkciók elégtelen működése azonban nem adott választ az összes fennálló percepciós problémára, ezért kutatásait kiterjesztette az ősbibb szenzoros területekre (taktilis, propioceptív és vesztibuláris működések), melyek a mozgásszabályozást, a motoros tanulási folyamatokat, a viselkedést és az érzelmi egyensúlyt befolyásolják (AYRES 1972). A későbbiek során ép és tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek szenzoros integrációs működését is vizsgálta. Úgy találta, hogy a szenzoros rendszerek elégtelen működése egyaránt kihat a motoros tervezésre, a nyelv- és beszédfejlődésre, az érzelmi életre és a kognitív funkciók kialakulására. Ayres terápiás módszere sikeresen alkalmazható jó néhány kórképben, pl. CP, Down-szindróma, fragilis X-szindróma, autizmus, tanulási zavarok.

Az Ayres nevéhez fűződő holisztikus szemléletű terápiás eljárás lehetőséget ad arra, hogy a résztvevők mozgásos játék közben az egymásba fonódó érzékleti-mozgásos, majd érzelmi és kognitív szinteket anélkül szervezhessék meg, hogy a megerősítés-jutalmazás törvényszerűségeinek következetes alkalmazásával alapjaikban sérült funkciókat gyakorolnának. A terápia a szenzoros integráció hipotetikus fogalmára épül, arra a folyamatra, melynek során az érzékleti ingerek *felhasználási céljuknak megfelelően* értelmes jelentéssé szerveződnek (SZVATKO

2004). A terápiában részt vevők számára a játéktevékenység összefüggéseiben kínál mozgások lehetőségeket, és ilyen módon a gyermekek mintegy önmagukat alakíthatják saját motivációjuk segítségével, saját játékbeli céljaiknak megfelelően. A vesztibuláris-proprioceptív-taktilis működéseik mindezek hatására normalizálódnak, és minden területen javul a világhoz való alkalmazkodásuk színvonala.

Ayres módszerét, ami mára világszerte ismert és elismert eljárás, hazánkban is szívesen alkalmazzák, hiszen elvei közel állnak az értékes hagyományokat magukénak valló magyar pszichoterápiás és pedagógiai iskolák gondolatköréhez. A magyarországi felhasználás éppen ezért kissé eltérő az átlagos nemzetközi gyakorlattól, bár nem teljesen egyedülálló. Legfőbb sajátossága, hogy még azokban a formákban is, amelyekben ez nem magától értetődő, törekszik a gyermekek alkotó fantáziájának támogatására és a mozgásaikban megnyilvánuló egyéni sajátosságok figyelembevételére. Tehát csoportos kezelés esetén sem az egyöntetűséget, bizonyos rutinok és mégoly kiváló „gyakorlatok” elsajátítását várják el a gyermekektől, hanem azt, hogy keressék meg, mit szeretnek, mi a jó nekik, mit mernek kipróbálni.

A szenzoros integráció és a pszichoanalízis budapesti iskolájának eleven hagyományának találkozásával jött létre a szenzoros integrációs terápia hazai változata, a **dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT)**, amely az országban egyre több helyen elérhető.

Ayres koncepciójának egyes elemeit felhasználva, de azokat edzéselméleti alapokra építve került kidolgozásra a magyarországi a korai intervencióban elterjedt **TSMT- (Tervezett Szenzomotoros Tréning)** és a **HRG- (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika)** módszer, melyek Lakatos Katalin nevéhez kapcsolódnak. A szenzomotoros kezelés home-training formában a szülők aktív részvételével valósul meg, a szakemberek pedig 2-3 hetente kontrollvizsgálat keretében követik a gyermek állapotának változását.²⁷² Az eljárás jellegzetessége, hogy határozott elvárásokkal fordul a sérült gyermekek és szüleik felé, hogy az előzetesen a szakemberek által összeállított gyakorlatsort következetesen és napi gyakorisággal végezzék el, tréningyszerűen és kitartóan. A módszert az idegrendszerileg éretlen, különböző kórképekkel diagnosztizált (koraszülött, tanulászavar-veszélyeztetett, autizmus spektrum zavarral küzdő) gyermekek esetében eredményesnek találták. A TSMT-fejlesztések elsődleges célja, hogy a kéreg alatti (nem tudatos) idegrendszeri szabályozás folyamatait rendezzék, normalizálják és egymással összehangolják (LAKATOS 2001).

A mozgásfejlesztés megkezdése előtt fontos a részletes, komplex kivizsgálás a korábban felsorolt interdiszciplináris diagnosztikus team közreműködésével, és csak ezt követően lehet megtervezni és elkezdeni a célirányos fejlesztést. A mozgásfejlesztést végző szakember gyermekneurológussal, ortopéd szakorvossal vagy gyermekrehabilitációs szakorvossal együttműködve javaslatot tesz a gyermek fejlődését támogató segédeszközök viselésére (sín, fűző stb.), melyek szakszerű alkalmazását megtanítja a szülőnek, és szükség esetén a gyermek ellátásában részt vevő szakembernek, pl. bölcsődei kisgyermeknevelőnek, óvodapedagógusnak, értelmileg akadályozottak szakirányon vagy tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusnak.

II.3.1.5. Gyermekút

Amikor a gyermek születése után a kórházban ismerik fel a problémát

1. Amennyiben a központi idegrendszer sérülése és az ennek következtében kialakuló motoros funkciók sérülésének lehetősége az akut időszakot követően közvetlen felmerül, a vizsgálatot végző szakorvos a 3 éves kor alatti gyermeknek korai fejlesztést, terápiás ellátást javasol, és közvetlenül irányítja őt a kulcsintézménybe (a járási pedagógiai szakszolgálathoz

²⁷² Lásd BHRG Alapítvány. www.bhrghu (Letöltve: 2018. 08. 15.)

vagy más intézményhez, amelyik szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végez (illetve egészségügyi ellátóhoz, ahol a szükségletalapú ellátást interdiszciplináris team nyújtja).

- 1.1. A vizsgálat eredményét és a továbbküldési javaslatot a gyermekneurológus vagy neonatológus rögzíti a zárójelentésen és az EESZT-ben.
2. A kórházi védőnő a Születésértésként rendszeren keresztül jelzi a területi védőnőnek az észlelt elváltozást és a vizsgálat eredményét, illetve hogy történt-e bármilyen továbbküldés. A választott házi gyermekorvos/háziorvos is értesíti a szülésről, illetve a gyógyintézetből való távozásról.
3. A szülő jelentkezik a kulcsintézménynél, ahol elkezdik a gyermek korai fejlesztését. A járási szakértői bizottság az orvosi vélemény alapján kiállítja a szakértői véleményét.

Amikor a védőnő (szülői jelzés alapján) ismeri fel a problémát

4. A területi védőnő a szűrővizsgálatok, tanácsadások és a családlátogatások alkalmával, valamint a szülői kérdőív eredményeinek segítségével megfigyeli a gyermek fejlődését. Amennyiben ennek során vagy szülői jelzés alapján a gyermek mozgásfejlődésének területén eltérést, lemaradást észlel, a szülővel való megbeszélést követően írásban jelzi a problémát a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, és odairányítja a szülőt.
 - 4.1. Ha az eltérő, megkésett motoros fejlődés gyanúja tartósan fennáll, tájékoztatja a szülőket arról, hogy 3 éves kor alatt a szakellátó szakorvos korai fejlesztést javasolhat a gyermeknek, amely javaslattal a járási pedagógiai szakszolgálatot kereshetik majd fel. Egyúttal tájékoztatja őket a pedagógiai szakszolgálat szerepéről, a szakértői bizottságok feladatairól, és a szakorvosi vizsgálat lezajlásáig javasolja a járási pedagógiai szakszolgálat felkeresését, ahol addig is meg tudják kezdeni az állapotmegismerést.
 - 4.2. A VOIR-ban rögzíti a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz való irányítást és az időpontkérési javaslatot.

Amikor a szülő gyanúja alapján a házi gyermekorvos/háziorvos ismeri fel a problémát

5. Ha szülő a gyermek mozgásfejlődésében gyanús eltérést észlelve felkeresi a gyermekkel a házi gyermekorvos/háziorvost, és a szakember a vizsgálata alapján úgy ítéli meg, szakorvosi kivizsgálást indikál (gyermekneurológia, ortopédia, fül-orr-gégészet stb.).
 - 5.1. A motoros funkciók területén a tipikus fejlődésmenethez képest 0–18 hónapos korban 3 hónapot meghaladó, valamint 18–36 hónapos kor között 6 hónapot meghaladó mozgásfejlődésbeli eltérés, lemaradás esetén a házi gyermekorvos/háziorvos szakorvosi kivizsgálásra irányít. Egyúttal tájékoztatja a családot, hogy 3 éves kor alatt a szakellátó szakorvos javasolhat korai fejlesztést, és ezt jellemzően a járási pedagógiai szakszolgálat biztosítja (vagy más intézmény, amely szakszolgálati munka keretében korai fejlesztést végez). Javasolja a járási pedagógiai szakszolgálattal való kapcsolatfelvételt, hogy ott adott esetben az állapotmegismerést megkezdhessék.
 - 5.2. A házi gyermekorvos/háziorvos a felismerését, illetve a továbbirányítást rögzíti az EESZT-ben.

Amikor a problémát a napközbeni ellátó intézményben (pl. bölcsődében, családi bölcsődében) vagy a 3 évnél fiatalabb gyermekeket is ellátó óvodában, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatnál/központban ismerik fel

6. Ha a napközbeni ellátást végző intézmény kisgyermeknevelője, orvosa, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője a gyermek mozgásfejlődésében eltérést, lemaradást észlel, a szülőt/gondviselőt megfelelően tájékoztatva a gyermeket a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz irányítja.
 - 6.1. Amennyiben az eltérő, megkésett motoros fejlődés gyanúja tartósan fennáll, a szülők egyetértésével a gyermeket a járási pedagógiai szakszolgálathoz irányítja.
 - 6.2. A felismerés és a küldés tényét az intézmény erre kijelölt szakembere javasoltan elektronikus úton írásban jelzi a védőnőnek.

A diagnózistól az ellátó intézménybe való bekerülésig

7. Amennyiben a gyermekneurológus és/vagy más, a gyermek vizsgálatában részt vevő szakorvos (gyermekrehabilitációs szakorvos, ortopéd szakorvos) úgy ítéli meg, hogy a gyermek korai fejlesztést, terápiás ellátást igényel, a gyermeket 3 éves kor előtt közvetlenül küldheti az ellátást biztosító kulcsintézménybe (jellemzően a járási pedagógiai szakszolgálathoz).
 - 7.1. Az EESZT-ben rögzítik(k), hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, leírják a diagnózist, az esetleges gyógyszeres terápiát, a gyógyászati segédeszköz-szükségletet, továbbá a gyermek fejlesztő, terápiás ellátását, a soron következő kontrollvizsgálat(ok) idejét, illetve hogy történt-e további vizsgálatra, kulcsintézménybe irányítás, és ha igen, hová.
 - 7.2. Az intézmény kontaktszemélye az EESZT-n keresztül jelzi a beküldőnek a vizsgálat tényét, eredményét és a továbbküldési javaslatot. Amennyiben nem a házi gyermekorvos/háziorvos a beküldő, hanem más szakellátó szakorvos, akkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is visszajelez.
8. Amennyiben nem az egészségügyi szakellátás irányítja a járási pedagógiai szakszolgálathoz a gyermeket, a járási szakértői bizottság komplex vizsgálatot végez, és szükséges esetben megkezdi a gyermek ellátását. Sajátos nevelési igény gyanúja esetén a megyei szakértői bizottsághoz irányítja a gyermeket a szülővel.
 - 8.1. A szakértői bizottság az INYR-ben regisztrálja, hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, beírja a diagnózist, az ellátás módját, a javasolt fejlesztést, terápiát, a szakemberigényt (kompetencia), a foglalkozás gyakoriságát, az ellátás helyét és a következő vizsgálatokat.
 - 8.2. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a vizsgálat tényéről, eredményéről és az ellátási helyszínéről.
9. A védőnő a szakorvosi, illetve a szakértői bizottsági vélemény alapján tájékoztatja a családot az igénybe vehető szociális juttatásokról.
10. A kulcsintézményben az ellátás megkezdésekor, az első alkalommal (és minden változás esetén) az ellátók a saját rendszerükben rögzítik a legfontosabb adatokat (dátum, az intézmény és az ellátó neve, a fejlesztés, terápia fajtája, rendszeressége, heti időpontok, időtartam stb.). Az ellátó a saját rendszerében rögzíti továbbá, hogy kiadta a szülőnek az egyéni fejlesztési tervet, és a tanév végén az év végi értékelést, valamint azt is leírja, mikor kezdeményezi az ellátást nyújtó intézmény a gyermek szakértői bizottsági felülvizsgálatát.

- 10.1. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a fejlesztő, terápiás ellátás megkezdéséről és befejezéséről.
11. A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor a védőnőtől – vagy egyéb esetben más jelzőrendszeri szereplőtől – jelést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el.
- 11.1. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal (illetve az egyéb jelzéstevővel), bármely jelzőrendszeri taggal, aki az érintett gyermekkel kapcsolatban információval szolgálhat, és tájékozik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal is, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermekre nézve veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy a gyermekjóléti alapellátás keretében önkéntességen alapuló szociális segítő munkát nyújt, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésére álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.
- 11.2. A folyamatról értesíti az érintett szakembert (visszajelez), pl. a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost (illetve az egyéb szolgáltatót), és az Esetnaplóban vagy a GySz-1/GySz-3 adatlapon rögzíti az információkat.
12. További probléma esetén bármelyik szakember szakmaközi konzultációt kezdeményezhet.

Eset

Anna a 40. gesztációs héten 3450 grammal, a család harmadik gyermekeként született. Az anya a várandósság utolsó trimeszterében 10 kg-ot gyarapodott, melynek hátterében toxémiás állapot volt feltételezhető. A megszületést követően a gyermeknél adaptációs nehézségek jelentkeztek (asfíxia), ezért intenzív osztályra került. Tíz nap alatt a gyermek állapota stabilizálódott, hazaadásakor már ügyesen szopott, és anyatejes táplálása is problémamentesen kialakult. Klinikai zárójelentése kis fokú állományvérzést írt le a jobb oldali parietális lebenyben, mellyel kapcsolatosan a gyermek ellátását végző egészségügyi intézmény további tennivalót nem jelölt meg. A gyermek folyamatos gyermekneurológiai, házi gyermekorvosi és védőnői ellenőrzésben részesült.

7 hónapos korában még nem fordult a hátáról a hasára, de még az oldalára sem. A folyamatos anyai aggodalom és egy ismerős orvos javaslatára felkerestek egy korai fejlesztő központot, ahol a komplex állapotfelmérés fejlődésbeli elmaradást igazolt a nagymozgások területén, és a két testfél motoros funkcióinak eltérését mutatta, melynek hátterében baloldali hemiparézis volt valószínűsíthető. A későbbiek során elvégzett agyi képalkotó vizsgálat igazolta, hogy a korai agyvérzés következtében agyi laesio és cerebrális parézis (CP) alakult ki.

A gyermek komplex korai fejlesztése 10 hónapos korában kezdődött, melyet kezdetben gyógytornász és értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógytornász biztositott a számára. 2 éves kora körül a beszédfejlődés területén is eltérés mutatkozott, így a gyógytornász mellett egy logopédus is bekapcsolódott a fejlesztésbe. A gyermek óvodai nevelése integrált keretek között kezdődött 3 éves korában. Beilleszkedése az óvodai csoportba problémamentes volt, a féloldali bénulásból adódó funkciókiesés az önellátó tevékenységében csak kismértékben akadályozta.

II.3.2. A kognitív funkciók eltérő fejlődése

II.3.2.1. Áttekintés

A megismerő funkciók, más néven kognitív funkciók azok a központi idegrendszerben lejátszódó feldolgozási folyamatok, amelyek segítségével információkat szerzünk a világról, megismerjük és megértjük környezetünk működését, és e folyamatok függvényében reagálunk környezetünkre. A megismerési folyamatok első lépése a környezetből származó ingerek „felfogása”, érzékelése, ami a különböző érzékszerveken keresztül történik. Az emberi test érzékszervei speciális receptorokon keresztül, speciális fizikai és kémiai ingerek érzékelésére alkalmasak.

A fizikai ingerek közé tartozik például a fényinger, melynek érzékelése a szemben történik; ide tartoznak a különböző mechanikai ingerek (nyomás, feszítés, tapintás), melyeket a test különböző területein elhelyezkedő mechanoreceptorok érzékelnek, de fizikai ingerként említhetjük a hang- és a hőingereket is. A kémiai ingerek közé sorolhatók az íz- és a szagingerek, melyek érzékelésében szintén speciális receptorok vesznek részt. A receptorok által érzékelt ingereket az agyidegek, a gerincvelői idegek és a központi idegrendszer pályarendszerei továbbítják a feldolgozási, észlelési folyamatot biztosító agyi struktúrákhoz. Az észlelési folyamat csak éber tudatállapot mellett lehetséges. Ez az érzékelési-észlelési folyamat a megismerési funkciók alapja. Az *érezkelés és észlelés* mellett a kognitív funkciók közé tartozik a *figyelem*, az *emlékezet*, az *ok-okozati problémamegoldó gondolkodás* és a *képzelet*, valamint a hozzájuk kapcsolódó tényezők összessége.²⁷³

A megismerési folyamatok által szerzett információknak megfelelően cselekszünk, reagálunk környezetünkre, és a kisgyermek számára ezek jelentik a tanulási folyamatok alapját. A „kognitív idegtudomány” a megismerési folyamatok vizsgálatával foglalkozó, többféle tudományterületet magában foglaló (interdiszciplináris) terület. Ide sorolhatjuk például a neurológiát, a pszichológiát, a pedagógiát, az antropológiát, a szociológiát és az etológiát is (PLÉH 2003).

A gyermekek tanulási folyamatát a korai életszakaszban a tapasztalatszerzés és a tapasztalati információk feldolgozása határozza meg. Az első néhány hónap során egyrészt a saját testükből származó információk feldolgozása történik, például 2 hónapos kor környékén felfigyelnek a kezükre; nézegetik, majd elkezdik a szájukba venni, és ezáltal információkat kapnak a saját testükről, például a kéz és száj területéről egyszerre, másrészt információkat kapnak az őket körülvevő személyi és tárgyi környezetről is. A gondozó, gondoskodó személyek differenciálása is egyre biztosabbá válik (pl. az anya hangjának, ringatásának felismerése). Ezt követően a felső végtag mozdításával megérintenek, majd megfognak tárgyakat. A megszerzett tárgyakat szintén a szájukba veszik vagy alaposan szemrevételezik őket. Több szenzoros „csatornán” (modalitáson) keresztül szereznek információt a világról, s ezek az érzékelési folyamatok a központi idegrendszeri feldolgozás során észlelet formájában összekapcsolódnak, és a gyermek számára élménnyé alakulnak. A különböző modalitások területére irányuló figyelmi funkciók például a látási (vizuális) figyelem vagy a hallási (akusztikus) figyelem stb. biztosítják a tanulási folyamatok alapját, ami az emlékezet, a gondolkodás, a képzelet, a fogalomalkotás, a nyelvhasználat és az érzelmi fejlődés kibontakozását biztosítja a gyermekek fejlődése során.

A megismerési folyamatok kialakulása és zavartalan működése meghatározó jelentőségű a gyermekek korai életszakaszában lejátszódó összetett tanulási folyamatok megvalósulásában. Amikor a megismerési folyamatok zavart szenvednek, a gyermekeknél a kognitív funkciók

²⁷³ The Free Dictionary – Medical dictionary. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Cognitive+Function> (Letöltve: 2014. 03. 28.)

eltérő fejlődését tapasztaljuk. A megismerési folyamatok összetettsége miatt az eltérő fejlődés tünetei is nagyon különbözőek lehetnek. Amennyiben a testre ható mechanikus ingerek feldolgozásának zavara áll fenn (pl. a tenyeret és a térdet érő nyomásingerek kellemetlen érzete), gyakran a gyermek mozgásfejlődésében tapasztalunk eltéréseket. A hangingerek feldolgozási zavara a külvilágból érkező akusztikus ingerek feldolgozását nehezíti (pl. a beszédészlelés és a beszédértés), ami gyakran a beszédfejlődés, az adaptív gondolkodás és viselkedés eltéréseit eredményezi.

A kognitív funkciók eltérő fejlődésének pontos korai diagnosztikája igazán nehéz feladat, mert a gyermekek nem tudják elmondani problémájukat, ezért az eltérő fejlődés lehetséges okait a vizsgálat során tapasztalt tünetek alapján értelmezzük. A megismerő funkciók eltérő fejlődése a gyermekek korai pszichomotoros fejlődését tekintve nagyon változatos tüneteket mutathat. Éppen ezért a vizsgálat során a többféle szakemberről álló team együttes jelenléte biztosíthatja a probléma komplex megközelítését, a probléma okának átfogó feltárását és a beavatkozási területek megjelölését.

II.3.2.2. Felismerés, szűrés

A gyermekek megismerő funkcióinak fejlődése a különböző érzékszerveken, szenzoros modalitásokon keresztül történik. A környezetből származó változatos információkat a központi idegrendszer feldolgozza, összesíti és a tanulási folyamatok során szintetizálja, raktározza és előhívja. A területi védőnő, a házi gyermekorvos és a háziorvos által végzett szűrővizsgálatok alkalmával a szakemberek a fejlődési mérföldköveknek megfelelően rendszeresen informálódnak a gyermekek fejlődésének üteméről. A kognitív funkciók eltérő fejlődését a szűrővizsgálatok eredményei jelezhetik számukra. Ilyen gyanújel fogalmazódhat meg abban az esetben, amikor a gyermek 3 hónaposan nem mutat kellő érdeklődést a felkínált játék iránt, s ha a tárgyakkal történő manipulációja elmarad az életkori sajátosságoktól. A megismerő funkciók eltérő fejlődésére gyanakodhatunk a mozgásfejlődésbeli eltérések bizonyos eseteiben és a gyermek játéktevékenységében tapasztalható eltérések esetén (pl. nem mutat érdeklődést a játékok iránt, 1 éves kora után is csak dobálja a játékait). Ide tartoznak még a beszédfejlődés területén tapasztalt elmaradás egyes esetei, de a gyermek szociális készségeinek fejlődését és viselkedését is negatívan befolyásolhatja a megismerő funkciók eltérő fejlődése (pl. indokolatlan sírások, gyakori „hiszti”, visszahúzó magatartás).

II.3.2.3. Állapotmegismerés, diagnosztika

Amennyiben a kognitív funkciók területén felmerül az eltérő fejlődés gyanúja, mindenképpen komplex (interdiszciplináris) vizsgálat alapján történő diagnózis felállítására kell törekednünk. Ennek első lépéseként célszerű a kóroki tényezők feltárását elvégezni (pl. gyermekneurológus, fül-orr-gégész szakorvos, szemész szakorvos által) annak tisztázása érdekében, hogy az eltérő fejlődésmenet hátterében nem húzódik-e meg valamilyen szervi eltérés (pl. látás- vagy hallás-sérülés, központi idegrendszeri károsodás). Mivel a megismerő funkciók eltérő fejlődése több funkcionális területen is mutathat tüneteket (motoros funkciók, játéktevékenység, adaptív gondolkodás, adaptív viselkedés, beszédértés és kifejező beszéd), ezért a vizsgáló team a tüneteknek megfelelően különböző szakemberek részvételét igényli. Ezek alapján a vizsgáló teamben részt vehet pszichológus (klinikai szakpszichológus), gyógypedagógus (logopédus, értelmileg

akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus; hallássérültek/látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, szomatopedagógus), valamint mozgásfejlesztésben jártas szakember (gyógytornász, konduktor).

A megismerő funkciók eltérő fejlődésének pontos feltárása, diagnosztizálása gyakran a fejlesztéssel párhuzamosan történik, annak folyamatos megfigyelésével, hogy a gyermek miként reagál a fejlesztésre, hogyan változik az állapota, s hogyan változnak a különböző képességei a rendszeres fejlesztő foglalkozások hatására. Ezeknek a megismerési folyamatoknak a korai, csecsemő- és kisgyermekkorai (3 év alatti) vizsgálatára azonban objektív, korszerű vizsgálmódszerek, pszichometriai eljárások nem állnak rendelkezésre. A feldolgozási folyamatokban fennálló esetleges eltérésekre így csak a gyermek különböző környezeti tényezőkre adott specifikus reakcióiból tudunk következtetni. Ezek a válaszreakciók, korai viselkedési mintázok a csecsemők „végrehajtó (exekutív) funkciójának” tekinthetők. A „végrehajtó” kifejezés Alexandr Romanovics Lurijától (1902–1975) ered, aki úgy gondolta, hogy lennie kell egy átfogó rendszernek, amely a kognitív erőforrások koordinálásáért felelős. A végrehajtó működés funkcióirányából történő megközelítése olyan végrehajtó folyamat, amely valamennyi komplex kognitív működés tényezőjét magában foglalja, beleértve az újszerű, nehezebb és célorientált feladatok megoldását és a környezeti változásokhoz történő flexibilis alkalmazkodást is (MOHAI–KÁLÓZI–SZABÓ–RÓZSA 2016).

A későbbi életkorban a végrehajtó funkciók műszeres vizsgálatában egyre nagyobb szerepet kap a hagyományos strukturális MRI használata mellett a funkcionális MRI-vizsgálatok alkalmazása (ARDILA 2018). A kisgyermek első állapotfelmérése alkalmával csupán az érintett területeket lehet pontosabban körülhatárolni (pl. a vizuális észlelés és figyelem eltérései, az akusztikus észlelés és figyelem eltérései, a motoros funkciók eltérései a nagymozgások, finommozgások területén; az oromotoros funkciók és a játéktevékenység eltérései, beszédfejlődésbeli eltérések), majd ez alapján történhet a fejlesztést végző szakemberek kiválasztása.

II.3.2.4. Fejlesztő és terápiás lehetőségek

A pontos állapotfeltáró kivizsgálást követően a fejlesztést a gyermek erősségeire alapozzuk. Minden embernek vannak erősségei. Fontos, hogy ezeket feltérképezzük, és a fejlesztési tervet erre építsük. Amennyiben több területen is találunk elmaradást, pl. a mozgás és a figyelmi funkció területén, akkor a fejlesztést is többféle szakember biztosítja a gyermek számára (transzdiszciplináris fejlesztés). A szakemberek egymás között egyeztetik a célkitűzéseiket, és kijelölik a közös pontokat, hogy bizonyos fejlesztőelemek beépüljenek a másik szakember foglalkozásaiba is, ezáltal biztosítva a fejlesztés hatékonyságát. Például a mozgásfejlesztés egy-egy mozdulata gyakorolható a gyógypedagógiai fejlesztésen a játékok célirányos elrendezésével, a helyes ülőpozíció megválasztásával, ugyanakkor a jól megválasztott játékos feladatok motivációval szolgálhatnak az önálló mozgás kivitelezésében. A feladatok gyakran a gyermek hétköznapi életébe, mindennapi tevékenységébe illeszthetők, a szülők bevonásával pedig lehetőség nyílik az „észrevétlen” otthoni gyakorlásra. Ezek közé a mindennapi tevékenységek közé tartozik például az étkezés, a tisztálkodás pozícióinak megválasztása vagy az otthoni játék megtervezése. A gyermek fejlődését szolgáló tanácsadásba a szülőkön kívül célszerű bevonni a gyermek hétköznapijában jelen lévő egyéb szakembereket, pl. bölcsődei kisgyermeknevelőket is.

A kognitív funkciók fejlesztését – tekintettel a tünetek változatos megjelenésére – sokféle szakember végezheti. A fentiekben felsorolt vizsgálati teamben szereplő pszichológus (klinikai szakpszichológus), gyógypedagógus (logopédus, értelmileg akadályozottak, hallássérültek/lá-

tássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, szomatopedagógus), továbbá gyógytornász és konduktor szakembereken kívül, kellő tapasztalat és speciális terápiás ismeret esetén (pl. Ayres-terápia, TSMT) tanulásban akadályozottak szakirányon végzett gyógypedagógus is biztosíthatja az ellátást.

II.3.2.5. Gyermekekút

Amikor a védőnő (szülői jelzés alapján) ismeri fel a problémát

1. A területi védőnő a szűrővizsgálatok, tanácsadások és a családlátogatások alkalmával, valamint a szülői kérdőív eredményeinek segítségével megfigyeli a gyermek fejlődését. Amennyiben ennek során a megismerő funkciók területén (észlelés, figyelem, játéktevékenység) eltérést észlel, illetve maga a szülő hívja fel az eltérésre a figyelmét, írásban jelzi a problémát a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, és hozzá irányítja a szülőt a gyermekkel.
 - 1.1. A területi védőnő tájékoztatja a szülőt a pedagógiai szakszolgálat és a szakértői bizottság tevékenységéről. Indokolt esetben időpontkérést javasol a járási szakértői bizottságnál, egyúttal tájékoztatja a szülőt, hogy a szakellátó szakorvos 3 éves kor alatt a gyermeket közvetlenül utalhatja korai fejlesztésbe a járási szakszolgálatához vagy más intézményhez, amely szakszolgálati munka keretében korai fejlesztést végez.
 - 1.2. Az észlelését, a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz való irányítást és a pedagógiai szakszolgálatához való irányítási javaslatot rögzíti a VOIR-ban.

Amikor a szülő gyanúja alapján a házi gyermekorvos, háziorvos ismeri fel a problémát

2. Ha a szülő vagy a gondozó a megismerő funkciók területén való eltérés észlelése esetén a házi gyermekorvost/háziorvost keresi fel a rendelésen, illetve a tanácsadáson, a szakember indokolt esetben szakorvosi kivizsgálást indikál (fül-orr-gégész szakorvos, gyermekneurológia, szemészet).
 - 2.1. A megismerő funkciók eltérő fejlődésének gyanúja esetén, ha a házi gyermekorvos/háziorvos a gyermek pszichomotoros fejlődésében a tipikus fejlődésmenet-höz képest 18 hónapos kor alatt legalább 3 hónapos, vagy 18 hónap és 3 éves kor között legalább 6 hónapos lemaradást tapasztal, szakellátó szakorvoshoz irányítja a gyermeket, és tájékoztatja a szülőt, hogy a szakellátó szakorvos diagnosztikus véleményével és a korai fejlesztésbe való utalással a járási pedagógiai szakszolgálatot keresheti majd fel (vagy más, szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végző intézményt). Javasolja a járási pedagógiai szakszolgálattal való kapcsolatfelvételt, hogy ott adott esetben az állapotmegismerést megkezdhessék.
 - 2.2. A szakember az észlelését és a továbbírási javaslatokat rögzíti az EESZT-ben.

Amikor a problémát a napközbeni ellátó intézményben (pl. bölcsődében, családi bölcsődében), a 3 évnél fiatalabb gyermekeket is ellátó óvodában, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatnál/központban ismerik fel

3. Ha a napközbeni ellátást végző intézmény kisgyermeknevelője, orvosa, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője a megismerő funkciók területén (észlelés, figyelem, játéktevékenység) eltérést észlel, a szülőt/gondviselőt megfelelően tájékoztatva a gyermeket házi gyermekorvosi, háziorvosi vizsgálatra irányítja.

- 3.1. Amennyiben indokoltnak tartja, kezdeményezi a járási pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságához való továbblépést.
- 3.2. A felismerés és a küldés tényét az intézmény erre kijelölt szakembere javasoltan elektronikus úton írásban jelzi a védőnőnek.

A diagnózistól az ellátó intézménybe való bekerülésig

4. Amennyiben a vizsgálatban részt vevő szakorvos úgy ítéli meg, hogy a gyermek korai fejlesztést, terápiás ellátást igényel, 3 éves kor alatt közvetlenül küldheti az ellátó kulcsintézménybe (a járási pedagógiai szakszolgálathoz vagy más intézményhez, amelyik szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végez, illetve egészségügyi ellátóhoz, ahol a sürgősségi ellátást interdiszciplináris team nyújtja).
 - 4.1. Az egészségügyi ellátó az EESZT-ben rögzíti, hogy mikor, ki és hol végezte a vizsgálatot, hogy mi a diagnózis, a terápiás és a továbbküldési javaslat, s hogy mikor van a következő kontrollvizsgálat ideje.
 - 4.2. Az intézmény kontaktszemélye az EESZT-n keresztül jelzi a beküldőnek a vizsgálat tényét, eredményét és a továbbküldési javaslatot. Amennyiben nem a házi gyermekorvos/háziorvos a beküldő, hanem más szakellátó szakorvos, akkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is visszajelez.
5. Amennyiben nem az egészségügyi szakellátás irányítja a járási pedagógiai szakszolgálathoz a gyermeket, a járási szakértői bizottság komplex vizsgálatot végez, és szükséges esetben megkezdi a gyermek ellátását. Sajátos nevelési igény gyanúja esetén a megyei szakértői bizottsághoz irányítja a gyermeket a szülővel.
 - 5.1. A szakértői bizottság az INYR-ben rögzíti, hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, beírja a diagnózist, az ellátás módját, a javasolt fejlesztést, terápiát, a szakemberigényt (kompetencia), a foglalkozások gyakoriságát, az ellátás helyszínét és a következő vizsgálatokat.
 - 5.2. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a vizsgálat tényéről, eredményéről és az ellátási helyszínről.
6. A védőnő az információ birtokában tájékoztatja a családot az igénybe vehető szociális juttatásokról.
7. A fejlesztést, terápiát végző kulcsintézményben az ellátás megkezdésekor (és minden változás esetén) a saját elektronikus rendszerükben rögzítik a legfontosabb adatokat (dátum, az intézmény és az ellátó neve, a fejlesztés, terápia fajtája, rendszeressége, a szakember kompetenciája, heti időpontok, időtartam stb.). A saját rendszerükben rögzítik továbbá azt is, hogy a szülőnek kiadták az egyéni fejlesztési tervet és a tanév végén az év végi értékelést, valamint rögzítik, ha az ellátást nyújtó intézmény kezdeményezi a gyermek szakértői bizottsági felülvizsgálatát.
 - 7.1. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a fejlesztő, terápiás ellátás megkezdéséről és a befejezéséről.

8. A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor a védőnőtől – vagy egyéb esetben más jelzőrendszeri szereplőtől – jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el.
 - 8.1. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal (illetve az egyéb jelzéstevővel), bármely jelzőrendszeri taggal, aki az érintett gyermekkel kapcsolatban információval szolgálhat, és tájékozódik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal is, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermekre nézve veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy a gyermekjóléti alapellátás keretében önkéntességen alapuló szociális segítő munkát nyújt, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésére álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.
 - 8.2. A folyamatról értesíti az érintett szakembert (visszajelez), pl. a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost (illetve az egyéb szolgáltatót), és az Esetnaplóban vagy a GySz-1/GySz-3 adatlapon rögzíti az információkat.
9. További probléma esetén bármelyik szakember szakmaközi konzultációt kezdeményezhet.

Eset

A most 4 éves Andris első komplex gyógypedagógiai állapotfelmérése 13 hónapos korában történt. Ezzel párhuzamosan az egészségügyben megkezdődött gyermekneurológiai kivizsgálása is. A szülők a mozgásfejlődés területén tapasztalt elmaradás miatt kértek segítséget a szakemberektől. A vizsgálat alkalmával Andris – aki ebben az életkorában hasról hátra és hátról hasra mindkét irányba önállóan meg tudott fordulni és külső támasz segítségével ültethető volt – kb. 10-15 percig nem mozdult a hanyatt fekvő helyzetből. (A 10–12 hónapos gyermekek életkori sajátossága, hogy a hanyatt fekvő helyzetet hárítják, azonnal hasra fordulnak, felülnek, és amennyiben lehetőségük van rá, felkapaszkodnak és fel is állnak.)

Andris a felkínált játékokat hosszasan szemlélte, majd nyúlt értük, megfogta és nézegette őket, de a nagymozgások kivitelezésére nem volt motivált. Ekkor a csupasz talpához érintettek egy rücskös felületű mosdókesztyűt, amitől keserves sírásra fakadt, és csak az anya hosszas vigasztalására, nehezen nyugodott meg. A későbbi beszélgetés során az anya beszámolt arról, hogy gyermekének valóban érzékeny a bőre a különböző tapintású ingerekre, de ilyen „kiborulós” reakciót korábban még nem tapasztaltak nála. Andris izomtónusa a normál feszességnél kicsit „puhább” volt, az alsó végtag ízületeit lazaság jellemezte, ülő helyzetben a gerinc kissé előrehajlott pozícióba került. (Ezt az izomhipotóniát és izomgyengéset, valamint a megkésett pszichomotoros fejlődést a későbbi neurológiai lelet is alátámasztotta. Az alsó végtagi hipotónia miatt felvetődött az izombiopszia lehetősége is, de a gyermek olyan jól reagált a fejlesztő és terápiás beavatkozásra, hogy erre nem került sor.) A száját csukva tartotta, az arca mimikátlanak tűnt, és a sírást kivéve a vizsgálat alkalmával nagyon keveset vokalizált. Ültetve az apró tárgyakkal ügyetlenül manipulált, kétujjas csippentő fogást pontatlanul és erőtlenül végzett. Az új játékok iránt tanúsított érdeklődése és nyitottsága meglepte a vizsgáló szakembereket; az egyszerű ok-okozati összefüggéseket hamar felfedezte. A hangot adó játékokkal szemben bizalmatlan volt, félt tőlük.

A több területen tapasztalt elmaradás miatt (nagymozgások, finommozgások, oromotoros funkciók, kifejező beszéd, taktilis észlelés, kinesztetikus észlelés, akusztikus észlelés) elkezdődött Andris komplex korai fejlesztése, melyet kezdetben gyógytornász és gyógypedagógus

(értelmileg akadályozottak pedagógija szakirányú gyógypedagógus) szakember biztosított számára. A nagymozgások fejlesztését (felülés, mászás, felállás, koordinált járás) lépésről lépésre végezték a szakemberek, mert a gyermek nem tudta megtervezni a mozgáskivitelezéshez szükséges mozdulatok sorrendiségét. A nagymozgások fejlődésével és a törzsizomzat erősödésével párhuzamosan Andris a finommotoros területen is egyre ügyesebbé vált, kitartó figyelme és motiválhatósága mind a szakembereknek, mind a családnak, mind a gyermeknek sikerélményt nyújtott. 2 éves kora után a beszédfejlődés terén tapasztalt elmaradás miatt (akusztikus észlelés és differenciálás, oromotoros funkciók) logopédus szakember biztosította számára az egyéni gyógypedagógiai fejlesztést. A gyermek mozgásfejlesztését továbbra is indokoltan tartották a szakemberek, mert a mozgáskoordináció és az egyensúly területén a korátlaghoz képest még mindig eltérés mutatkozott.

Andris 3 és fél éves korában úgy kezdhette el óvodás éveit, hogy nem tartozott a sajátos nevelési igényű gyermekek közé: a korai életszakaszban tapasztalt eltérést, lemaradást sikerült leküzdeni, és a további eltérések kialakulását is sikerült megelőzni.

II.3.3. A kommunikáció eltérő fejlődése

II.3.3.1. Áttekintés

A *kommunikáció* fogalma az információcsere folyamatát jelenti egy közös jelrendszer alkalmazásával. Az emberi kommunikáció elsődleges eszköze a beszéd (verbális kommunikáció), amelynek kialakulása, elsajátítása a kisgyermekkorai nyelv- és beszédfejlődés egyik fontos és nagyon összetett területe. A nyelv a szavak, kifejezések, mondatok összessége, a nyelvtan pedig olyan szabályrendszer, amely egy adott nyelv helyes alkalmazásának kereteit határozza meg. A nyelv manifesztációjának egyik lehetséges formája a verbalitás (beszélt nyelv).

A hangadás már a megszületést követően megjelenik, amikor az újszülött hangosan felsír. Az újszülött sírása az első hónap végére egyre differenciáltabbá válik, majd 1-2 hónapos korra a sírás mellett megjelennek a gyermek első magánhangzói is a gögicselés során (pl. e, ö).

A beszéd elsajátításának folyamatában nélkülözhetetlen a külvilágból érkező hangingerek érzékelése, ami ép hallószerv jelenlétét igényli. Az újszülött viszonylag fejlett hallással születik, a hallóideg mielinizációja (velőshüvely kialakulása) a 10–12. gesztációs héttől folyamatosan történik.

A belső fülben található specifikus receptor a hanghullámok rezgéseit elektromos impulzussá alakítja, és a hallóidegen keresztül az ingerületet az agyba továbbítja. Az auditív észlelés feldolgozási folyamatainak zavartalan kialakulásához ép agyi struktúra szükséges. A beszédfejlődés további fontos tényezői a száj és a száj környéki izmok mozgásának, mozgáskoordinációjának pontos kivitelezése és a csecsemőt körülvevő „beszélő környezet”, amely a mintaadást, a tanulási folyamatok megerősítését, gyakorlását és a kommunikációs helyzeteket biztosítja a gyermek számára.

A nyelv- és beszédfejlődést befolyásoló környezeti tényezők között fontos megemlítenünk, hogy sok családban él az a szemlélet, amely szerint a kisgyermek tévé nézés közben képes elsajátítani az anyanyelvét (és más idegen nyelveket is). A televízió és egyéb IKT- (infokommunikációs) eszközök azonban nem teremtenek kommunikációs helyzeteket a gyermek számára, és semmiképpen nem helyettesítik az élő emberi hangot (beszédet, énekhangot). Sőt, a szülők

által elvárt eredménnyel ellentétben a nyelv- és beszédfejlődés útjába akadályt gördítenek, a fejlődés folyamatát negatív irányba befolyásolják.

A kommunikáció eltérő fejlődésének értelmezése során a beszédfejlődés időbeli eltérését (pl. megkésett beszédfejlődés) fontos elkülönítenünk a beszéd- és nyelvfejlődés zavaraitól (korábbi elnevezése: akadályozott beszéd- és nyelvi fejlődés). A beszéd- és nyelvfejlődés folyamatát két nagy területre oszthatjuk: a percepció bázis, azaz a *befogadó nyelvi készség* (a dekódolás folyamata – a beszéd érzékelése, észlelése és értelmezése) és a *kifejező nyelvi készség*, azaz az artikulációs bázis területére (GÓSY 1995). Az eredményes és hatékony kommunikáció szempontjából mindkét terület egyaránt fontos.

Minél korábbi időpontban éri károsodás a gyermek hallószervét, annál súlyosabb hatással lesz fejlődésére, ugyanakkor minél korábban kiderül a gyermeket érintő hallásprobléma, annál eredményesebb a korai beavatkozás folyamata. A halláskárosodás a befogadó (beszédértés) és a kifejező (expresszív beszéd, nyelvfejlődés) kommunikációs készség fejlődését egyaránt késlelteti a beszédtanulási folyamat során. A hallássérülés korai felismerésével, az alternatív kommunikációs technikák korai alkalmazásával (pl. jel- és gesztusnyelv) megelőzhetjük vagy csökkenthetjük a beszéd- és nyelvi fejlődés elmaradásával párhuzamosan jelentkező tanulási problémák kialakulását (ERDÉLYI 2008). A kommunikációs nehézségekkel élő gyermekeknél gyakran tapasztalható szociális elszigetelődés és az önértékelés alacsony szintje, aminek megelőzése szintén a korai beavatkozás fontos célkitűzései közé sorolható.

A *megkésett beszédfejlődés* hátterében idegrendszeri éretlenség, örökletes (családi) tényezők, illetve negatív környezeti hatás (elhanyagoló környezet) állhat, ám diagnosztikus eszközökkel kimutatható organikus eltérés nem tapasztalható. Akkor beszélünk megkésett beszédfejlődésről, ha „a beszéd és a nyelv fejlődése még 2-2,5 éves kor körül sem indul meg, a központi idegrendszer és a hallás épsége ellenére. Az elmaradás nem minőségi, csak mennyiségi, azaz a normál fejlődés beszédelsajátítási fokain halad végig” (MESTERHÁZI 2001). Az eltérő fejlődés menet korai diagnosztikájának nehézségei miatt egyre inkább előtérbe kerül a gyermek fejlődésének prognosztikus megközelítése, melynek pontos alkalmazásához a tipikus rendben zajló nyelvelsajátítás állomásainak alapos ismerete szükséges. A preverbális (beszéd előtti) hangadások jellemzőiből, a szókincs méretéből, egy-egy átlagos mondathossz fejlődési elégtelenségéből már az egészen korai életszakaszban (akár 1-2 éves korban) megjósolható egy későbbi komponens eltérő fejlődése (BERTALAN 2012).

A *nyelvfejlődési zavart (fejlődési diszfázia)* mutató gyermekek beszéd- és nyelvfejlődési elmaradásának hátterében a központi idegrendszer sérülései, funkcionális rendellenességei húzódnak meg, amelyek a beszédészlelés, beszédértés és a kifejező beszéd területét egyaránt érinthetik. Ezeknél a gyermekeknél nemcsak időbeli elmaradás tapasztalható a beszédfejlődés területén, hanem minőségi eltérések is megfigyelhetők, például a szavakon belüli szótagcsere gyakori előfordulása vagy a mondatalkotás nehezítettsége. Az időben elkezdett komplex terápia az elmaradások csökkentését és a másodlagosan kialakuló pszichés tünetek kiküszöbölését teszi lehetővé.

A hadaró és a dadogó gyermekek beszédritmusának zavarai a beszéd folyamatának, összhangjának, szerkezetének és ritmusának rendezetlensége tapasztalható. A hadaró egyének esetében fokozott beszédkésztetést találunk, ami ritmustalan, gyors beszédben ölt testet. Súlyosabb esetekben a beszédük teljesen érthetlenné válhat a hangok, szótagok, szavak torzulásának, kihagyásának, összerosásának következtében. A dadogó gyermekeknél a beszédritmus zavarának legfőbb tünete a beszéd közben fellépő görcsös megakadás, ami a kezdő szótag, hang ismétlésétől a hangképzési képtelenségig terjedhet. A hangképzési zavarokban szenvedő embereknél (diszfóniások) a helyes hangadás nehézsége vagy képtelensége áll fenn.

Hangképzésük túl feszített, préselt, rekedtes vagy túl levegős, renyhe. Kezelésük foniáter szakorvos és logopédus közös feladata.

A kommunikáció eltérő fejlődése gyakran tapasztalható *autizmus spektrum zavar* esetén is. Az autizmus spektrum zavar olyan fejlődési rendellenességek összessége, amelyek lényegi szociális (társas kapcsolatok kialakulása), kommunikációs (információcsere) és viselkedésbeli nehézségeket (dühroham, indokolatlan hiszti vagy zárkózott magatartás) okozhatnak, és a tünetek többnyire a harmadik életév előtt jelentkeznek. A különböző területeken tapasztalható eltérés mértéke nagy változatosságot mutat. A kommunikáció területén tapasztalt eltérések jelentkezhetnek a kommunikációs és a kapcsolatteremtő készség, valamint a beszéd és a nyelvfejlődés területén egyaránt. A nonverbális kommunikációs készség (kézgesztusok, szemkontaktus, mimika) területén is sok esetben tapasztalható nehézség, pl. az *autista* gyermekek gyakran kerülnek a szemkontaktust, rámutatással nem támasztják alá mondanivalójukat. Néhány autista gyermek egyáltalán nem beszél, míg mások gazdag szókinccsel rendelkeznek, és bizonyos témákról nagy részletességgel tudnak beszélni; a szavak helyes kiejtése nem, vagy csupán elenyésző problémát jelent számukra. Az autista gyermek leggyakoribb beszéd-, nyelv- és kommunikációs problémái pl. a repetitív beszéd (mondatok, szavak sokszor jelentés nélküli ismétlése, echolália – visszhangozás), továbbá szűk érdeklődési területen kiemelkedő képességek pl. számolás, naptárszámítás, zene stb.

A kommunikáció eltérő fejlődéséhez vezető okokat áttekintve (pl. halláskárosodás, központi idegrendszeri károsodás, az orofaciális struktúrák anatómiai rendellenessége, autizmus, örökletes és környezeti tényezők) megállapítható, hogy a probléma háttérben változatos kóros tényezők állhatnak. Ezek sokfélesége miatt a gyermekek vizsgálatában és a korai intervenció folyamatának kialakításában ahhoz, hogy a gyermekek pontos diagnózisát megállapítsák, komplex, többféle szakmai ismerettel rendelkező, különböző szakemberekből álló vizsgáló team szükséges (pl. fül-orr-gégész szakorvos, gyermekneurológus, gyermekpszichiáter, logopédus, értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógytáboros, autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógytáboros, pszichológus / klinikai szakpszichológus).

II.3.3.2. Felismerés, szűrés

Amennyiben az újszülött a száj területét érintő valamilyen *anatómiai eltéréssel* jön világra (pl. ajakhasadék, szájpadhasadék), a probléma felismerése már kórházi keretek között megtörténik. A hasadék elhelyezkedésétől és a szájpad működőképességétől függően a szopási, nyelési, táplálási problémák különböző formában lépnek fel, és közvetlenül a szülés után jelentkeznek. Ajakhasadék esetén a szájüregi nyomás csökkenése következtében a szívás, a szopás (vákuumképzés) nehezített, szájpadhasadék esetén az étel, a folyadék az orrra juthat. Ez kellemtelen tüsszögéseket idézhet elő, de – pusztán a szájpadhasadék miatt – fulladás soha nem következik be (HIRSCHBERG 2007).

A *hangadás és a kommunikáció fejlődésének első lépéseit* a csecsemőkori kötelező szűrővizsgálatok és családlátogatások alkalmával a területi védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos is nyomon követi, megfigyeli. A legtöbb család és szakember akkor kezd el komolyan aggódni, amikor a gyermek 2,5-3 éves kora körül, az óvodai beíratás környékén még nem tudja magát szavakkal (verbálisan) kifejezni: akarata érvényesítéséhez gesztikulál, mutogat vagy a szülőket rángatja oda, ahonnan éppen szeretne valamit. Sok esetben a nagyszülők felidézik saját gyermekük (többnyire a fiuk) beszédfejlődésének ütemét, és megnyugtadják a szülőket, hogy ne aggódjanak, mert ők is jóval 3 éves koruk után kezdtek el beszélni.

A korai nyelv- és beszédfejlődés folyamatára irányuló szűrővizsgálatok megfigyeléseit érdemes arra fókuszálni, hogy az érintett kisgyermek érti-e a szóbeli utasításokat, megérti-e a beszédet, akkor is, ha mutogatással, gesztusokkal nem segítjük a megértést. Amennyiben a beszédértés területén eltérés nem tapasztalható, abban az esetben is érdemes szakember segítségét kérni annak felderítésében, hogy mi állhat a megkésett beszédfejlődés hátterében, mikor célszerű a fejlesztés megkezdése.

A 3 éves kor környékén észlelhető nyelvi fejlődés eltéréseinek felismerésére a logopédiai szakszolgálatok munkatársai a kiscsoportos óvodások körében kötelező szűrővizsgálatot végeznek. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet rendelkezik arról, hogy „A logopédiai ellátás keretében el kell végezni a harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének szűrését. A hároméves kori logopédiai szűrés a nyelvi fejlettségre (receptív és expresszív nyelv)” irányul.²⁷⁴ Az óvodába lépő gyermekek beszédének megfigyelése már évek óta a logopédiai munka része. Ez az újonnan bevezetett kétoldalas adaptált szülői kérdőív (MacArthur–Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár – KOFA²⁷⁵) sokban segíti az eredmények objektív megítélését, és gyorsabbá, hatékonyabbá teszi a logopédiai munkát. A KOFA-szűrővizsgálat során a szülő egy szólistán bejelöli, hogy a felsorolt szavakat hallotta-e már gyermekétől, emellett a kérdőív konkrét példát is kér, hogy a gyermek megnyilatkozásait, mondatait is megismerhesse a szakember. Amennyiben a visszaérkezett kérdőív a gyermek nyelv- és beszédfejlődésében eltérést jelez, a logopédus felveszi a szülőkkel a kapcsolatot, és további vizsgálatok elvégzésére tesz javaslatot.

Hallássérült gyermekek esetében a tünetek már sokkal korábban észlelhetők, hiszen a beszédfejlődés 6-8 hónapos kor környékén döntő mértékben külső megerősítésen és utánzáson alapul. A környezet visszatükrözi a gyermek saját hangadásait, mely fokozatosan megtelik tartalommal (pl. ma-ma-ma-ma, ba-ba-ba-ba). Ha azonban a gyermek nem hallja meg a korai hangadásaira érkező választ, ez a korai hangicsálás, vokalizálás eltűnik. Ebben az esetben a szülők arról számolnak be, hogy gyermekük 3-4 hónapos korában tapasztalt hangadásához képest visszalépés történt.

A kommunikáció eltérő fejlődését eredményezheti az *artikuláció zavara*, ismertebb nevén a pöszeség, illetve az orrhangzós beszéd, azaz a rinofónia. A pöszeség a leggyakoribb beszédhibák egyike; ilyenkor hangkihagyás történik, illetve torzított ejtés esete áll fenn. Az élettani pöszeség a normál beszédfejlődés egyik velejárója, ami a gyermek 5-6 éves korára spontán eltűnik. Amennyiben a fejlődés során nem rendeződik a beszédhiba, logopédus szakember beavatkozása javasolt. Magyarországon az óvodás gyermekek 5 éves korukban is részt vesznek logopédiai szűrővizsgálaton.²⁷⁶ A pöszeség mértéke esetenként nagyon különböző lehet: érinthet 1-2 hangot, de súlyosabb esetben ennél lényegesen többet. A pöszeség hátterében meghúzóó okok is különfélék lehetnek; enyhe halláskárosodás és fogzáródási probléma egyaránt okozhatja az eltérő beszédfejlődést. Fontos a gyermek környezetében élő felnőttek figyelmét felhívni arra, hogy a kisbabás beszédet ne jutalmazták, és igyekezzenek a gyermek előtt tisztán, érthetően beszélni. Ha a pöszeség az iskoláskorban is fennáll, problémák jelentkezhetnek az írás és az olvasás elsajátításának területén is, ami további kirekesztettséget eredményezhet, ugyanis a társak gyakran gúny tárgyává teszik az érintett gyermekeket.

Az *orrhangzós beszéd*, más néven rinofónia kialakulásának oka lehet szerzett vagy veleszületett szervi rendellenesség (pl. szájpadhasadék). Az érintett személy hangja olykor érthetetlen-

²⁷⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. § (3).

²⁷⁵ Az amerikai Communication Developmental Inventories (CDI) magyar nyelvű adaptációjáról bővebben lásd a *Nyelvfejlődési zavarok* című egyetemi jegyzetet (Kocsisné Kálló-Túriné Gál 2013).

²⁷⁶ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet, 25. § (2), (3).

né válik, és jellemzően nazalizált hangokat hallat. A tünetek már csecsemőkorban észrevehetőek, így megfelelő időben el lehet kezdeni a terápiát. Gyakran orvosi beavatkozás szükséges, és a logopédus csak ezt követően kezdi meg fejlesztő munkáját.

Amennyiben a nyelv- és beszédfejlődés területén azt tapasztaljuk, hogy a gyermek beszédfejlődése késik, szóbeli megnyilvánulásai nem a kommunikációs helyzetekhez kapcsolódnak, pl. értelmetlen hangsorokat vagy értelmes szavakat mond kommunikációs szándék nélkül, és a szocializáció területén eltérések tapasztalhatók (nem vesz tudomást a környezetében lévő emberekről, élményt nem oszt meg, szemkontaktust nem vesz fel), valamint az adaptív viselkedés terén is elmaradás észlelhető (pl. indokolatlan hisztik, feltűnően visszahúzódó magatartás), felmerül az autizmus spektrum zavar gyanúja. A pontos diagnózis felállítása, illetve bizonyos befolyásoló tényezők kizárása (differenciáldiagnosztika) egyaránt fontos diagnosztikus szempont. Ahhoz, hogy a kommunikáció, a nyelv és a beszéd eltérő fejlődését okozó tényezőket meghatározzuk és szükség esetén elkülönítsük az autizmus spektrum zavar diagnózisától, komplex orvosi (gyermekpszichiáter), gyógypedagógiai-pszichológiai kivizsgálás szükséges.

II.3.3.3. Állapotmegismerés, diagnosztika

A széles körű, mindenkit érintő és államilag kötelezővé tett szűrővizsgálati eljárások biztosíthatják a hallássérülés korai felismerésének lehetőségét. Számptalan kutatás támasztja alá, hogy amennyiben a veleszületett hallássérülés felfedezése és a hallókészülékkel történő ellátás az első életévben megtörténik, akkor ez a hallás- és beszédfejlődésben csökkentheti vagy akár meg is szüntetheti a kommunikációs probléma kialakulását. Bármely életkorban is merül fel a kommunikáció eltérő fejlődésének a gyanúja, első lépésként nagyon fontos a gyermek hallásának fül-orr-gégész szakorvos által elvégzett hallásvizsgálata, a hallássérülés lehetőségének feltárása, illetve annak kizárása.

Az eltérést eredményező okok hátterének feltérképezése komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálatot igényel. A gyógypedagógiai-pszichológiai diagnózis célja, hogy ne csak a képességzavar tényét állapítsa meg, hanem a gyermek erősségeinek feltérképezésével kijelölje a fejlesztés irányát is. A vizsgálat kiterjed a gyermek egészségi állapotára, szociális-érzelmi státuszára, kommunikációs képességeire, motoros funkcióira és szocio-ökonómiai (környezeti tényezők) státuszára is. Ezen a vizsgálaton az alábbi szakemberekből álló vizsgáló team vehet részt: logopédus, hallássérültek, illetve értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus; pszichológus (klinikai szakpszichológus), szomatopedagógus/gyógytornász/konduktor. Ha felmerül az autizmus gyanúja, akkor a vizsgálatot végző szakembercsoport autizmusdiagnosztikában jártas gyógypedagógussal és gyermekpszichiáterrel egészül ki.

A komplex vizsgálat megállapítja, hogy mi áll az *eltérő beszédfejlődés hátterében*. Ez lehet időbeli megkésettség (a gyermek érti a beszédet, csak a kifejező beszéd eltérő fejlődése áll fenn). A probléma azonban lehet összetettebb is, ha a befogadó (beszédészlelés, beszédértés) és a kifejező nyelvi készség (expresszív beszéd) területe egyaránt érintett (nyelvfejlődési zavar, fejlődési diszfázia), illetve ha a kommunikáció eltérő fejlődése a gyermeket körülvevő környezeti tényezőkből eredeztethető. További problémaként felmerülhet a gyermek pszichés problémáiból adódó „némaság” (elektív mutizmus), vagy felmerülhetnek a beszédritmusban tapasztalható eltérések, pl. dadogás. E problémák diagnosztizálásában különösen fontos, hogy a teamben a logopédus mellett pszichológus szakember (klinikai szakpszichológus) is részt vegyen.

A diagnosztikus módszerek megválasztása a felsorolt szakemberek szakmai kompetenciájába tartozik, pl. motoros tesztek, az oromotoros (száj- és nyelvmozgások) funkciók vizsgálata;

a nyelvi fejlettséget vizsgáló eljárások, életkorokra bontott fejlődési skálák, kérdőívek, illetve logopédiai diagnosztikával foglalkozó vizsgáló módszerek. A szűrés mellett a diagnosztikus folyamatokban is jól alkalmazható a korai szókincsvizsgálat, a KOFA (GEREBEN F.-NÉ et al. 2012). A szűrőeljárás különböző változatai három életkori periódusban alkalmazhatók: KOFA–1: 8–16 hó; KOFA–2: 16–30 hó; KOFA–3: 24–48 hó (KASS–LŐRIK–BERTALAN 2017).

A deficitek kimutatására irányuló diagnosztikus eljárások által kapott eredmények gyakran pejoratív, címkéző, stigmatizáló tartalmi többlettel nehezdedhetnek a gyermekre és az őt körülvevő családra, ám a problémák, az eltérő fejlődésmenet ilyen formában történő megjelenítése biztosítja a gyermek számára a szükséges fejlesztő/terápiás ellátáshoz való hozzáférést, a korai intervenció megkezdését.

II.3.3.4. Fejlesztő és terápiás lehetőségek

Abban az esetben, amikor a száj anatómiai struktúráját érintő eltérés (ajak és szájpadasadék) okozza a beszédfejlődésben kialakuló problémákat, első lépésként műtéti beavatkozás szükséges, melyet szakorvosi team végez (gyermeksebész, fül-orr-gégész). A műtét utáni posztoperatív időszakot követően kezdődhet meg a gyermek komplex beszédfejlesztő terápiája. Ezt a fejlesztést logopédus biztosítja a gyermek számára, de szükség esetén bekapcsolódhat értelmileg akadályozottak vagy tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógy-pedagógus is.

A kommunikáció eltérő fejlődésének terápiája a komplex diagnosztikára épül. Pl. a logopédiai vizsgálat feltárja a gyermek nyelvi fejlettségét, a pszichológiai vizsgálat az intellektuális képességek felmérésére irányul, míg a szomatopedagógus vagy a gyógytornász által végzett motoros képességek feltérképezése a gyermek mozgáskoordinációbeli eltéréseire hívja fel a szakemberek figyelmét. Az állapotfeltáró vizsgálat rávilágít a gyermek erősségeire és a fejlesztendő területekre. Megkésett beszédfejlődés esetében pl. a megkésett beszéd indítása **logopédiai terápia** keretében történik, ami komplex gyógypedagógiai-pszichológiai szemléleten alapul. A terápia megkezdésének időpontjáról és intenzitásáról a komplex logopédiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatot követően kell dönteni. A megkésett beszédfejlődés javításának célja, hogy a gyermeket mielőbb képessé tegye a beszéd befogadására, feldolgozására, valamint a kommunikációra. A terápia során a beszéd és a nyelv, a mozgás, a gondolkodás, a figyelem és az emlékezet fejlesztése áll a középpontban (BITTERA T.-NÉ– JUHÁSZ 2002).

Amennyiben a kognitív vagy a motoros funkciók eltérő fejlődése is szerepet játszik a kommunikáció eltérő fejlődésében, a logopédiai fejlesztés kiegészül komplex gyógypedagógiai fejlesztéssel és mozgásfejlesztéssel, melyeket értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, szomatopedagógus, konduktor vagy gyógytornász biztosíthat a gyermek számára. A legfontosabb fejlesztési területek közé sorolhatjuk a szenzomotoros koordináció, a nagymozgások, a finommozgások és az oromotoros funkciók fejlesztését, az auditív és a vizuális percepció fejlesztését, a szerialitás fejlesztését, a térbeli és időbeli orientáció fejlesztését, a szókincsbővítést, a testséma fejlesztését és a kommunikációs készség fejlesztését.

Azoknál a gyermekeknél, akiknél a kommunikáció eltérő fejlődésének háttérben pszichés problémák húzódnak meg (pl. dadogó gyermekek esetében), a komplex fejlesztésükben pszichológus szakembernek (klinikai szakpszichológus) is részt kell vennie. Ha felmerül az autizmus spektrum zavar gyanúja, a fejlesztés során a kommunikációs folyamatok megsegítéséhez és a gyermek funkcionális fejlődésének támogatásához autizmusspecifikus módszerek alkalmazása indokolt. A vizuális segítségadás optimális formájának megválasztását a gyermek képessége-

ihez kell igazítani. A kommunikációt támogató vizuális megsegítés egyik lehetséges eszköze képkártyacsere módszer, a PECS-módszer (Picture Exchange Communication System).²⁷⁷ Gyermekkori autizmusdiagnózis esetén a fejlesztő és terápiás beavatkozásokat lehetőség szerint autizmus spektrum pedagógiája, értelmileg akadályozottak pedagógiája, tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, logopédus, pszichopedagógus, illetve klinikai szakpszichológus végezze, aki megfelelő kiegészítő képzéssel rendelkezik.

II.3.3.5. Gyermekút

Amikor a védőnő (szülői jelzés alapján) ismeri fel a problémát

1. A területi védőnő a szűrővizsgálatok, a tanácsadás és a családlátogatások alkalmával, illetve a szülői kérdőív eredményeinek segítségével megfigyeli a gyermek fejlődését. Amennyiben ennek során vagy szülői jelzés alapján a gyermek beszédfejlődésében és/vagy szocializációs-kapcsolatteremtő képességének kialakulásában eltérést, lemaradást észlel, a szülővel való megbeszélést követően írásban jelzi a problémát a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, és hozzá irányítja a szülőt a gyermekkel.
 - 1.1. Amennyiben a gyermek kommunikációs képességének fejlődésében a tipikus fejlődésmenethez képest 18 hónapos korig legalább 3 hónapos, valamint 18–36 hónapos kor között legalább 6 hónapos elmaradást tapasztal, tájékoztatja a szülőt, hogy ebben az esetben a szakellátó szakorvos közvetlenül javasolhatja a korai fejlesztést a gyermeknek, amelyet jellemzően a legközelebbi járási pedagógiai szakszolgálatnál (vagy szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végző egyéb intézményben) vehet igénybe. Egyúttal tájékoztatja őket a pedagógiai szakszolgálat szerepéről, a szakértői bizottságok feladatairól, és a szakorvosi vizsgálat lezajlásáig javasolja a járási pedagógiai szakszolgálat felkeresését, ahol addig is meg tudják kezdeni az állapotmegismerést.
 - 1.2. A VOIR-ban rögzíti az észlelését, a házi gyermekorvoshoz/háziorvoshoz való irányítást és a pedagógiai szakszolgálathoz való irányítási javaslatot is.

Amikor a szülő gyanúja alapján a házi gyermekorvos/háziorvos észleli a problémát

2. Ha a szülő vagy a gondozó a gyermek kommunikációs képességének fejlődésében (beszéd, szocializáció-kapcsolatteremtés) eltérést, elmaradást észlel, és a házi gyermekorvos/háziorvost keresi fel a problémával, a szakember indokolt esetben szakorvosi kivizsgálást indikál (fül-orr-gégész szakorvos, gyermekneurológia, gyermekpszichiáter).
 - 2.1. Ha a házi gyermekorvos/háziorvos a gyermek kommunikációs képességének fejlődésében a tipikus fejlődésmenethez képest 18 hónapos korig legalább 3 hónapos, 18–36 hónapos kor közötti gyermek esetében pedig legalább 6 hónapos eltérést, lemaradást tapasztal, szakellátó szakorvoshoz irányítja a gyermeket. Egyúttal tájékoztatja a szülőt, hogy a szakellátó szakorvos közvetlenül javasolhatja a korai fejlesztést a gyermeknek, amelyet jellemzően a legközelebbi járási szakszolgálatnál (vagy szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végző egyéb intézményben) vehet igénybe. Javasolja a járási pedagógiai szakszolgálattal való kapcsolatfelvételt, hogy ott adott esetben az állapotmegismerést megkezdhessék.
 - 2.2. Az észlelését és a továbbküldési javaslatot az EESZT-ben rögzíti.

²⁷⁷ National Autism Resources: The Picture Exchange Communication System (PECS). <https://www.nationalautismresources.com/the-picture-exchange-communication-system-pecs/> (Letöltve: 2020. 03. 12.)

Amikor a problémát a napközbeni ellátó intézményben (pl. bölcsődében, családi bölcsődében) vagy a 3 évnél fiatalabb gyermekeket is ellátó óvodában, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatnál/központban ismerik fel

3. Ha a napközbeni ellátást végző intézmény kisgyermeknevelője, orvosa, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője a kommunikációs képességek (beszéd, szocializáció-kapcsolatteremtés) területén eltérést, lemaradást észlel, a szülőt, gondviselőt megfelelően tájékoztatva, a gyermeket házi gyermekorvosi/háziorvosi vizsgálatra irányítja.
 - 3.1. Amennyiben a gyermek kommunikációs képességének fejlődésében a tipikus fejlődésmenethez képest 18 hónapos korig legalább 3 hónapos, 18–36 hónapos kor között legalább 6 hónapos eltérést, lemaradást tapasztal, kezdeményezi az illetékes járási pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának felkeresését.
 - 3.2. A felismerés és a küldés tényét az intézmény erre kijelölt szakembere javasoltan elektronikus úton írásban jelzi a védőnőnek.

A diagnózistól az ellátó intézménybe való bekerülésig

4. Amennyiben a vizsgálatban részt vevő szakorvos (fül-orr-gégész, gyermekneurológus, gyermekpszichiáter) úgy ítéli meg, hogy a gyermek korai fejlesztést, terápiás ellátást igényel, 3 éves kor alatt közvetlenül küldheti az ellátó kulcsintézménybe (a járási pedagógiai szakszolgálathoz vagy más intézményhez, amelyik szakszolgálati feladatként korai fejlesztést végez, illetve egészségügyi ellátóhoz, ahol a szükségletalapú ellátást interdiszciplináris team nyújtja).
 - 4.1. Az EESZT-ben rögzíti, hogy mikor, ki és hol végezte a vizsgálatot, hogy mi a diagnózis, a javasolt terápia és a továbbküldési javaslat, és hogy mikor van a következő kontrollvizsgálat ideje.
 - 4.2. Az intézmény kontaktszemélye az EESZT-n keresztül jelzi a beküldőnek a vizsgálat tényét, eredményét és a továbbküldési javaslatot. Amennyiben nem a házi gyermekorvos/háziorvos a beküldő, hanem más szakellátó szakorvos, akkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is visszajelez.
5. Amennyiben nem az egészségügyi szakellátás irányítja a járási pedagógiai szakszolgálathoz a gyermeket, a járási szakértői bizottság komplex vizsgálatot végez, és szükséges esetben megkezdi a gyermek ellátását. Sajátos nevelési igény gyanúja esetén a megyei szakértői bizottsághoz irányítja a gyermeket a szülővel.
 - 5.1. A szakértői bizottság az INYR-ben regisztrálja, hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, beírja a diagnózist, az ellátás módját, a javasolt fejlesztést, terápiát, a szakemberigényt (kompetencia), a foglalkozások gyakoriságát, az ellátás helyszínét, a következő vizsgálatokat.
 - 5.2. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a vizsgálat tényéről, eredményéről és az ellátási helyszínről.
6. A védőnő az információ birtokában tájékoztatja a családot az igénybe vehető szociális juttatásokról.

7. A fejlesztést, terápiás ellátást nyújtó kulcsintézményben az első alkalommal (és minden változás esetén) az ellátók a saját rendszerükben rögzítik a legfontosabb adatokat (dátum, az intézmény és az ellátó neve, a fejlesztés, terápia fajtája, rendszeressége, a szakember kompetenciája, heti időpontok, időtartam stb.). A saját rendszerükben rögzítik továbbá azt is, hogy kiadták a szülőnek az egyéni fejlesztési tervet és a tanév végén az év végi értékelést, valamint azt, ha az ellátást nyújtó intézmény kezdeményezi a gyermek szakértői bizottsági felülvizsgálatát.
 - 7.1. Az intézmény kontaktszemélye javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost a fejlesztő, terápiás ellátás megkezdéséről és befejezéséről.
8. A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor a védőnőtől – vagy egyéb esetben más jelzőrendszeri szereplőtől – jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el.
 - 8.1. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal (illetve az egyéb jelzéstevővel), bármely jelzőrendszeri taggal, aki az érintett gyermekkel kapcsolatban információval szolgálhat, és tájékozik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal is, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermekre nézve veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy a gyermekjóléti alapellátás keretében önkéntességen alapuló szociális segítő munkát nyújt, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésre álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.
 - 8.2. A folyamatról értesíti az érintett szakembert (visszajelez), pl. a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost (illetve az egyéb szolgáltatót), és az Esetnaplóban vagy a GySz-1/GySz-3 adatlapon rögzíti az információkat.
9. További probléma esetén bármelyik szakember szakmaközi konzultációt kezdeményezhet.

Eset

Melinda 3 éves elmúlt; problémamentes várandósságból született, a szülei enyhe fokban értelmi sérültek. A védőnő a gyermek 1,5 éves korában jelezte a házi gyermekorvosnak, hogy a kommunikáció és a beszédfejlődés területén eltérést észlel. A házi gyermekorvos komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálatra irányította a gyermeket. Ezzel párhuzamosan a fül-orr-gégészeti kivizsgálása is elindult, melynek célja Melinda hallásvizsgálatának elvégzése volt. A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat során a megkésett beszédfejlődés mellett a szakemberek a gyermek játéktevékenységében és a mozgáskoordináció területén is eltérést tapasztaltak. A hallásvizsgálat a hallószerv működésében nem igazolt eltérést.

A komplex gyógypedagógiai fejlesztés megkezdését követően egyre valószínűbbé vált, hogy Melinda kommunikációjának eltérő fejlődését környezeti tényezők okozták. A tárgyi környezet nem biztosította a gyermek számára az életkorának megfelelő és változatos játéktevékenységek elsajátítását, a szülők minimális szóbeli kommunikációja pedig nem adott elegendő mintát ahhoz, hogy a gyermek beszédfejlődése megfelelő ütemben alakulhasson ki. A család a fejlesztő foglalkozásokat rendszeresen látogatta. A gyermek kezdetben egyéni, később csoportos fejlesztésben is részesült, melyet értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus és szenzoros integrációban jártas szakember biztosított számára. A család

szociális helyzetére való tekintettel a gyermek 2 éves korában bölcsődei ellátása is megkezdődött.

Melinda 3 éves korában kikerült a gyógypedagógiai ellátásból. Beszédfejlődése utolérte kortársaiét, és óvodai nevelése normál óvodai csoportban kezdődhetett el.

II.3.4. Szabályozási zavarok

II.3.4.1. Áttekintés

A csecsemőkor a legintenzívebb fejlődési szakasz az ember életében, mégis már ekkor előfordulhatnak olyan fejlődési elakadások, melyek hátráltathatják a későbbi rugalmas és terhelhető érzelmi szabályozás kialakulását. Ide tartozik a testi szintű belső állandóságot biztosító rendszerek érettsége, az aktuális helyzethez illeszkedő figyelem és az alkalmazkodáshoz szükséges aktivitásszint, valamint a biztonságos kötődési mintázat kibontakozása. Ha ezek a funkcióterületek a korai érzékeny periódusokban jól alakulnak, a későbbi, akár nehéz élethelyzetekben is biztos alapot adnak a megfelelő érzelmi alkalmazkodáshoz.

A csecsemők születésüktől kezdve kiváló alkalmazkodóképességgel rendelkeznek. Ez az alkalmazkodás azonban csak az elsődleges gondozókkal való kölcsönhatásban képzelhető el, és a csecsemő a gondozói környezetével való kapcsolatának kontextusában érthető meg (STERN 2004; WINNICOTT 2004). Elsősorban a szoptatás, a megnyugtatás és az altatás azok az anyai funkciók, melyek lehetőséget adnak a biztonságos kapcsolatképzés kialakítására. Az ezzel kapcsolatos megelégedettség nagyban hozzájárul a szülők és a csecsemők egymásra hangolódásának sikeréhez.

A kutatók becslése alapján a csecsemők mintegy 5-10%-ánál alakulnak ki, vagy már a születésétől fogva jelen vannak a szabályozás zavarai, az ún. regulációs zavarok. Az első életév során a három legérintettebb terület a nem organikus háttérű *fokozott sírás* (a sírás lecsendesítése, a megnyugvás nehézségei), az *evés-étfetés* szabályozása (táplálkozás-gyarapodás), valamint az *alvás-ébredés ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok*. E klasszikus regulációs zavarok mellett a második életévben megjelenhet – tartósan fennálló interakciós félresiklások vagy kötődési problémák hatásaként – a játék iránti érdeklődés csökkenése, a túlzott, tartós dacreakció, az elválástól való extrém félelem, a gyakori kontrollálhatatlan dühroham, a szokatlan mértékű, önmagára vagy más személyekre, illetve a tárgyi környezetre irányuló agresszió és a szokatlan mértékű testvérféltékenység is (HÉDERVÁRI-HELLER 2008).

A zavarok közös vonása, hogy az érintett csecsemők viselkedésének belső irányítása kevésbé hatékony az evés-menyugvás-elalvás terén, így a környezethez való alkalmazkodás súlyosan megnehezülhet. A tünetek megjelenése több forrásból származhat, melyek közül kiemelendő a csecsemő veleszületett érzékenysége, valamely idegrendszeri állapottal együtt járó sérülékenysége, a szülők kedvezőtlen pszichés állapota és bizonyos környezeti rizikófaktorok. A csecsemők normál viselkedési állapotainak napi mintázata saját fiziológia folyamataik egyensúlyától, az őket érő ingerek szűrésének megfelelőségétől és a különböző viselkedéses állapotok közötti átmenetek kezelésének képességétől is függ.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a szabályozási zavarok a csecsemő- és kora gyermekkor pszichés/pszichoszomatikus problémájaként ragadhatók meg, nem pedig szoktatási-nevelési kérdésként, mint ahogy azt sokan még jelenleg is feltételezik.

A regulációs zavarok tüneteinek a szülő-gyermek kapcsolatában való elemzéséhez a „klinikai ablak” fogalma (STERN 2002) egy olyan támpont, amely „az egészséges fejlődés tükrében és az egyes szakaszok fő fejlődési feladataihoz viszonyítva keresi azokat az interakciós mintákat, amelyek regulációs zavarra utalnak. Ugyanakkor, amikor az okokat keressük, minden fejlődési szakaszban szembesülünk azzal a problémával, hogy nehéz eldönteni: a csecsemő vagy az anya a kiinduló pontja a regulációs problémának?(HÁMORI 2010, 18). A „klinikai” ablak a korai szabályozási zavarok diagnosztikus eszköze tehát, amelyen keresztül rá lehet tekinteni az anya-csecsemő kapcsolat sajátosságaira – arra, hogy maga a szabályozás miként jön létre vagy térül el akár az anyai oldalon, akár a csecsemő valamilyen problémája miatt.

Az alábbiakban Hámori Eszter tanulmánya alapján (HÁMORI 2010, 18–20) az anya, illetve a csecsemő részéről leggyakrabban felmerülő regulációs problémák idői mintázatait ismertetjük a „klinikai ablak” szerinti megközelítésben:

Az első három hónap

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • Féltreértelmezi a csecsemő sírásjelzéseit (etet, amikor megnyugtatóra van szükség, megnyugtatót próbál, amikor etetni kéne stb.). • Nem találja meg a szoptatás/etetés megfelelő technikáját. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nehezen megnyugtatható. • Nem szopik eleget, vagy elutasítja a mellel. • Nehezen alszik el, könnyen felriad.

Nehézségek mutatkozhatnak a három terület (etetés, megnyugtató, altatás) elkülönítésében, mivel azok gyakran összefonódnak. A különböző helyzetekre szervezett, többszöri megfigyelések azonban segíthetnek meghatározni, miben és hogyan jelentkeznek a regulációs problémák.

A kölcsönös reguláció kezdete: 2 ½–5 ½ hónap

Ez a szakasz a kölcsönösség kialakulásának kezdete. A gondozás és a játék kapcsán a csecsemő fokozott érdeklődést mutat az interakciók iránt, kezdeményez, kétirányú nem verbális párbeszédben vesz részt.

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • Túlkontrolláló anya – az interakciót minden esetben ő irányítja, ő fejezi be, sokszor ő kezdeményezi, vagy a csecsemő kezdeményezéseire rögtön „témát vált”. • Passzív, alulkontrolláló anya – a csecsemő kezdeményezéseire késleltetve reagál, ő maga ritkán kezdeményez, stb. 	<ul style="list-style-type: none"> • A szemkontaktus kerülése. • A reciprok interakció hiánya – nem kezdeményez, és/vagy nem szinkronban reagál. • Az érzelmek kifejezés problémái.

A tárgyvaló játék megjelenése: 5 ½–8-9 hónap

A csecsemő fokozódó figyelmi kapacitása és manipulációs képességeinek színesevé válása kapcsán a tárgyi világ felé való érdeklődése határozottabbá teszi azt, hogy mit és mivel játsszon, illetve megerősödik a közös játék kezdeményezésének vagy abbahagyásának kontrollja.

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • Fokozott beavatkozás (ő irányítja az interakciót, túl sok játékot használ, stb.), vagy épp ellenkezőleg: • Fokozott passzivitás (jelen van, de nem vesz részt, nem kínál új tárgyakat, stb.). 	<ul style="list-style-type: none"> • A tárgyi világ iránti érdeklődés hiánya. • A manipulációs aktivitás hiánya.

A közelség és távolság szabályozása: 8-9–18 hónap

A csecsemő az aktív helyzetváltoztatással (mászás, járás) elkezdti önállóan szabályozni az anyához való közeledését és eltávolodását. A felfedezés (exploráció) és stresszhelyzetben a gondozó közelségének keresése (optimális biztonság) alapvető motívumok ebben a szakaszban, és meghatározzák a kötődési minták alakulását is.

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • Túlzott aggodás a csecsemő felfedező viselkedésével, eltávolodásával, temperamentumával kapcsolatban. • A „veszélyeztető” anya ezzel szemben nem ismeri fel vagy félreértelmezi a valóban veszélyes helyzeteket – gyakori balesetezés, sérülések. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokozott mozgékonyág, hipermotilitás. • Fokozott passzivitás. • Stresszhelyzetben az érzelmi kifejezések gátlása.

A gondolatok, érzelmek, szándékok megosztása: 8-9–12 hónap

Ebben a szakaszban az ún. intencionális viselkedések kerülnek előtérbe, melyeknek közép-pontjában a közös figyelmi fókusz áll: a csecsemőre hatnak az anya által kitüntetett dolgok, események, és ő is felhívja környezetének figyelmét, pl. mutatóval a számára fontos dolgokra, eseményekre; ugyanakkor az anya érzelmeinek „kiolvasása” hat a szándékaira, viselkedéstervezésére.

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • A csecsemő viselkedésének, szándékainak, érzelmeinek rendszeres félreértelmezése. • A ráhangolódás problémái (az anya rendszeresen rossz helyen és intenzitással kapcsolódik be a csecsemő érzelmi állapotába, nem érzékeli annak valódi állapotát, aminek következtében gyakoriak a feszült, nyugtalan interakciók). 	<ul style="list-style-type: none"> • A referenciális viselkedés hiánya. • Az érzelmkifejezés problémái (nem a helyzetnek megfelelő, túl heves, intenzív vagy éppenséggel túlzottan passzív).

A beszéd és a szimbolikus játék fejlődése: 18–36 hónap

Az anya-gyermek kapcsolatok a nyelvi és a szimbolikus játék fejlődését is elősegítik olyan helyzetekben, melyek során az anya gyermekével „a kommunikációnak és a játéknak ezekről a komplexebb formáiról és helyzeteiről »egyezkedik«. Az ürtési funkciók szabályozása szintén központi témája lesz az interakcióknak” (HÁMORI 2010, 20).

Az anya részéről:	A csecsemő részéről:
<ul style="list-style-type: none"> • Túlzott elvárások a beszédfejlődéssel kapcsolatban, vagy aggodalom amiatt, hogy az nem kielégítő. • A szócírák jelentésének félreértelmezése, a gyermek közlési szándékának félreértése. • A szobatisztaság erőtítése, vagy éppenséggel a pelenka elhúzódo preferálása. 	<ul style="list-style-type: none"> • A beszédkifejezés, a megértés zavara. • A szimbolikus funkció zavara (a csecsemő nem tud „mint-ha”-játékokat játszani). • Az ürtési kontroll változatos problémái (ragaszkodás a pelenkához, székletviszataratás, bevizelés stb.).

Sok esetben – mint ahogy azt a fenti problémalistából is láthatjuk – egy veleszületett fejlődési probléma, illetve a rizikós fejlődés ugyanolyan funkcionális és viselkedéses tünetekkel járhat, mint amilyeneket egészséges fejlődésmenet esetén a regulációs zavarból fakadó problémák jelentenek. Azt is meg kell jegyezni, hogy a fejlődési zavarok esetén is felléphetnek szabályozási zavarok, melyek megoldása sokat segíthet a gyermekek alapproblémájának sikeres kezelésében.

II.3.4.2. A krónikus nyugtalanság, ingerlékenység, excesszív sírás, a figyelemszabályozás zavara

A sírás – a kezdeti vokalizáció és egyéb hangprodukciók mellett – a csecsemők állapotukról és szándékaikról történő kommunikációjának eszköze. Bizonyos mértékű nyugtalanság megszokott a csecsemőknél, de ha a nyugtalanság mértéke és gyakorisága feltűnő, s ha a csecsemőt nem lehet megnyugtatni, az feszültséget, aggodalmakat ébreszt a környezetében.

A szülői megkeresések, védőnői konzultációk alkalmával gyakran felmerülő panasz, hogy a csecsemő keveset alszik, nagyon nyugtalan, gyakran felébred, ijesztő rosszulletek jelentkeznek nála, továbbá a síráshoz kapcsolódó légzészavar, összerezenések, megfeszülések is felléphetnek. A nyugtalanság miatt a szoptatás, a cumisüvegből való táplálás is nehézségekbe ütközik.

Szabályozási problémák esetén az egyébként minden kisgyermeknél megszokott időleges nyugtalanság mértéke, gyakorisága, kifejeződése és főleg a megnyugvás képtelensége uralja a viselkedést. A kisbabák átlagos esetben már a korai időtől, 1-2 hónapos kortól kezdve meg tudják nyugtatni önmagukat: elnézegetnek valamit, a szájukba tömökdi a kezüket vagy megrángatják a lábukat, a túlingerlés megelőzésére pedig képesek félrenézni, elfordulni, s így megszakítani az ingerek beáramlását. Erre az önszabályozásra azonban egyes kisgyermek nem képesek, és a legkisebb szokatlan történésre vigasztalhatatlanná, akaratossá válnak, és extrém mennyiségű, adott esetben többórás külső megnyugtatást várnak el a környezetüktől. Közben kizárják magukat olyan helyzetekből, amelyek örömet okoznának és segítenék a kapcsolódást a világhoz. Számukra az éberség optimális szinten tartása megoldhatatlan feladat.

A nyugtalan kisgyermek figyelmi kapacitása is korlátozott. Már 3 hónapos koruktól kezdve előfordul, hogy a család észleli, hogy nem tudják hosszasan, figyelmesen elnézegetni a kezüket, amely testközépvonali tevékenység más kisgyermeknél ebben a korban megszokott. Később saját nyugtalanságuk miatt nem jutnak hozzá, hogy két tárgyat egymásba illesszenek, összeütögtessenek, és ezzel a figyelmüket trenírozhassák. Később nem tudnak elmerülni a játékban, és mindenféle foglalatosságukban elterelhetők, sőt a mozgástervezésük is problematikus, ami miatt impulzívok lesznek és nem ismerik fel a veszélyt. Ennek nehezen kompenzálható következményei ismertek: az előrelátás, a feladatokban való elmélyedés képességének hiánya, fel-színesség a döntésekben és az információk kezelésének differenciálatlansága. Érdekes módon annak ellenére, hogy ezek a gyermekek szinte állandóan túlingereltnek tűnnek, újabb és újabb ingereket keresnek. Kisbabaként a vertikálitást preferálják, később pedig nem tűrik a testi körülhatárolás, korlátozás semmilyen formáját, legyen az akár ölbe vevés, átkarolás vagy becsatolt biztonsági öv. Nem képesek egy helyben ülni addig sem, ameddig az ebédet megennék, meghallgatnák a mesét vagy rájuk kerülne a sor a játékban.

Az extrém mértékben nyugtalan és sokat síró csecsemők maguk is szenvednek és a családjuk is szenved. Egy ilyen kisgyermek a szinte folyamatos foglalkozás és a feszült figyelem mellett is csak rövid időre nyugtatható meg. *Excesszív sírásnak* azt nevezzük, amikor az újszülöttek vagy a csecsemők könnyen és gyakran sírva fakadnak, hosszú ideig sírnak (akár a nap nagy részében), vagy nappal nyugodtabbak, de éjjel sírnak, és nehezen vigasztalhatók meg. Az excesszív sírás és tüneteinek megítélése nagyon szubjektív lehet, mert egyrészt minden csecsemőnél más és más formában és intenzitással jelentkezik, másrészt a környezet „toleranciája” is eltérő lehet: bizonyos szülők a mások által még természetesnek vélt sírás mennyiségét és intenzitását is megterhelőnek tartják. Azt a közkeletű vélekedést, hogy a fiúgyermeknél vagy az elsőszülötteknél gyakrabban lépnek fel sírásproblémák, tudományos vizsgálatok nem igazolják.

II.3.4.3. Az evés szabályozása, étkezési és gyarapodási zavarok

Az étkezéssel kapcsolatos viselkedés már újszülött kortól pregnánsan eltér az egyes gyermekeknél, és időnként meglehetősen nehéz feladat a „válogatós” gyermek problematikáját megkülönböztetni a kóros szabályozás következtében fellépő étkezési zavaroktól, melyek néha valóban az életet veszélyeztető mértéket öltenek.

A nem evés tüneteit korai gyermekkorban mindig nagyon gondosan kell mérlegelni, mert az étel visszautasítása nem önmagában, hanem a teljes kép kontextusában értelmezhető. A gyermek alkata, súlya, a szülők szorongása, a nem evés története, a ritkán vagy gyakrabban elfogadott ételek sajátosságai mind-mind megfontolandók. Ha a kisbabának nincs jó étvágya, és keveset eszik ahhoz, hogy gyarapodjon, egészen más a helyzet, mintha mohó evés közben hirtelen hátrafesztí magát és keserves sírásra fakadva abbahagyja a szopást, az evést.

A leggyakrabban előforduló korai evésproblémák (CHATOOR 2009):

- állapotszabályozással kapcsolatos evészavar;
- szenzoros ételaverzió (3–7 hónaptól);
- a gyermek és gondozója közötti kölcsönösség sajátosságaival összefüggő evészavar;
- infantilis anorexia (15–18 hónaptól);
- poszttraumás evészavar;
- egyéb betegség mellett megjelenő étkezési diszfunkció, pl. a gasztroözofoágéális refluxbetegség vagy egyes ételallergiák esetei.

A korai állapotszabályozás nehézségei természetesen megjelennek az evés területén is. A kisbabák nem képesek a szopáshoz szükséges éberségi szintet produkálni, vagy álmosak, vagy túl izgatottak, és nem tudják jól koordinálni a szopó és nyelő mozdulatokat, a légvételt. Ezzel párhuzamosan evés közben nem kellően válasz-készek az anyjukkal való kölcsönös kapcsolat-tartásban, és sok stresszt élnek át.

Az ételaverzió megnyilvánulásai, a grimaszolás, az étel kiköpése, az émelygés, a hányás életkortól függhet. A gyermekek nem esznek önállóan, begyűjtik, kiköpik az ételt, hisztiznek evés-időben, játszanak az étellel, extrém lassan esznek, rosszul rágnak, nehezen nyelnek, sőt az étkezést is magába foglaló szociális helyzeteket is elutasíthatják. Mindehhez gyakran társul erős szorongás, és kényszeres tünetek is felléphetnek. Az ilyen gyermekeknek szenzoros integrációs problémájuk lehet; esetükben leggyakrabban gyenge színvonalúak a száj körüli mozgások, és a kifejező beszéd fejlődése is meglágyíthat. Jellemző, hogy ehhez a képhez egyéb túlérzékenységek kapcsolódnak, például nem viselik el, ha piszkos a kezük, nem szeretik a fog- és a hajmosást. A későbbiekben különös ételpreferenciák jelenhetnek meg: egyes kisbabák 8-9 hónapos koruk körül csak ropogós enivalókat hajlandók elfogadni, mások a véletlenül megkóstolt erősen fűszeres vagy kifejezetten csípős ételeket, vagy a jéghideg innivalót szeretik, zavarba ejtve ezzel a környezetüket. Ezekben az esetekben a szájterén belül csak a határozott kontúrú ingerek tudomásul vétele történik meg, ami érintéses és érzékelési hiposzenzitivitásra utal.

Leggyakrabban az első évben jelenik meg a gyermek és a gondozó kölcsönösségének problematikusságán alapuló evészavar. Ilyenkor már jelentős lehet a súlyvesztés, mégis mintha a szülő ezt nem látná, és tagadja aényt. Az etetés alatt a gyermek nem küld az anya felé az életkorában már elvárható és más anya-gyermek párosnál megszokott szociális jelzéseket – mosolyt, tekintetváltást, „hangcsálást”. Az ennek háttérében lévő anyai viselkedés, a megvonó, depriváló magatartás az anya részéről nem tudatos: saját gyermekkorának étkezéssel, érzelmekkel kapcsolatos traumái élednek újra, melyek nem engedik, hogy adakozó-tápláló érzelmi

állapotba kerüljön. Természetesen az is előfordulhat, hogy a gyermek saját organikus jellegű fejlődési problémái miatt nem képes az anyai, gondozói jelzések kellő mértékű fogadására. Mindkét esetben a kölcsönösség, az érzelmi adok-kapok viszonyossága sérül.

Infantilis anorexiáról akkor beszélünk, ha a gyermek ritkán jelzi, hogy éhes, egyáltalán nem érdekli az étkezés és az étel, inkább játszana vagy sétálna, de semmiképpen nem enne. Ilyen esetekben jelentős súlyhiánnyal kell számolni. Az infantilis anorexia leginkább abban az időszakban jelenik meg, amikor a gyermek áttér az önálló kanalazásra vagy az önálló evésre.

Az evésproblémához másodlagosan a fizikai fejlődés gátoltságából adódóan az izomtömeg nem megfelelő alakulása, a motoros képességek fejlődésének lemaradása és olyan emocionális zavarok kapcsolódhatnak, melyek a kompetens én megélésének hiányosságából fakadnak. Az evés fontos része a függetlenségnek, a környezethez való alkalmazkodásnak, az emocionális biztonságérzésnek és az önbizalomnak.

Az étkezéssel kapcsolatos viselkedések érintik a gyermek szabálykövetési képességét éppen úgy, mint flexibilitását, valamint azt a képességét, hogy kifejezésre juttassa választását az ételek mennyiségének, az étkezés idejének és a kívánt ételfajta terén. Mindehhez szükséges, hogy a teste belsejéből jövő éhséggel-jóllakottsággal kapcsolatos jelzéseket megfelelően érzékelje, és finom segítséget kapjon ennek az érzésnek a differenciálásában.

II.3.4.4. Az alvás-ébrenlét ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok

Az alvás hosszan fennálló zavarai a kisgyermekes családok kimerülésének és szétzilálódásának leggyakoribb okai, és „rossz hullámokat keltve” csak tovább rontják a kisgyermek jó alvásának az esélyét. A kialvatlan és feszült szülők próbálják ellátni a feladataikat, de az állandósuló alváshiány éjszaka és a zaklatott kisgyermekkel való együttléti napközben felőrli a teherbírásukat.

Az alvás és az ébrenlét szabályozásában alapvetően a belső egyensúly és a nappalok-éjszakák váltakozásához kapcsolódó napi ritmus játszik szerepet. Gyermekes esetekben azonban az alvásregulációban az érzelmi komponens a legdöntőbb. Ezért a kisgyermekkor alvásproblémáinak vizsgálatakor a kötődés és az énejlődés története az első helyen megfontolandó szempont. Hangsúlyoznunk kell, hogy az elalvás körüli problémákat nem lehet nevelési kérdés-ként felfogni, noha a kialakulás eseménysora nevelési elemeket is tartalmaz. Az alvás nehézségeiben egyszerre vannak jelen a gyermek alkati sajátosságai, homeosztatikuss szabályozási anomáliái és a szülők szorongása, fantáziái.

Az alvás szabályozásának zavarai életkoronként más- és másféleképpen jelennek meg. Az elalvás problémái 7–9 hónapos korra sajátosan egyéni jelleget öltenek: az éberség megfelelő beállítása egyes kisgyermeknél már jól kialakult rutinok alapján történik, még akkor is, ha a külső szemlélő számára az adott technika akár bizarrnak is tűnhet. Más esetekben az anyák nem tudnak megfelelően működő közös gyakorlatot kidolgozni, és a kisbabával akár órákig sétálnak, zötyögtetik, döcögtetik őket, de mindhiába: amint vízszintesbe helyezik a csecsemőt, ismét előlről kezdődik a sírás. Az egyensúlyszervi ingerlést időnként igyekeznek hintával, autózattal megoldani, de vannak gyermekek, akiknek fontosabb a hallási ingerlés, és ún. „fehér zajra”, adott esetben porszívó vagy hajszárfító hangjára alszanak el. Tény, hogy a napközben túlingerelt gyermekeknek az alváshoz szükséges éberségi szintet nehezebb a saját szabályozó kapacitásuk alapján beállítaniuk. Ezért az ok nélkül, csupán „fejlesztési” szándékkal használt

hinták, rugózó bölcsők és egyéb gyermekszórakoztatónak tartott eszközök igénybevétele veszélyes lehet.

Az elsődleges gondozóval való biztonságos kötődés hiánya gyakran csapódik le elalvási és átalvási problémákban, melyek rendszerint 10–12 hónapos kor körül bukkannak fel. A kisgyermeken úgy elhatalmasodhat a szeparációs szorongás, hogy kizárólag a szülők karjaiban képesek annyira megnyugodni, hogy át tudjanak billenni az alvásba. Rövidesen azonban újra felébrednek, és kétségbeesetten követelik a szoros testi kontaktust. A szülők és a kisbaba/kisgyermek az elalvás és az átalvás támogatása során olyan kívülről jövő szabályozó gyakorlatot alakíthatnak ki, ami az idő múlásával sem változik, nem csökken az ideje, a gyakorisága, és rontja a kisgyermek továbbfejlődését az önálló alvás területén.

Az alvás mennyisége is jelentős nehézségek forrása lehet. Vannak gyermekek, akik órákig tartó, változatos, de kényszeres jellegű rituálék után is csak néhány órát alszanak, majd mintegy kipihenten, legalábbis éberen „jelentkeznek”. Roppant gyakori, hogy már bölcsődés korban abbahagyják a délutáni alvást; ilyenkor a szülők abban reményednek, hogy az esti altatás könnyebben fog menni. Ők a környezet által „kicsiny alvásigénnyel” jellemzett gyermekek. Ne feledjük, 5-6 éves korig napi 11–13 óra alvás lenne szükséges a megfelelő testi és idegrendszeri fejlődéshez. Az alváshiány következményei, pontosabban azok a nehézségek, amelyek az alvászavarral „közös gyökérből” származnak, számtalanok lehetnek, pl. figyelemzavar, tanulási nehézségek, emocionális komplikációk, autisztikus jellegű fejlődés.

II.3.4.5. Felismerés, szűrés

Krónikus nyugtalanság, ingerlékenység, excesszív sírás és a figyelemszabályozás zavara esetén

A krónikus sírás és a megnyugvás zavarai esetén indokolt a csecsemők célzott megfigyelése, ami segítheti az organikus zavarokra irányuló – sok esetben téves – szülői aggodalmak tisztázását. Ugyanígy az evéssel és az alvással kapcsolatos zavarok esetén is orvosi okkeresés kezdődhet. Egyik legfontosabb feladat a túlzott anyai aggodalmak, bizonytalanságok elkülönítése a tényleges zavaroktól. A megnyugvás nehézségeit mutató csecsemők esetében egyes jól bevált megfigyelési szempontsorok használata fokozza az ilyen típusú regulációs zavarok azonosításának lehetőségét, pl. az anya-gyermek kapcsolati diagnosztikára alapuló szempontsor (HÁMORI 2005), bizonyos interjútechnikák (pl. a tematikus regulációs interjú; HÁMORI–MÁRKUS 2017) vagy a korai szenzoros integráció megfigyelésére vonatkozó útmutató (SCHAAF et al. 1995), illetve az életkorilag adekvát, a szülők által kitölthető kérdőívek (A szenzoros és mozgásos élmények kérdőíve; ARATÓ et al. 2019).

A szűrés és a felismerés hatékonyságát csökkentheti az a gyakran tapasztalható szülői érzés, hogy a saját tapasztalatlansága, ügyetlensége vagy családi traumák, illetve feszültségek állnak a bajok hátterében. Azt azonban szem előtt kell tartanunk, hogy a szülői aggodalom akár valós, akár nem, a szülők emiatt ritkábban fordulnak avatott szakemberhez segítségért, nem úgy, mint amikor konkrét betegség miatt kell orvosi segítséget igénybe venniük.

Az evés szabályozása, étkezési és gyarapodási zavarok esetén

A kora gyermekkor idején sok szülő számára jelent örökös aggodalmat az evés különböző mértékű és fajtájú elutasítása, ezért gyakran túl heves és főleg orvosi irányultságú megoldáskeresés indulhat be. Csak akkor kap nagyobb teret a más típusú okkeresés, ha ez sikertelen, és a csecsemő vagy a kisgyermek nem evéssel kapcsolatos állapota súlyosbodik. Ilyenkor általában

szorosabb orvosi-védőnői figyelem veszi körül a családot, melyben újabb és újabb hipotéziseket állítanak fel.

Valójában nem mindig könnyű a differenciálás az eltűzött anyai félelmek, precíz evési/gyarapadási elvárások és a klinikai evészavarok között. Mindenesetre, ha az evéssel kapcsolatban jelenik meg eltűzött nyugtalanság a szülők részéről, az már felhívó jellegű lehet a pszichés háttér kezelésének igénye szempontjából, még akkor is, ha adott esetben a csecsemő vagy a kisgyermek objektív adatok alapján gyarapszik. Szintén összetett kérdést kell kezelni az ételaverziók esetén, amikor gyarapszik ugyan a gyermek, de csupán néhány ételféleség elfogadása árán. A válogatás kórosságának gyanúja esetén egyéb fejlődési jellegzetességekre is figyelemmel kell lenni, melyek kívül esnek az étkezés területén, például a kisgyermek funkciófejlődése, kötődési sajátosságai, a család pszichés légköre, az anya tápláló attitűdjének sajátosságai.

Az alvás-ébredlét ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok esetén

Ha a csecsemőnek vagy a kisgyermeknek alvási problémái vannak, azokat a legritkább esetben kell szűrni, hiszen a nem alvó gyermek mellett a nem alvó felnőtt fáradtsága olyan feszültséget kelt, amellyel a családnak kezdenie kell valamit. Néhány napos alváshiányt még elbírnak egy felnőtt, ha ismeri az okát, vagy a saját egészségével kapcsolatos problémaként éli meg, de egy kisbaba nyugtalanságát, sírását, nem alvását sikertelenül kezelni és közben az álomosság ellenére nem aludni, az már egy másik helyzet, amit kevesen bírnak ki szó nélkül. Ennek alapján azt gondolhatnánk, hogy a szülők hamar jelzik a gyermek alvásproblémáját a védőnőnek, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, ez azonban nincs feltétlenül így.

A szülők a leggyakrabban azzal a feltételezéssel közlik ezt a nehézséget, hogy a csecsemőnek/kisgyermeknek valamely testi betegség következtében állhatott elő az alvási nehézsége. Ilyenkor gondos orvosi kivizsgálásra van szükség, hogy a valóban előforduló testi betegségeket ki lehessen zárni. Ha azonban az alvási problémákkal kapcsolatban semmilyen testi problémát nem lehet találni, akkor a szülőknek egy újabb gondolattal kell szembesülniük: a gyermekük lelki okok miatt nem alszik. Ezt talán nehezebb elfogadni, mint az organikus okokat, és ilyenkor az is előfordul, hogy a család nem panaszkodik többet, nem „teregeti ki a szennyesét”, és a kisbaba állapotát családi titokként kezeli. Kívülállókkal nehéz megosztani ezt a nehézséget, hiszen ekkor már a nem alvó kisbabára mérgesek a szülők, aki ilyen nehéz helyzetbe hozta őket. A gyermek elleni indulataikat pedig érthető okokból takargatni akarják.

Az alvásproblémát akkor is nehéz megfogalmazni, ha a kisgyermek nem alvását az anya saját inkompetenciájának megvalósulásaként fogja fel, ha úgy érzi, hogy ez az állapot a saját ügyetlenségének, tapasztalatlanságának a következménye. Az édesanya ilyenkor még többet akarhat nyújtani, és előfordulhat, hogy szinte a teljes napot gyermeke közvetlen testi közelségében tölti; nappal és éjjel a testén hordozza a kisgyermeket, saját magát nyújtva átmeneti tárgyként. Előfordul, hogy a csecsemő vagy a kisgyermek alvásproblémái közvetlen, ugyanakkor a szülők számára láthatatlan kapcsolatban vannak valamely családi traumával, feldolgozatlan gyásszal, fenyegető elhagyással. Ilyenkor különösen érthető, hogy a szülők nem szívesen szembesülnek a gyermek nehézségével, még a kimondás és a segítségkérés formájában sem.

II.3.4.6. Állapotmegismerés, diagnosztika

A kora gyermekkori szabályozási nehézségek felismerése és kivizsgálása nem könnyű feladat. A diagnózisalkotáshoz hosszmetseti megfigyelésekre és a kisgyermekek kísérésére van szükség. Megfelelő felismerésre a komplex tényezők feltérképezése, a kapcsolati diagnosztika,

továbbá a csecsemő állapotának, a környezeti hatásoknak, az előzményeknek és a szülői tapasztalatoknak az elemzése vezethet.

Vannak esetek, amikor veleszületett fejlődési rendellenességek és fejlődési rizikók hasonló tüneteket okozhatnak, mint az egyébként egészséges fejlődésmenet esetén a regulációs zavarból fakadó funkcionális és viselkedéses tünetek. Például az igen kis súlyú, de egészséges koraszülöttek fokozott irritabilitása, reakciókészsége, hiperszenzitivitása, az autizmus spektrum zavar, az érdeklődés és a figyelem zavarai, a fokozott impulzivitás, a passzivitás, illetve az érzékszervi zavarok kísérő tünetei lehetnek hasonlóak. A fejlődési zavarok korai azonosítása körében végzett differenciáldiagnosztikának nagy a jelentősége egyrészt a megfelelő célzott fejlesztések, terápiák korai megkezdése miatt, másrészt a másodlagos regulációs zavarok megelőzése szempontjából is.

Krónikus nyugtalanság, ingerlékenység, excesszív sírás és a figyelemszabályozás zavara esetén

A figyelem és a megnyugvás zavarait mutató csecsemők esetében a lelki tényezők felismerését leghatékonyabban a szülő-csecsemő együttlétek mikroelemzésével lehet elérni. Ez a módszer hazánkban még csak szórványosan érhető el, de már egyre több klinikai pszichológus, gyermekterapeuta, sőt gyógypedagógus és védőnő is jártasságra tett szert a gyakorlásában. A nagyobb városokban érdemes érdeklődni utána, illetve jó, ha a védőnő rendelkezik a környékbeli szakemberek elérhetőségével. A pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadást ellátó egységeiben, illetve az egészségügyben a gyermekpszichológiai szakrendeléseken és a magánszférában lehet elérni a konzultációt nyújtó szakembereket (szülő-csecsemő/kisgyermek konzultánsok vagy csecsemő-szülő kapcsolati konzulensek). Ezek a szakemberek jártasak a kapcsolatdiagnosztikai eljárásokban, a szülő-csecsemő konzultáció módszereiben és a videótechnikán alapuló konzultációs technikákban is.

A differenciáldiagnózis szempontjából tudni kell, hogy a figyelemzavar és a nyugtalanság többféle klinikai kórállapot első jelei között lehet, ezért különösen figyelni kell arra, hogy ne legyen elkapkodott a diagnózisalkotás, ugyanakkor a csecsemő vagy a kisgyermek minél hamarabb kapja meg azt az ellátást, amely lehetőséget ad arra, hogy valamilyen módon csökkentsék a nyugtalanságát. Ez a lehetőség minden érintett kép esetében jobb kifizutást ad a fejlődésnek, és a gyermek önszervezésének korai időszakában akár a megelőzést is jelentheti. S ha ez utóbbi már nem lehetséges, az adott kórkép lehetőségei között jobbak lesznek az önszervezés esélyei is.

Korai időszakban a figyelemzavar többféle eltérő fejlődésmenet jelzése lehet, ezért a diagnózisalkotás csak az egyértelműen megragadható tényeket rögzíti, és meghatározza az ellátás körülményeit. Az enyhébb esetek vizsgálata és kezelése a korai fejlesztés és a nevelési tanácsadás feladata. Néha nem is könnyű megkülönböztetni, hogy súlyosabb vagy enyhébb-e a veszélyeztetettség; ilyen esetekben a pedagógiai szakszolgálatok nyújtanak segítséget.

Az evés szabályozása, étkezési és gyarapodási zavarok esetén

Az étkezéssel kapcsolatos zavarokat az erre a problémára szakosodott, ebben járatos, több szakmát magába foglaló csoport (team) tudja a legjobban megismerni, megítélni. Szükséges, hogy ebben a csoportban gyermekpszichiáter, klinikai pszichológus, gyógypedagógus, gasztroenterológus és gyermekneurológus is részt vegyen. A csoport feladata az okok feltárása és a kezelés meghatározása differenciáldiagnosztikai körütekintés mellett.

Az alvás-ébrenlét ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok esetén

A nem alvás testi állapotokkal való összefüggését vizsgálva számtalan lehetséges kiváltó okkal kell számolni, például testi fájdalom, viszketés, éjszakai izzadás, légzési rendellenességek stb. Ezek rendszeres és alapos végiggondolása, a gyanús lehetőségek kivizsgálása első körben az alapellátást végző házi gyermekorvosi/háziorvosi feladat.

A szülő-csecsemő együttlétek mikroelemzése ebben az esetben is előremutató megoldás. Klinikai pszichológusok, gyermekterapeuták, gyógypedagógusok és védőnők is egyre többen megtanulják és használják a módszert, csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáns, perinatális szaktanácsadó, illetve integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáns végzettséggel. Az érintett szakemberek a pedagógiai szakszolgálatoknál, az egészségügyi gyermekpszichológiai szakrendeléseken és a magánszférában érhetők el.

II.3.4.7. Fejlesztő és terápiás lehetőségek

Annak ellenére, hogy a csecsemők hordozzák a tüneteket, minden esetben a csecsemő-szülő kapcsolatot kell kezelni. Ennek megfelelően azok a pszichoterápiák hatékonyak, melyek kapcsolatorientáltak, a szülő-gyermek konzultáción alapulnak a csecsemő-szülő egymásra hangolódásának helyreállítására törekedve. A szabályozási zavarok okainak megszüntetése nagyban elősegíti a tünetek megszűnését. Emellett lényegesek a mindennapos evési-alvási rutinok, a szülői jelenlét egészséges biztonságérzetének kialakítását, a kellemetlen érzések kiküszöbölését célzó teendők megtervezése is.

Krónikus nyugtalanság, ingerlékenység, excesszív sírás és a figyelemszabályozás zavara esetén

A korai életkorban a csecsemő-szülő együttes konzultációja és terápiája a leghatékonyabb eljárás, később pedig azok a pszichoterápiás megközelítések hatékonyak, melyek kapcsolatorientáltak és a terápiás tér valós történéseire fókuszálnak. Így ezekben nemcsak a csecsemő vagy a kisbaba a kliens, hanem a jelen lévő szülő is (CRAMER–PALACIO-ESPASA 2012), emellett nemcsak szavakban történik, hanem sok egyéb, beszéden kívüli megnyilvánulást is bevonnak a terápiába. Megfelelő időben alkalmazva ezeket, meglepően gyors eredményeket lehet elérni.

Az aktivitás és a figyelemzavarok komplex kezelésében mindenképpen helye van a szenzoros integrációs szemléletnek. Legnyilvánvalóbban akkor, ha a gyermek anamnézisében szerepel az *arousal*, azaz a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota beállításának nehézsége, valamint a taktilis hártás és a vesztibuláris ingerkeresés. Mindez azonban nem elégséges a segítséghez a csecsemő-szülő konzultációs módszer nélkül. A terápiás ellátás fontos része, hogy a gyermek útját kövesse valaki, hiszen a megnyugtathatatlanság, a figyelmetlenség tünete később más tünetekkel bővíthet, más nehézségek és zavarok forrásává válva. Az újabb eseményekre pedig újabb válaszokat kell adni a helyzethez aktuálisan alkalmazkodó terápiás eljárások igénybevételével.

Az evés szabályozása, étkezési és gyarapodási zavarok esetén

A legtöbb evészavarral foglalkozó szerző hangsúlyozza, hogy a kisgyermekkorai evészavarok kezelése csak komplex módon valósítható meg. Leginkább a kapcsolati zavart helyreállító terápiák hatékonyak, de a nem evés bármely okának megszüntetése hozzájárulhat a probléma megoldásához. A szülők tájékoztatása, a gyermek etetésével kapcsolatos megfelelő viselkedés kialakítása szintén fontos eleme a kezelésnek, különösen akkor, ha végiggondoljuk, hogy a ja-

ülő vagy a gyógyult kisgyermek hajlama arra, hogy lelki megterhelődése az évésen keresztül kerüljön kifejezésre, megmaradhat, és a későbbi evészavarok alapját képezheti.

Nyilvánvaló, hogy a védőnői és házi gyermekorvosi/háziorvosi tanácsadásnak komoly szerepe lehet ezeknek a nehézségeknek a leküzdésében. Az étkezéssel kapcsolatos alapvető szabályok hangoztatása is fontos lehet; ezt a lépcsőfokot a probléma súlyosságának megítélési folyamatában nem szabad kihagyni. (A szülő segítsen abban, hogy a gyermeke megtanulja, milyen érzés az éhség és a teltség: ne adjon neki az étkezések között rágcálnivalót; ha a gyermek szomjas, akkor csak vizet kapjon; üljenek le mindnyájan az asztalhoz, amikor étkeznek; a gyermeknek csak kis adagokat kínáljanak, és kérhessen újabbat; stb.) Ha azonban ezek a módszerek nem vezetnek látható eredményre, és a szülők megnyugtatója sem sikerül, akkor evészavarral foglalkozó szakértő igénybevételére lehet szükség.

Az is szerencsés lenne, ha az alapellátásban dolgozók több és jól használható segédanyagot kaphatnának az étkezési/gyarapodási problémák felismeréséhez, kezeléséhez és a szülők adekvát tájékoztatásához.

Az alvás-ébrenlét ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok esetén

Meg kell próbálni az alváshigiéné szempontjait hangsúlyozni, így a rendszeres napi ritmust, az étkezések és az alvások rendjét (fontos a délutáni alvás óvodáskorban is!), továbbá fontos kialakítani az elalvási ceremóniák lefuttatását és a szülők megnyugtató közelségének tudatát is. Ezeket a szempontokat ki lehet egészíteni a szenzoros integráció ismeretköréből származó javaslatokkal; ilyen például az éberség megfelelő modulációjának figyelembevétele (ringatás, a függőleges helyzetben való tartás igénye), vagy a lefekvéshez kapcsolódó kellemetlennek érzett ingerek kezelése (SZVATKÓ 2014). Dinamikus szenzoros integrációs terápiában jártas szakemberek felkeresése javasolt – ennél a problémakörnél elsősorban pszichológus alapképzettségűeket kell keresni.²⁷⁸ A valós regulációs zavarok esetében azonban mindez önmagában nem hoz megoldást, ezért szükség van a szülő-gyermek konzultáció igénybevételére is.

II.3.4.8. Gyermekút

Amikor a védőnő (szülői jelzés alapján) ismeri fel a problémát

1. A védőnő az egészséges rendelésen vagy a családlátogatások alkalmával megfigyeli a csecsemőt/kisgyermeket és követi a vele történő eseményeket, amelyekről a családdal való beszélgetésből vagy bármely más, megbízható forrásból értesül.
2. Ha a védőnő a gyermekeken regulációs zavarokra utaló problémát észlel, vagy a szülők erre utaló aggodalmakat osztanak meg, sűrűbbé teszi a látogatásokat, és további megfigyeléseket végez, további beszélgetéseket folytat.
 - 2.1 Ezzel párhuzamosan tájékoztatja a szülőket a pedagógiai szakszolgálat tevékenységéről, és indokolt esetben, ha feltételezi a regulációs zavarokat, javasolja az időpontkérést a legközelebbi pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadás feladatait ellátó szakembereinél.
 - 2.2. Emellett azt tanácsolja a szülőknek, hogy keressék fel a házi gyermekorvost/háziorvost további megbeszélés és az esetleges szakorvosi vizsgálatokra történő továbbirányítás érdekében.

²⁷⁸ Ebben a www.dszit.hu honlap szakemberkereső oldala nyújthat segítséget.

2.3. Mindezt rögzíti a VOIR-ban.

Ha a szülő gyanúja alapján a házi gyermekorvos/háziorvos ismeri fel a problémát

3. Ha a szülő vagy a gondozó észleli a gyermek szabályozási zavarait, felkeresi a házi gyermekorvost/háziorvost az egészséges tanácsadáson. A házi gyermekorvos/háziorvos megbeszélést folytat a szülőkkel/gondozókkal, és kikérdezi őket az elmúlt időszak életeseeményeiről, ők pedig az általuk tapasztalt tünetekről is beszámolnak.
 - 3.1. Továbbküldi a családot
 - 3.1.1. szokatlan viselkedés esetén szükség szerint a helyi gyermekpszichiátriai/gyermekneurológiai/fül-orr-gégészeti/szemészeti/gasztroenterológiai szakrendelésre;
 - 3.1.2. evészavarok esetén gyermekpszichiátriai/gyermekneurológiai/gasztroenterológiai/belgyógyászati szakrendelésre;
 - 3.1.3. alvászavarok esetén alvászavarokra szakosodott gyermekneurológiai szakrendelésre, szükség szerint epilepsziaambulanciára, alvási apnoe esetén fül-orr-gégészeti szakrendelésre.
 - 3.2. Továbbküldi a családot a területileg illetékes járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadást ellátó részlegébe, ahol a gyermek klinikai szakpszichológus ellátásába kerülhet.
 - 3.3. A felismerést és a továbbküldés tényét rögzíti az EESZT-ben.

Amikor a problémát a napközbeni ellátó intézményben (pl. bölcsődében, családi bölcsődében), az óvodában, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatnál/központban ismerik fel

4. Amennyiben a gyermek szabályozási zavarait a napközbeni ellátást végző intézmény kisgyermeknevelője, orvosa, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője észleli, az intézmény pszichológusával (és ha van, gyermekorvosával) való konzultáció után a szülőt/gondviselőt megfelelően tájékoztatva, a gyermeket házi gyermekorvosi/háziorvosi vizsgálatra irányítja a további megbeszélés és továbbírányítás érdekében, vagy közvetlen is küldheti őt a területileg illetékes járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadást ellátó részlegébe.
 - 4.1. Az intézményben a kijelölt szakember a gyanút és a továbbküldést javasoltan elektronikus formában jelzi a védőnőnek.

A diagnózistól az ellátó intézménybe való bekerülésig

5. A diagnózist felállító szakrendelő/osztály az EESZT-ben rögzíti a megfelelő adatokat, és egyúttal gondozásba is veszi az esetet. Ha a diagnózist felállító intézmény nem rendelkezik megfelelő szakképzettségű terápiás munkatárssal, akkor vagy a járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadásába irányítja a családot (ha ott klinikai szakpszichológust foglalkoztatnak), vagy megadja annak a legközelebbi ellátónak az elérhetőségét, aki a problémát adekvátan kezelni tudja, és az eddigi tapasztalatok alapján minőségi ellátást nyújt. Ezek az ellátók a legkülönbözőbb szervezeti keretek között dolgozhatnak: lehetnek alapítványok, egyesületek, egyházi fenntartású intézmények és gyakorlott magánellátók is. Minőségi munkájuk egyik ismérve, hogy a gyermek érdekében képesek társszervezetekkel együttműködni, többek között a küldővel vagy a kulcsszeméllyel kapcsolatot tartani.
 - 5.1. Az EESZT-ben rögzíti, hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, leírja a diagnózist, a terápia/konzultáció szükségességét, módját, az ellátó szakember nevét, a kontrollvizsgálat idejét, illetve hogy történt-e továbbírányítás, és ha igen, hová.

- 5.2. Az intézmény kontaktszemélye az EESZT-n keresztül jelzi a beküldőnek a vizsgálat tényét, eredményét és a továbbküldési javaslatot. Amennyiben nem a házi gyermekorvos/háziorvos a beküldő, hanem más szakellátó szakorvos, akkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is visszajelez.
6. A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor a védőnőtől – vagy egyéb esetben más jelzőrendszeri szereplőtől – jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el.
 - 6.1. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal (illetve az egyéb jelzéstevővel), bármely jelzőrendszeri taggal, aki az érintett gyermekkel kapcsolatban információval szolgálhat, és tájékozik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikó tényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal is, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermekre nézve veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy a gyermekjóléti alapellátás keretében önkéntességen alapuló szociális segítő munkát nyújt, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezésére álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.
 - 6.2. A folyamatról értesíti az érintett szakembert (visszajelez), pl. a védőnőt és a házi gyermekorvost/háziorvost (illetve az egyéb szolgáltatót), és az Esetnaplóban vagy a GySz-1/GySz-3 adatlapon rögzíti az információkat.
7. További probléma esetén bármelyik szakember szakmaközi konzultációt kezdeményezhet.

Eset

1. Krónikus nyugtalanság, ingerlékenység, excesszív sírás és a figyelemszabályozás zavara

Marci bölcsődei viselkedését a kisgyermeknevelői aggódva figyelték. Meglepte őket az a szokatlan heveség, amellyel a 2 és fél év körüli fiúcska egész álló nap „zakatolt”: örökösen mozgásban volt, nehezen érthetően, de megállíthatatlanul és igen gazdag szókinccsel beszélt, és játéktól játékig röpködött a figyelme. A többiekhez egyáltalán nem tudott alkalmazkodni, pillanatonként összetűzött a gyermekekkel és a bölcsődében megforduló felnőttekkel is. Ilyenkor torkaszakadtából kiabált, rúgott, harapott, és nem lehetett egykönnyen megnyugtatni. Kis „tanként” közlekedett a szobában és az udvaron is, mint aki nem érzi testének határait; mindennek és mindenkinek nekiment, elsodort, ledöntött mindent, ami az útjába került, de ezekről a történekekről láthatóan nem volt visszajelzése. Gyakran használt felnőttesszófordulatokat, és amikor valamiért sírva fakadt, sokáig sírt, nehezen tudta abbahagyni.

A bölcsődei pszichológus konzultációjakor az édesanyja kisebbiteni igyekezett a gondokat azzal, hogy otthon nincsenek ilyen jellegű panaszok, nyilván a bölcsőde vagy a tőle való elválás hatása észlelhető csupán. Emellett arra is fény derült, hogy Marci nagyon várt kisbaba volt, értelmiségi pályán dolgozó szülei már mindketten elmúltak 40 évesek, amikor végre az egyik lombikprogram sikeres lett. Marci problémamentes várandósság után egészségesen született, mindenki legnagyobb öröme. A korai időszakban voltak vele nehéz időszakok, de akkoriban több közeli férfi családtag halála és az édesapa súlyos betegsége voltak a legfontosabb történések az édesanya számára. A gyermek szélsőséges ingerkereső viselkedését fiús megnyilvánulásként kezelték, várakozásra való képtelenségét pedig jó étvágyának és értelmi képességeinek

gyors fejlődésének következményeként fogták fel. Elfogadták tőle azt is, hogy az ételében nem lehet semmilyen apró darabka, mag, rizs- vagy mákszem, s hogy rendkívül gyorsan és nagyon „csúnyán” eszik.

Az édesanyát sikerült meggyőzni, hogy kisgyermeke valóban nagyon okos és szépen fejlődik, de a családon kívüli kapcsolatok érdekében alkalmazkodó viselkedését jó lenne támogatni, csakúgy, mint orvosolni izomtónus-mintázódási és mozgáskoordinációs nehézségeit. A Budapesti Korai Fejlesztő Központban a szükséges vizsgálatok után – melyek során ételallergiájára is fény derült – Marci csoportos mozgásfejlesztő csoportba került, melynek hatására ingerkereső viselkedése kissé csökkent. Édesanyjának a magánszférában sikerült szülőkonzultációt biztosítani, melynek keretében lehetősége volt átgondolni a fiúsággal kapcsolatos elképzeléseit és félelmeit, s ez a folyamat szintén a gyermekükkel való kapcsolat reálisabb megítélése felé vezetett.

2. Az evés szabályozása, étkezési és gyarapodási zavar

Nándi 1,5 éves volt, amikor a házi orvos tanácsára szülei a gyermekklinikára vitték étel-viszszautasítás és ennek következményeként gyarapodási elmaradás miatt. A gyermek életkorának megfelelő fejlődési szintet mutatott a beszéd, a játék és egyéb tevékenységek területén, a hangulata kiegyensúlyozott, derűs volt. A terhesség és a szülés zavartalan volt, a kisbaba 10 hónapos koráig jól szopott és jól fejlődött. A problémák fél éves kora után kezdődtek, amikor édesanyja kanalas hozzátáplálással próbálkozott. Nándi eleinte nem akarta kinyitni a száját, de figyelemeltereléssel (kedvenc videó nézésével) néhány kanál azért lecsúszott. Később, ahogy függetlenebbül tudott mozogni, már az etetőszékbe sem akart beleülni. A szülők kénytelenek voltak felfigyelni arra, hogy az étkezés egyre kevésbé sikeres, és egyre több háborúskodással, erőszakoskodással jár, ráadásul Nándi súlya először stagnált, majd csökkenni kezdett. Ezzel párhuzamosan a gyermek egyre többször borult ki és hisztizett, az evésre emlékeztető helyzeteket és tárgyakat pedig kezdte kategorikusan elutasítani. Semmilyen ennivalót nem fogadott el, ugyanakkor visszatért a szopáshoz, még éjszaka is. Az anya szorongása nőttön-nőtt, és attól tartott, hogy elveszti gyermekét.

A klinikán komplex kivizsgálás és pszichoterápia kezdődött, melyben a szülők evéssel kapcsolatos története is jelentős szerepet kapott. Nándi evésének rendeződése lassú lépésekben kezdődött meg. Ebben a folyamatban a szülők saját problematikájukra való rálátása éppúgy szerepet kapott, mint a gyermek étkezési szokásainak fokozatos átalakítása.

3. Az alvás-ébrenlét ritmusának kialakulása terén mutatkozó regulációs zavarok

Antónia fiatal szülők kislánya. Megszületése óta nehezen ment neki az elalvás és az átválás is. A szülők mindent megtettek annak érdekében, hogy a gyermek ki tudja magát pihenni: felváltva ringatták, sétáltak vele, finom, halk zenékkal próbálkoztak az elalvás megkönnyítése érdekében, de láthatóan semmi nem használt. Mindketten türelmesen, erejüket megfeszítve dolgoztak azon, hogy a gyermek el tudjon aludni, de ahogy múlt az idő, egyre fáradtabbak, kimerültebbek lettek. A házi gyermekorvos által javasolt szirupot is bevetették, de szerintük annak sem volt hatása, ezért elhagyták. Számtalan könyvet elolvastak, és tömérdek módszert kipróbáltak eredménytelenül. Toncsi 2 éves korára olyan helyzet alakult ki, melyben a két szülő és az őket kisértő nagyszülők teljesen alávetették magukat a gyermek aktuális és egyre szélsőségesebb igényeinek. Ha el kellett menni valahová, de a kislánynak nem volt kedve felöltözni, akkor vagy pizsamában vitték magukkal, vagy egy-két órát késtek, vagy egyáltalán nem mentek sehová.

Az alvásnak ekkorra már egyáltalán nem volt semmilyen rendje, sőt helye sem. A kislány már az ágyak látványától is hosszas zokogásba kezdett, vigasztalhatatlanná vált, ugyanakkor a legváratlanabb helyeken aludt el: az asztal alatt, a kűszöbön vagy egy szekrényben. Ilyenkor mindenki pissenés nélkül, lábujjhegyen járt körülötte. A védőnő egy látogatás alkalmával hirtelen rálátott erre a működésre, és azonnali kivizsgálást javasolt. A vizsgáló szakemberekkel arra az eredményre jutottak, hogy a gyermek autizmus spektrum zavarban lehet érintett, ezért kísérése és azonnal megkezdendő fejlesztése halaszthatatlan. A szükséges lépések meg is történtek és meglepő eredményre vezettek: a gyógypedagógiai terápia hatására kezdett kialakulni a kislány életritmusa, és a fokozatosan kiépített keretek révén az alvása is sokat javult. Emellett a szülők pszichológusi segítséggel megerősödtek keretadó mivoltukban, és megszabadultak attól az önvádtól, hogy valamit nem jól csinálnak a gyermekükkel kapcsolatban, majd rövidesen kistestvér érkezését jelentették be.

II.3.5. Szorongásos zavarok

II.3.5.1. Áttekintés

A szorongás a kora gyermekkorban természetes jelenség. Megítélése kapcsán viszont lényeges különbséget tennünk a között, hogy az alkalmazkodás, a megküzdési stratégiák adaptív formájáról vagy kóros mértékű, kora gyermekkorban kezdődő patológiás szorongásos zavarokról van-e szó. Egyes gyermekeknél részben alkati, de főképpen környezeti és élettörténeti sajátosságok folytán ezek a szorongásos állapotok eluralkodnak és testi tüneteket is okoznak. Sok esetben súlyosan megzavarják az alkalmazkodást az új helyzetekhez, új emberekhez, és csökkentik a kisgyermekek külvilág felé irányuló aktív érdeklődését, nyitottságát. Így másodlagosan az értelmi és a szociális fejlődést is lelassíthatják.

Azzal együtt, hogy a túlzott szorongás családi halmozódása is kimutatott, a fokozott szorongás környezeti, szülői háttere is bizonyított egyrészt a gyermek felé közeledő veszélyek felnagyítása, másrészt a kisgyermek megküzdési kapacitásának alábecslése miatt. A kutatók azt is megfigyelték, hogy a később szorongóvá váló gyermekek szülei fokozott segítségnyújtásra vannak beállítódva. Ezzel azonban megfosztják gyermeküket a természetes helyzetekkel való megküzdés készségeinek gyakorlásától, így a gyermekek kevésbé sajátítják el az adaptív megküzdéshez szükséges stratégiákat, és egyre jobban beléjük épül a megküzdésre való képtelenség érzése, ami főként elkerülésben, motiválatlanságban mutatkozik meg. A szorongás megjelenhet specifikus (pl. szeparációtól való félelem) vagy generalizált formában. Az alábbiakban a szorongásos zavarok néhány gyakrabban felmerülő, differenciálható formáját részletezzük:

- **Szeparációs szorongásos zavar** esetén a gyermekeknél fejlettségi szintjükhöz képest fokozott, irreális szorongás mutatkozik a szülőktől vagy a szeretett, gondozó személytől való elválás miatt, sőt ennek akár az előrevetítése esetén is megjelenhet. A gyakorlatban kiválhatja pl. a szülő távozása otthonról, vagy idegen helyen tartózkodás (a szülő fizikai közelségének fokozott igényével). Egy-kétéves gyermekek esetében ez természetes jelenség, az egészséges fejlődés része, de ha tartósan fennmarad és funkcióromlást okoz a gyermek életében, az már zavarként értelmezhető. Már kisgyermek esetében is izolálódáshoz vezet, a későbbiekben pedig komoly szocializációs hátrányokkal járhat. A szeparációtól való félelem elalvási nehézségekben is jelentkezik, de a bölcsődébe, óvodába

való beszokás lehetetlenségében is. Az is előfordulhat, hogy a gyermek napközben sem tud az anyja nélkül lenni, s még akkor sem tud a másik szobában maradni, ha nyitva van az ajtó – örökösen kontrollálnia kell, hogy az anyja közvetlen közelében legyen.

A szeparációs szorongás kialakulásában fontos szerepe van a család és különösen az anya érzelmi állapotának. Ha ő maga is szorongással teli, vagy különböző okok miatt érzelmileg nehezen hozzáférhető, a gyermek kezdeti erősebb kapaszkodó viselkedésére a saját maga számára is észrevétlen megerősítésekkel reagál.

Ehhez hasonló a gyermekek *idegentől való félelmeinek* rögzülése. Kisgyermekeknél ez is természetes jelenség, de ha nem oldódik, akkor fennáll a veszélye annak, hogy a gyermekek kevésbé lesznek nyitottak a kapcsolatok felé. Emellett egy idegen jelenléte kedvezőtlenül befolyásolja a tevékenységek iránti motivációjukat, és menekülésszerű reakciókkal kivonják magukat az egyébként számukra kedvelt tevékenységekből.

- A *fóbiás szorongásos zavar* egy dologtól, helyzettől vagy pl. állattól való félelmet jelöl. Kezdetben egyszerű hangingerek, tárgyak, emberek és helyzetek, majd pl. állatok, valamilyen szennyeződés és nagyon gyakran a sötétség kelhetnek csillapíthatatlan félelmeiket a kisgyermekekben.
- A *szelektív mutizmus* is a szorongásos kórképek egyike (APA 2013): a gyermekek alapvetően képesek lennének beszéddel kommunikálni, és egyes helyzetekben (pl. a családban) vagy egyes személyekkel (pl. gyermekek) képesek is erre, de bizonyos környezetben képtelenek a tartós verbális kommunikációra. Ez kisgyermekkorban funkcióromláshoz vezet, majd óvodás- és iskoláskorban fokozódnak a nehézségek. Ráadásul társuló zavarként egyéb szorongásos tünetek, oppozíciós zavarok is felmerülhetnek.
- A *generalizált szorongás* kisgyermekkorban is előforduló jelenség. Ebben az esetben a tartós félelemnek nincs körülírható tárgya, csak egy általánosan megfigyelhető feszültség, ingerlékenység és pszichoszomatikus tünetek jelenhetnek meg.

II.3.5.2. Felismerés, szűrés

Amennyiben a szülő jelzése alapján vagy tanácsadás, vizsgálat alkalmával a védőnő vagy a házi gyermekorvos/háziorvos észleli a szorongó viselkedéses jegyeket, feladata, hogy elkülönítse a kora gyermekkorban felmerülő természetes szorongásokat a tendenciaszerűen, változatos körülmények közt, hasonló módon megjelenő, csillapíthatatlan sírással járó, beszűkülést eredményező helyzetektől. Ekkor érdemes megfigyelni, hogy a gyermek és ezáltal a család életterére, tevékenységeire mennyire vannak korlátozó hatással a túlzott félelmek és a megmagyarázhatatlan, eltúlzott mértékű sírás. Például ha a család azért nem vesz részt közösségi programokban, mert a gyermek nem tud idegen környezetben, idegen emberek jelenlétében „működni”, akkor ez jelzés lehet a szorongásos probléma jelenlétére. Ilyenkor azonban az a kérdés is felmerül, hogy esetleg a szülő rossz pszichés állapota van hatással a gyermek viselkedésének megváltozására vagy a fejlődésmentésre.

II.3.5.3. Állapotmegismerés, diagnosztika

Lényeges a szorongásokat kiváltó tényezők gondos feltérképezése, a gyermek és a szülők, gondozók tapasztalatainak elemzése. A célzott megfigyelésekhez, konzultációkhoz a kora gyermekkor sajátosságai terén tapasztalattal rendelkező gyermekpszichiáter vagy gyermekklinikai

szakpszichológus közreműködésére van szükség. A gyermekpszichiátriai ambulanciák mellett a járási pedagógiai szakszolgálatok nevelési tanácsadást ellátó intézményegységei azok az intézmények, ahol az említett szakemberek elérhetők. Megbízható magánellátók is fontos részei lehetnek a szorongás- és hangulatzavarok korai azonosításának.

II.3.5.4. Fejlesztő és terápiás lehetőségek

A szorongásos zavarok sokfélesége ellenére a terápia lényege a szomatikus tünetek és az elkerülés fenntartó hatásának megszüntetése (NAGY 2015). A szülők bevonása minden esetben nélkülözhetetlen – a konzultáció, az edukáció vagy a szülőtréning, a kognitív viselkedésterápia családi formáinak alkalmazásával. A komplex terápiás teamben általában szükség lehet szakorvosra (aki ha kell, megtervezi a gyógyszeres terápiát), gyermekklinikai szakpszichológusra, valamint a családterápia, a szülő-gyermek kapcsolati terápiák és a szülői konzultációk terén jártas pszichológusra.

II.3.5.5. Gyermekút

Amikor a védőnő (a szülői jelzés alapján) ismeri fel a problémát

1. A védőnő az egészséges rendelésen vagy a családlátogatások alkalmával megfigyeli a csecsemőt/kisgyermeket, és követi a vele történő eseményeket, amelyekről a családdal való beszélgetésből vagy bármely más, megbízható forrásból értesül.
2. Ha a védőnő a gyermeknél szorongásos zavarokra utaló problémát észlel, vagy a szülők erre utaló aggodalmakat osztanak meg, sűrűbbé teszi a látogatásokat, és további megfigyeléseket végez, további beszélgetéseket folytat.
 - 2.1 Ezzel párhuzamosan tájékoztatja a szülőket a pedagógiai szakszolgálat tevékenységéről, és indokolt esetben, ha az aggodalmak alapján feltételezi a szorongásos zavarokat, javasolja az időpontkérést a legközelebbi járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadást ellátó szakembereinél.
 - 2.2. Emellett azt tanácsolja a szülőknél, hogy keressék fel a házi gyermekorvost/háziorvost további megbeszélés és az esetleges szakorvosi vizsgálatokra történő továbbirányítás érdekében.
 - 2.3. Mindezt rögzíti a VOIR-ban.

Ha a szülő gyanúja alapján a házi gyermekorvos/háziorvos ismeri fel a problémát

3. Ha a szülő vagy a gondozó észleli a gyermek szorongásos zavarának tüneteit, felkeresi a házi gyermekorvost/háziorvost az egészséges tanácsadáson. A házi gyermekorvos/háziorvos megbeszélést folytat a szülővel/gondozókkal, és kikérdezi őket az elmúlt időszak életeseményeiről, ők pedig az általuk tapasztalt tünetekről is beszámolnak.
 - 3.1. Továbbküldi a családot a területileg illetékes járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadást ellátó részlegébe, ahol a gyermek klinikai szakpszichológus ellátásába kerül.
 - 3.2. Továbbküldi a családot szükség szerint a helyi gyermekpszichiátriai szakrendelésre.
 - 3.3. A felismerést és a továbbküldés tényét rögzíti az EESZT-ben.

Amikor a problémát a napközbeni ellátó intézményben (pl. bölcsődében, családi bölcsődében), az óvodában, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatnál/központban ismerik fel

4. Amennyiben a gyermek szorongásos zavarának tüneteit a napközbeni ellátást végző intézmény kisgyermeknevelője, orvosa, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője észleli, az intézmény pszichológusával (és ha van, gyermekorvosával) való konzultáció után a szülőt/gondviselőt megfelelően tájékoztatva, a gyermeket házi gyermekorvosi/háziorvosi vizsgálatra irányítja a további megbeszélés és továbbírányítás érdekében, vagy közvetlen is küldheti őt a területileg illetékes járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadást ellátó részlegébe.
 - 4.1. A felismerés és a küldés tényéről az intézmény erre kijelölt szakembere javasoltan elektronikus úton tájékoztatja a védőnőt.

A diagnózistól az ellátó intézménybe való bekerülésig

5. A diagnózist felállító szakrendelő/osztály az EESZT-ben rögzíti a megfelelő adatokat, és egyúttal gondozásba is veszi az esetet. Ha a diagnózist felállító intézmény nem rendelkezik megfelelő szakképzettségű terápiás munkatárssal, akkor vagy a járási pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadásába irányítja a családot, ha ott klinikai szakpszichológust foglalkoztatnak, vagy megadja annak a legközelebbi ellátónak az elérhetőségét, aki a problémát adekvátan kezelni tudja, és az eddigi tapasztalatok alapján minőségi ellátást nyújt. Ezek az ellátók a legkülönbébb szervezeti keretek között dolgozhatnak: lehetnek alapítványok, egyesületek, egyházi fenntartású intézmények és gyakorlott magánellátók is. Minőségi munkájuk egyik ismérve, hogy a gyermek érdekében képesek társszervezetekkel együttműködni, többek között a küldővel vagy más kulcsszereplővel.
 - 5.1. Az EESZT-ben rögzíti, hogy mikor, hol és ki végezte a vizsgálatot, leírja a diagnózist, a terápia/konzultáció szükségességét, módját, az ellátó szakember nevét, a kontrollvizsgálat idejét, illetve hogy történt-e továbbírányítás, és ha igen, hová.
 - 5.2. Az intézmény kontaktszemélye az EESZT-n keresztül jelzi a beküldőnek a vizsgálat tényét, eredményét és a továbbküldési javaslatot. Amennyiben nem a házi gyermekorvos/háziorvos a beküldő, hanem más szakellátó szakorvos, akkor a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is visszajelez.
6. A védőnő a látogatások és a tanácsadások alkalmával folyamatosan figyeli, hogy a gyermek állapota hogyan változik. A dokumentált jelzések, illetve a szülőtől való információkérés alapján pedig nyomon követi, hogy járnak-e a megfelelő vizsgálatokra, a szükséges konzultációra, pszichoterápiára.
7. A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató minden esetben, amikor a védőnőtől – vagy egyéb esetben más jelzőrendszeri szereplőtől – jelzést kap a veszélyeztetésre vonatkozóan, saját jogkörében jár el.
 - 7.1. Felveszi a kapcsolatot a védőnővel, a házi gyermekorvossal/háziorvossal (illetve az egyéb jelzéstevővel), bármely jelzőrendszeri taggal, aki az érintett gyermekkel kapcsolatban információval szolgálhat, és tájékozik a gyermek fejlődését veszélyeztető lehetséges rizikótényezőkről. Felveszi a kapcsolatot a családdal is, és tevékenysége körében megvizsgálja, hogy észlel-e a gyermekre nézve veszélyeztető tényezőt. A rendelkezésre álló információkat mérlegelve vagy a gyermekjóléti alapellátás keretében önkéntességen alapuló szociális segítő munkát nyújt, vagy szükség esetén hatósági eljárást kezdeményez. Amennyiben a rendelkezé-

sére álló adatok szerint a gyermek optimális fejlődéséhez szükséges feltételek adottak, a gyermekjóléti szolgáltató az esetet lezárja.

- 7.2. A folyamatról értesíti az érintett szakembert (visszajelez), pl. a védőnőt és a házi gyermekorvost, háziorvost (illetve az egyéb szolgáltatót), és az Esetnaplóban vagy a GySz-1/GySz-3 adatlapon rögzíti az információkat.

8. További probléma esetén bármelyik szakember szakmaközi konzultációt kezdeményezhet.

Eset

Rita első és egyetlen gyermeke a szüleinek, akik sok családi nehézség és boldogtalanság után, viszonylag idősebb korukban kerültek össze, és maguk sem tudták, hogy merjenek-e még gyermeket vállalni. Amikor a kisbaba megérkezett, aprólékos gondoskodással vették körül, a szó szoros értelmében a széltől is óvták. Az édesanya örökösen mellette volt, senkinek nem adta át egy pillanatra sem, ellenben gyakori vendégek voltak a gyermekorvosi tanácsadáson, mivel a legkülönbözőbb bajoktól, betegségektől féltette gyermekét. Az édesanya egyre több elővigyázatossági rendszabályt vezetett be, melynek következtében a család egyre inkább zárkózott életet élt.

Rita kezdetben jól fejlődött, a funkciófejlődése átlagosan alakult, később azonban problémák merültek fel. Alvászavarok kezdődtek, melyek miatt az édesanya a franciaágyra költözött össze a gyermekkel, míg a férjét a gyermekszobában szállásolta el. Rita egyre többet volt beteg, és a gyermekorvosnál a szükséges apró vizsgálatok során hatalmas jeleneteket rendezett. Az óvodába kétszer is sikertelenül próbálkoztak a beszoktatással. Egy nagy körülménnyel kiválasztott újabb óvoda nagycsoportjába már kötelező volt menniük, ezért az édesanya előzetesen tájékoztatta az óvodapedagógusokat a kislány „érzékenységéről”, és a segítségüket kérte. Rita azonban sajnos így sem tudott beilleszkedni. Excesszív sírással, kisbabásan kapaszkodott az édesanyjába, s ily módon elérte, hogy nem kellett ott maradnia a tágra kerekedett szemű óvodások körében. Az édesanya ekkor fordult a nevelési tanácsadóhoz azzal, hogy a gyermeket mentsék fel az óvodába járás alól.

A kislány természetesen nem kapott ilyen felmentést, de hosszas megbeszélések során, melybe bevonták az édesapát is, a szülőket meg tudták győzni arról, hogy fogadjanak el pszichoterápiás megsegítést. Szükségessé vált az is, hogy az anya szorongását is kezeljék. Néhány hónap után ismét meg lehetett kísérelni az óvodába járást, ami ez alkalommal sikerre vezetett. Rita ugyan egy pillanatra sem tudott felszabadult módon, életkorának megfelelően feloldódni és játszani, de képes volt elviselni édesanyja távollétét. Mozgásbeli és egyes területeken kognitív elmaradásai miatt 6 évesen még nem mehetett iskolába, de a felmentés egy éve alatt sokat fejlődött az óvodai fejlesztőpedagógus segítségével. Szorgalmazták a kislány sportoltatását is, ami szintén nehezen indult, ám később sok hasznos tudás forrásává vált. A gyermek pszichoterápiájára még az iskolába lépés idején is szükség volt.

KÜLÖNLEGES BÁNÁSMÓDOT IGÉNYLŐ GYERMEKEK AZ ELLÁTÁSBAN

BARANYI I. – BERTÓK Cs. – F. FÖLDI R. – HORVÁTH Á. – KERÉKI J. – KISS E. – LENGYEL A. – MLINKÓ R. – SZABÓNÉ HARANGOZÓ A. – SZAKÁCS K. – SZÉNÁSI K. (2019): A környezet rizikó- és védőtényezőinek hatása a gyermek fejlődésére a fogantatástól az iskolába lépésig. In KERÉKI J. – TÓTH A. (szerk.) (2019): *Lépések*. I. kötet. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 238–266. p.

A köznevelési törvény a *kiemelt figyelmet igénylő* gyermekekre vonatkozó felosztása keretében határozza meg azoknak a gyermekeknek a körét, akik plusz szolgáltatásokra jogosultak. A jogszabály a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek két nagy csoportját különbözteti meg: a *különleges bánásmódot igénylő*, valamint a *hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű* gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű; a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek.²⁷⁹

A biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek csoportját részben lefedi a sajátos nevelési igényű meghatározott jogosultsági kategóriába besorolt gyermekcsoport. A jogszabály pontosan meghatározza az ide tartozók körét: a *sajátos nevelési igényű* gyermek, tanuló az, aki a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának 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.²⁸⁰ A szakemberek egy része nem ért egyet ezzel a kategorizálással. Így például a logopédia területéről kezdeményezések indultak el a megváltoztatására: a logopédus szakma nem tartja megfelelőnek a beszéd fogyatékos kifejezést, ehelyett a beszéd- és nyelvi zavarok gyűjtőfogalmat javasolja (GEREBEN F.-NÉ et al. 2012).

A képet árnyalja, hogy a legkorábbi életszakaszban a szakemberek nem szívesen beszélnek fogyatékoságról; a 0–3 éves korosztály döntő többségének esetében a szakmai álláspont a fogyatékoság csoportba való besorolást kevésbé tartja relevánsnak. A születéskor felismerhető szindrómák esetében például a legtöbbről elég nagy biztonsággal megállapítható, hogy milyen fogyatékosággal járnak (illetve nem járnak) majd együtt. A korai organikus sérülések inkább csak rizikótényezőként azonosíthatók, a korai állapotból még nehéz következtetni a késői tüneti képre. Az egy adott időtartam alatt újonnan keletkező esetek gyakoriságát is figyelembe kell venni, hiszen bizonyos fogyatékoságok felismerése eltérő életkorokban valószínűsíthető (például ADHD, autizmus spektrum zavar, értelmi fogyatékoság; VEKERDY-NAGY 2008). Ez okból a korai életszakaszban fogyatékoságot eredményező állapotokat azonosítunk, eltérő vagy megkésett fejlődésről beszélünk. [...]

A jogszabály által körvonalazott különleges bánásmódot igénylő, úgynevezett *beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel* (BTMN) küzdő gyermekek a jogosultság szempontjából

²⁷⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 13. (A kézirat lezárása után változott a jogszabály, és a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek harmadik csoportjaként megjelent a tartós gyógykezelés alatt álló gyermekek csoportja – *A szerk.*)

²⁸⁰ 2011. évi CXCV. törvény, 4. § 25.

részen a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny ellátotti körbe tartoznak. Ők a jogszabály meghatározása alapján azok a gyermekek (tanulók), akik a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek; társas kapcsolati problémákkal, (tanulási), magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek; közösségbe való beilleszkedésük, továbbá személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősülnek sajátos nevelési igényűnek.²⁸¹ Őket a pedagógiai szakszolgáltatnál nevelési tanácsadás vagy az óvodai nevelés keretében látják el.

A különböző jogosultsági csoportok esetében (SNI, BTMN) az alapproblémát a pszichés fejlődés sérülékenysége jelenti; másodlagos hatásaként is megjelenhet, illetve a fogyatékossgal, zavarral, nehézséggel azonos töről fakadhat. A sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásában problémát jelent, hogy a gyermekek pszichés státusa nem kap megfelelő hangsúlyt, az ellátórendszer inkább a szűkebben vett gyogyopedagógiai szükségletekre érzékeny (KEREKI 2015).

A továbbiakban az eltérő fejlődésű, illetve a sajátos nevelési igényű jogosultsági kategóriába sorolt, valamint a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermekekről és az ellátásukkal kapcsolatban felvetődő kérdésekről adunk rövid áttekintést.

Eltérő fejlődésű, illetve sajátos nevelési igényű gyermekek

A családokkal foglalkozó szakemberek, akár külön-külön dolgoznak a munkakörükben ellátandó családokkal, akár egy közösségi szinten belül találkoznak velük, időről időre olyan gyerekekkel és szülőkkel kerülnek munkakapcsolatba, ahol a gyermek valamilyen okból speciális ellátást igényel.

Nagyon változó, hogy a gyermek eltérő fejlődésmentére, illetve fogyatékoságára mikor derül fény. Van, hogy már a várandósság során láthatók a magzatnál eltérések, máskor a szülősobán ébred fel a gyanú, hogy az újszülöttel kapcsolatban különleges nevelési igényekkel kell majd számolni. Vannak gyermekek, akik már magzati koruktól hordozzák eltérő jegyeiket, mások a szülés közben szenvednek maradandó sérüléseket. Baleset vagy betegség következtében a későbbi gyermekkorban is előfordulhatnak olyan maradandó elváltozások, amelyek miatt több segítséget vagy speciális támogatást igényelnek.

A szakember szempontjából különösen fontos, hogy a gyermek aktuális állapota mellett jól átlássa az egész család helyzetét abban az időszakban, amikor velük együtt dolgozik. Nem mindegy, hogy a felismerés melyik szakaszában tart a család. A szülők részéről erős lehet a hártás, amikor még folynak a kivizsgálások, és a megfelelő diagnózist még nem kapta meg a család. Ilyenkor azt várják, hogy majd valaki – leginkább az orvos – megnyugtatja őket, hogy nem olyan nagy a baj. Máshol tart a szülők belső folyamata, ha a diagnózis megszületik. Ez a gyászfolyamat egy következő fázisa, amikor a szülőknek szembesülniük kell gyermekük állapotának tartósságával. A rossz hír közlésének ideje körül, mint minden módosult tudatállapot idején – amelynek meglétével ilyenkor bizony számolni kell –, különösen jelentőségteljesnek tűnik minden elhangzott mondat vagy gesztus (KÁLLAI et al. 2008). A racionális gondolkodást felülírja egyfajta jobb agyféltelkei működésmód, s ilyenkor a szuggesztiók iránti érzékenység különösen erős. Bármilyen hangzik is el egy, a témában kompetensnek tűnő személytől, az különös erővel, mintegy varázserővel bír.

Az eltérő fejlődésmentet tudatának feldolgozása ráadásul a klasszikus gyászfolyamathoz képest is változik, hiszen az eltérő fejlődésmentet tartósan módosítja a gyermek fejlődését, de

²⁸¹ 2011. évi CXCV. törvény, 4. § 3.

akár hosszú időre (tehát az egész életútjukra) elkísérheti az érintett szülőket. Ezzel egy olyan terhet kapnak a vállukra, amit beláthatatlan hosszú ideig kell vinniük, mégpedig egy rengeteg bizonytalansággal teli úton. A gyermek fejlődése eltér az átlagostól, de nincs referencia, amihez mérhetnék a fejlődési állapotát. Meddig küzdenek a javulásért, mit remélhetnek egy-egy diagnózis során?

Az eltérő fejlődésű, illetve sajátos nevelési igényű gyermek nevelése kihat a tágabb családi és a baráti környezetre egyaránt; a szülők gyakran elmagányosodhatnak. Ugyanakkor mindez komoly rizikótényező a házasság vagy a párkapcsolat tartósságára nézve is. A szakembertől mindenképpen fokozott empátiát és odafigyelést igényel, hogy hogyan kommunikál velük. Sem a helyzet elbogatellizálása, sem a hamis reménykeltés nem segít, ugyanakkor tartózkodni kell a szélsőséges, énközpontú megnyilatkozásoktól is („Ez szörnyű! Nem tudom, én hogyan viselném ezt az önök helyében”). A legnagyobb segítség a szülők számára, ha van, aki őszintén érdeklődik a mindennapjaik iránt, és nyitottsággal, ítéletmentesen tudja fogadni mindazt, amit a szülők meg tudnak osztani a saját kétségeikből, örömeikből.

Az eltérő fejlődés korai jegyei

A szakember a gyermekkoruk még e korai, az első 3 életévet felölelő időszakában is nagyon sokféle módon kerülhet kapcsolatba az eltérő fejlődés kérdéskörével. Ebben a feladata és szerepe nem egységes, egyszerűen a munkakörök miatt sem, de az is merőben eltérő, hogy egy-egy család kivel és milyen mértékben osztja meg bizalmasan a családon belüli történéseket. Nagyon széles a spektrum, ami a gyermekek eltérő fejlődését illeti – ezek kimeneteit a következő alfejezetek majd részletesebben tárgyalják. Azt mindenképpen szükséges szem előtt tartani, hogy e korai időszak, a pontos diagnózistól függetlenül, a bizonytalanság, a kétségek és remények közötti vívódás meghatározó időszaka.

Egyes esetekben már a várandósság ideje alatt kiderül, hogy eltérés mutatkozik a magzati „leletek” bizonyos értékeiben. Van, hogy egy genetikai vizsgálat meghatározza, hogy mi áll az eltérés hátterében, máskor esetleg csak annyi látszik, hogy például a magzat méretei nem a korának megfelelően alakulnak. Amennyiben a markáns eltérés a várandósság korai időszakában kiderül, a szülőpárost komoly dilemma elé állítja mind az egészségügy, mind a szűkebb (családi) és a tágabb társadalmi közösség: megszakítják-e a várandósságot, vagy vállalják, hogy „problémás” gyermeket hoznak a világra? Ám sokszor csak a várandósság késői időszakában derül fény arra, hogy a magzat fejlődése eltérő, hogy a születendő gyermek akár az étellel összeegyeztethetetlen vagy a fejlődését tartósan befolyásoló állapotban van. Daniel Stern elméletét összefoglalva Borbély Sjoukje arra hívja fel a figyelmet, hogy a szülők ilyenkor képzetűrbe kerülnek, egy olyan helyzetbe, aminek a kimeneteléről semmilyen elképzelésük, elgondolásuk sincsen (BORBÉLY 2012). Ráadásul gyakran kiszolgáltatottá válnak az egészségügyi személyzet hozzáállásától, ami a túlterheltség mellett nagyban függ attól is, hogy hogy maguk az orvosok és az ápolónők miként dolgozzák fel a gyász és a veszteség témáját. Sajnos gyakran az ő hárításai miatt kerülnek védtelen helyzetbe a sérült gyermeket váró párok.

Más esetben csak a szülőszobán, vagy a megszületés utáni első pár napban figyelnek fel arra, hogy valami nincs rendben az újszülöttnel. Az előzményei talán már megvoltak az anyaméhben is, de előfordul, hogy a szülés folyamán lépnek fel olyan komplikációk, amelyek az újszülött sérüléséhez vezetnek. Ebben az utóbbi esetben különösen erős az anyában az önmarcangolás, hogy ő nem tudta jól világra hozni a gyermekét, ő okozott kárt benne. Az anyák a szülés miatt

már egyébként is módosult tudatállapotban vannak, ezért nagyon nem mindegy, hogy mi és hogyan hangzik el ilyenkor az orvosok szájából.

Ez egyébként a későbbiekre is igaz. Van, hogy csak lassan formálódik meg a gondolat a szülőkhöz, hogy a gyermekük máshogy, lassabban fejlődik, mint az elvárható lenne. Változó, hogy mikor készek arra, hogy ezt beismerjék és segítséget kérjenek. Egyes esetekben a védőnő vagy a házi gyermekorvos mondja ki helyettük az őket is gyöttrő gyanút, hogy amit látnak, tapasztalnak, afölött már nem lehet átsiklani. Amíg orvosi diagnózist nem kap egy család, mindaddig igen erős a valós problémával való szembenézés háritása; nagyon várnak egy-két olyan megerősítő, bátorító szót, hogy nem is olyan nagy a baj. A jelenlegi ellátási rendszerben az is elképzelhető, hogy a család még az orvosi diagnózis, de akár a kivizsgálás előtt elkerül valamilyen korai fejlesztő központba, főleg magánellátóhelyre, ahol egy speciális módszerre kiképzett szakember jut a gyermek fejlődése szempontjából központi szerephez. Ez esetben sem mindegy, hogy a szakember a szülői elfogadás-háritás dinamikájában mit és hogyan kommunikál a szülővel.

Gyakorlati megfontolások

A korai kötődés kialakulásában az anya fontos szerepet játszik: befolyásoló tényező annak mi-kéntje, hogy a várandósság során hogyan fogadja el, tudja belsővé tenni az új, az anyai szerepét, és egyúttal hogyan tudja átrendezni magában a teljes rokoni és baráti hálózatát. Igencsak nehezen feldolgozható helyzetbe kerül, ha a magzata vagy a csecsemője sérülése miatt ez a folyamat már a korai időszakban megakad. Egyrészt el kellene gyászolnia a benne élő ideális csecsemő és az ideális anya-gyermek kapcsolat vízióját, miközben sérült gyermekének szüksége van az odaadó szeretetére, odafigyelésére, gondoskodására. Eltérő fejlődésmenetű gyermeknél a gyász nem a valós gyermek elvesztése miatti fájdalom, hanem annak megélése, hogy attól a vágyott és remélt családi képtől kell elbúcsúzni, amelyben a gyermek a szülőpár meghosszabbítását, álmainak beteljesítőjét jelentette. Daniel Stern kiemeli, hogy a szülők alapvetően „nyerni” vágnak a gyermekük által: elismerést kapni, büszkének lenni magukra szülőként. „A szülő természetes ellenállása a trauma tudomásulvételével kapcsolatban, a probléma tagadása ismert probléma a korai intervenció területén is” (BORBÉLY 2012, 55).

Sok esetben kora csecsemőkorban még nem annyira markáns az eltérés, és a mindennapi gondozási helyzetekben az anya megélheti a kicsivel a szeretetteljes viszonyt, mintha nem várna rájuk egy nehezített jövő. Amennyiben az alapvető gondozási helyzetek is nehézségbe ütköznek [...], akár a csecsemő vagy a kisgyermek sajátságai, anatómiai adottságai vagy mozgásos képességei miatt, akár azért, mert az anya olyan depresszív állapotba kerül, hogy nem képes ráhangolódni gyermeke szükségleteire, akkor igen jelentősen sérül a szülői kompetenciaérzés. Az „életben tudom-e tartani”; „meg tudom-e etetni” kérdésköre markánsan meghatározhatja az első életévet, és gyakran csak az első születésnap hoz ebben enyhülést. A szakember részéről nagy segítséget jelent, amikor lehetőséget tud adni a szülőkhöz, hogy megosszák a mindennapos gondozási tevékenységekkel kapcsolatos aggodalmaikat, kérdéseiket.

Az idő előrehaladtával ugyan csökken a gondozás körüli szorongás, viszont egyre kifejezőbbé válik az eltérés vagy a lemaradás az „átlagos” gyerekekhez képest. A szakembereknek érdemes szem előtt tartaniuk, hogy a szülői aggodalomban a „hogyan fog fejlődni”, „mire lesz képes” kérdései mellett legalább ekkora súllyal jelen van a „mennyre lesz ez látható a külvilág számára” kérdés is.

Mit tehet az a szakember, aki kapcsolatban áll a családdal, de nem is pszichológus, és gyógypedagógiai jártassága sincs? Hogyan reflektáljon arra az egyedi történetre, ami a szeme előtt bontakozik ki a családban? Mit kezdjen azokkal a „nehéznek” tűnő szülőkhöz, akik dühösek vagy

passzívak, tagadnak vagy kétségbeesnek? – „Legyenek nyitottak feléjük, s csak arra ügyeljenek, hogy válaszaik ne legyenek kioktatók vagy útmutatók. A szakemberek rogers-i értelemben legyenek empátikusak tehát, s emellett maradjanak önmaguk. [...] ...igenis lehetnek bizonytalanok, felvállalhatják azt, hogy váratlanul érheti őket egy szülői megjegyzés vagy kérdés. Nem kell mindent tudniuk...” (BORBÉLY 2012, 62).

Példa

A 4 hónapos Dénessel az édesanyja kereste fel a lakóhelyükhöz közeli korai fejlesztő centrumot. A kisfiú nagyon nehezen volt etethető. Anamnéziséből kiderült, hogy a gesztációs korához képest eleve nagy súlyfejlődési elmaradással született. Az édesanyjának a közelben élő barátnője javasolta, hogy nézesse meg a picit, biztosan nála is csodákat érnek el a jól ismert manuálterápiával. (A barátnő kisfiának mozgásfejlődése e terápia hatására lendült be.) Az első találkozásakor a vizsgálóknak feltűnt, hogy a kis csecsemő fejformája, arcberendezése valamilyen genetikai eltérésre utalhat. Amikor az édesanyjának felvetették, hogy a manuálterápia elkezdése előtt jó lenne jobban kivizsgálni a kisfiút, ő mélyen megbántva elbúcsúzott a szakemberektől. Hat hónappal később újra felhívta a központot, és csak hosszas telefonbeszélgetés után derült ki, hogy jártak már ott. Egy komplex vizsgálatot szeretett volna kérni, mert a házi gyermekorvos hívta fel rá a figyelmét, hogy szerinte valamilyen kromoszómaeltérés miatt mutat a kisfiú fejlődése egyedi vonásokat.

Mozgásszervi fogyatékos (mozgáskorlátozott) gyermekek

A mozgásszervi fogyatékossgot vagy gyógypedagógiai kifejezéssel mozgáskorlátozottságot egy igen nagy, átfogó gyűjtőfogalomnak tekinti a szakma. A hazai pedagógiai szempontú felosztás alkalmaz egyfajta besorolást, ami elsősorban arra alkalmas, hogy a kóreredet, a kórlefolyás és a pedagógiai tennivalók szempontjából viszonylag homogén csoportokat alkothassunk a következőképpen (BENCZÚR M.-NÉ 2000):

- **Végtagredukációs** fejlődési rendellenességek vagy szerzett végtaghiányok: e kategóriába sorolható minden veleszületett vagy szerzett, teljes végtagra vagy végtagrésze vonatkozó végtagredukáció vagy többlet
- **Petyhüdt bénulást** okozó kórformák: különböző etiológiájú gerinc sérülések (veleszületett vagy szerzett), például nyitott gerinc; különböző eredetű izomsorvadások, például dystrophia musculorum progressiva; szülési felkarbénulás; járványos gyermekbénulás utáni állapot stb.
- **Korai agykárosodás** okozta mozgás-rendellenességek: a cerebralis paresis különböző megnyilvánulási formái
- **Ortopédiai és egyéb** kórformák (például arthrogryposis multiplex congenita (veleszületett ízületi merevség, deformitás), különböző gerincbetegségek, dongaláb stb.)
- **Súlyos-halmozott** sérülés: jelen felosztásban a mozgáskorlátozottság mellé egyéb/más fogyatékossg (látás-, hallássérülés, értelmi, beszéd fogyatékossg stb.) is társul

„Nevelési szempontú csoportosításnál a kórfolyamat állandó, gyógyuló vagy előrehaladó jellegét, az életkort, valamint az életkornak megfelelő tevékenykedés, cselekvőképesség-csökkenésének mértékét, a mozgáskorlátozott személy intelligenciaszintjét és egyéb képességeit, az átlagtól eltérő személyiségjegyeket és a szocializálhatóság mértékét is figyelembe kell venni” (BENCZÚR M.-NÉ 2001).

Hangsúlyozzuk, hogy ezen alcsoportok is nagyon eltérő problémaköröket és egyéni funkcionális állapotokat (nagyon leegyszerűsítve: amire a gyermek a hétköznapiakban képes, illetve képessé válhat) feltételeznek.

Egy mozgáskorlátozott gyermek állapotjellemzői a hétköznapiakban leginkább abban különböznek, hogy eltérő lehet a pozicionálás, az ültethetőség lehetősége, nagyon eltérők lehetnek a finommozgások minőségi jellegzetességei a fogásképtelenségtől a művégtag-használaton át az ujjösszenövés operációját követő jól funkcionáló kézig, valamint a teljesen ép kézfunkcióig. Ugyanígy a nagymozgások állapota is eltérő minőségű lehet.

Mindezek jelentősen befolyásolják a következő képességek fejlődését:

- *Megismerőfunkciók* (tárgy felé fordulás, a vele való eredményes manipulálás, a világ „fedezése”).
- *Szocializáció, önellátás* (közösségi részvétel, evés-ivás, széklet-vizelet kontroll, öltözködés, toalettvizesblokk használata).
- *Nagy- és finommozgások* (az adott életkorban elvárt hely- és helyváltoztató mozgások, fogás, manipulációs feladatok kivitelezése).
- *Kommunikáció* (számos esetben a beszédkivitelezés a mozgatórendszer érintettsége miatt nehezített lehet; az enyhétől a beszédképtelenségig mutathat eltéréseket).

Bénulásos kórképeknél *érzéskiesések* is előfordulhatnak (például a bőrérzékelés csökkent, vagy nincs), amelyekről a balesetmegelőzés szempontjából fontos tájékozódni.

Gyakorlati megfontolások

Mozgáskorlátozott gyermekkel és családjukkal való kapcsolatba kerülés esetén az első találkozásor (majd az állapotjellemzők eltérősége miatt később folyamatosan is) mindig tájékozódni kell a pontos diagnózisról, a funkcionális állapotról.

A személyi és a tárgyi környezet felkészítése a gyermek fogadására alapvető fontosságú: meg kell adni a családnak, a szülők számára az állapot megismerésének, a gyermek speciális szükségletei megértésének lehetőségét.

Szükségesnek tartjuk hangsúlyozni, hogy a gyermek súlyosan érintett mozgás- és beszédállapota alapján még nem következtethetünk arra, hogy biztosan érintettek az értelmi képességei is.

Az *akadálymentesítés* a környezet szempontjából alapvető: az épületbe való bejutás biztosítása rámpák, lift segítségével; gondoskodás a gyermek mozgásállapotának megfelelő csúszásmentes aljzatborításról; a vizesblokkba kapaszkodók, karos csapok, támaszok, speciális modulok, pelenkázó elhelyezése; az öltöztetéshez megfelelő fektető felület kialakítása; a napi rutinhoz a gyermek számára használható ültető modul és bútorok elérhetővé tétele. Fontos szempont a kommunikáció akadálymentesítése abban az esetben, ha a gyermek beszédképtelen. Ez általában speciális képi vagy szoftveres megoldásokkal valósítható meg az erre felkészült szakemberrel közös teammunkában.

A gyermekek állapota a korai életkorban sokszor még változó, egészségügyi, műtéti beavatkozásokat igénylő is lehet; erről és a várható ütemezésről mindenképpen érdemes tájékozódni.

A gyermekek gyógyászati segédeszközeinek, rehabilitációs eszközeinek megismerése, azok használatának megértése sokat segít a mindennapi élethelyzetek kezelésében.

Kiemelt feladat a mozgáskorlátozott gyermek szüleivel való kommunikáció, a bátorításuk különböző nevelési-gondozási helyzetekben! A gyermekek ellátásában nagyon hasznos lehet

olyan teammunka működése, ahol a szakemberek és a család folyamatosan kommunikálnak az aktuális teendőkről, a gyermek szükségleteiről, fejlődésének pozitívumairól.

Eset

Marci az édesanya első, veszélyeztetett terhességéből, 30. hétre, 1100 g súllyal, szülés körüli komplikációkkal született. A korai ellátás megszervezése, a sok egészségügyi ellátás nagyon megterhelte a családot, különösen az anya merült ki érzelmileg és fizikailag. Marci feszes izomtónusa miatt másfél éves korára mozgásában és kommunikációs teljesítményében jelentősen elmaradt a kortársaitól: még nem beszélt, nem járt, speciális csipőrogzítót hordott, ortopéd cipőt viselt, de úgy tűnt, nagyon élénk, a környezetére reflektív módon figyelő, sok mindent megértő kisfiú. Szerette, ha vannak körülötte, örömmel hallgatta a meséket, mondókákat. Amikor egy integráló bölcsődebe került, az édesanya már nagyon kimerült volt. Annyira féltette a kisfiát, hogy Marci még azokat az egyszerű önellátási tevékenységeket sem tanulta meg, amelyekre alapvetően képes lehetett volna. A befogadó intézmény akadálymentes volt, a gyermek környezetbe való elfogadó behelyezése megtörtént. A több szakember szaktudásából összeállt fejlesztési tudásbázis elősegítette a gyermek gyors és zökkenőmentes beszoktatását, későbbi fejlődését. A család általános életminősége sokat javult, Marci szocializációja rengeteget fejlődött, az állapotában minden funkcióterületen dinamikus változás történt. Az intézményben eltöltött évek sikeres óvodai integrációt készítettek elő.

Beszéd- és nyelvi zavar (beszéd fogyatékoság)

A beszéd fogyatékoság pontos meghatározása nem könnyű feladat, hiszen a diagnosztikai gyakorlat éppen átalakulóban van. A jelenleg érvényben lévő diagnosztikai protokoll a következő definíciót ajánlja: „*Beszéd fogyatékos az a gyermek/tanuló, aki a receptív és/vagy expresszív beszéd/nyelvi rendszer szerveződésében megjelenő fejlődési eredetű vagy szerzett zavar életkortól eltérő, különböző klinikai képekben megmutatkozó tüneti sajátosságai, valamint a verbális tanulási folyamatok atipikus fejlődése miatt az iskolai és a későbbi társadalmi beilleszkedés szempontjából akadályozott*” (GEREBEN F.-NÉ et al. 2012, 47).

A beszédzavarok, amelyek közé a hangképzés és a rezonancia zavarai tartoznak, már a 0–4 éves kor között is ellátást igényelnek, mivel ezek hátterében elsősorban organikus okok állnak. A gyermekek többségének objektív vizsgálhatósági korlátai miatt viszont a nyelvi zavar csak 4 éves kor után diagnosztizálható. A bölcsődei kisgyermeknevelők találkoznak ugyan olyan gyermekekkel, akiknek a beszédfejlődése nem megfelelő ütemben és formában történik, ekkor azonban még csak nyelvfejlődési késésről beszélhetünk. Az artikulációban és a folyamatosságban megjelenő tünetek az adott életkor velejáráói, különleges ellátást nem igényelnek. [...]

Az óvodáskorú beszéd- vagy nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekek esetében nagyfokú beszédbeli akadályozottsággal találkozhat a szakember, amely gátolja a gyermek beilleszkedését és az ismeretszerzést. Legszembetűnőbb tünetek a diszgrammatikus és/vagy nehezen érthető beszéd, a beszéd folyamatosságának zavarai (dadogás, hadarás). Kevésbé észrevehető az óvodapedagógusok és a gyermek környezetében élő más felnőttek számára a beszédértési és beszédészlelési probléma. A kommunikációs nehézségek miatt további másodlagos pszichés tünetek is előfordulhatnak (GEREBEN F.-NÉ et al. 2012).

A beszéd- és/vagy nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekekre jó hatású az integrált nevelés, de természetesen – az óvodapedagógusok megfelelő hozzáállása mellett – a szakszerű logopédiai segítség is elengedhetetlen feltétel.

Gyakorlati megfontolások

A beszéd- és/vagy nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermek óvodai csoportba való beilleszkedése nehezített lehet, és természetesen többletfeladatot ró az ott dolgozó óvodapedagógusokra. Mindenekelőtt az ellátásában közreműködő logopédussal való együttműködésre van szükség, hiszen fontos a gyermek egyéni speciális igényeinek megismerése. Attól függően, hogy beszéd- vagy nyelvi zavarral küzd, és hogy milyen más járulékos tünetei vannak, más-más típusú segítségre lehet szüksége.

3-4 éves kor alatt a beszédhiba még nem tudatosodik a kisgyermekben, általában szívesen beszél, anélkül, hogy feszélyezve érezné magát. A közvetlen környezet hozzáállása nagyban hozzájárul a gyermek személyiségének, és azon belül az önmagához való viszonyulásának az alakulásához. Amennyiben a beszédére vonatkozóan negatív visszajelzéseket kap, elveszítheti beszédkedvét, visszahúzódóvá válhat. Különös figyelmet kell fordítani azokra a gyermekekre, akiknek beszédzavara a beszédszervek periférikus károsodásából ered (például ajak- és szájpadhasadék), hiszen az ő esetükben külső jelek is megfigyelhetők (elsősorban az arcon), ezért fokozottan ki vannak téve a társak gúnyolódásának, esetleg tartózkodó magatartásának. Az ajak- és szájpadhasadék kezelése hosszú évekig elhúzódó folyamat, ezért a szülők és gyermekük is segítségre, támogatásra szorulhat. Mivel a probléma – elsősorban a szájpadhasadék esetében – nemcsak a beszédet, hanem az étkezést is érinti, ezek a gyermekek a bölcsődei és óvodai mindennapok során is különleges figyelmet igényelnek.

4-5 éves kortól a beszéd- és/vagy nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekeknél szinte minden esetben alkalmazkodási problémákkal lehet számolni, mivel a tünetek már a felnőttétekén kívül a társaik számára is figyelemfelkeltők, illetve a kommunikációs folyamatot is gátolják. Gyakori, hogy ezek a gyermekek, ha nem értenek meg valamit, vagy nem értik meg őket, frusztrálttá, visszahúzódóvá, vagy épp ellenkezőleg, dühössé, agresszívvá válnak. Érzelmüket sokszor nehezebben tudják verbálisan kifejezni, ezért külön figyelmet kell fordítani az érzelmek megfelelő kezelésére, kifejezésére. A támogató, szeretetteljes nevelési attitűd segíti az önbizalom megerősödését, a gyermek pozitív énképének alakulását.

A beszédészlelésben és/vagy beszédértésben meglévő problémák gyakran sokáig nem derülnek ki, mivel a gyermek különféle módon képes azt kompenzálni. Figyelemfelkeltő jel lehet, ha gyakran visszakérdez, a kérdésekre inadekvát válaszokat ad, ha nehezen érti meg a feladatokat. Ezek a gyermekek általában nem szeretnek mesét hallgatni, a hallott mesét nem tudják elmondani, mivel nem értik a mese részleteit, összefüggéseit. Gyakori, hogy figyelmetlenek vagy engedetlenek gondolják őket a szülők és a pedagógusok, pedig egyáltalán nem erről van szó.

A család hozzáállásának megismerése szintén fontos tényező, hiszen a velük való szoros együttműködés segítheti a gyermek szocializációját. A gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy sok esetben a szülők is támogatást igényelnek, mivel egyáltalán nem ritka, hogy nehezen tudják elfogadni, feldolgozni a gyermek sérüléséből adódó hátrányokat. Nehezen szembesülnek például azzal, hogy nem tud szépen verset mondani, és az óvodai ünnepélyeken nem úgy szerepel, mint a társai. Ilyen esetben mindenekelőtt a gyermek érdekeit szem előtt tartva elengedhetetlen a szülők és az óvodapedagógus elvárásainak összeegyeztetése.

Eset

Joci az édesanya második, veszélyeztetett várandósságát követően, a 40. héten 3 530 g-mal, 50 cm-rel, 7/9-es Apgar-értékkel született. A köldökzsinór háromszor a nyakára tekeredett. A születés után azonnal felsírt, az adaptációs időszak rendben zajlott. Csecsemőkorában a forrás késése miatt a védőnő javaslatára DSGM-terápiára jártak. Joci megkésett beszédfejlődése, majd általános pöszesége miatt évekig járt logopédiai terápiára. Iskolába lépése előtt az óvoda

iskolaérettségi vizsgálatra küldte a pedagógiai szakszolgálathoz, ahol komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálaton vett részt. Mivel a vizsgálat alapján felmerült a beszédfigyelmetlenség gyanúja, a szakemberek úgy döntöttek, hogy a kislányt a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottsághoz küldik. A szülők eleinte nem akartak beleegyezni, mert úgy gondolták, hogy ezzel az iskolában meg fogják őt bélyegezni. Így is nehezen tudták elfogadni gyermekük problémáját, mert úgy érezték, hogy az emberek sokszor értelmi fogyatékosnak gondolják Jocit. Az óvodatársai is gyakran kicsúfolják, nem szívesen játszanak vele, mert nem értik, amit mondani szeretne. A szülőket végül sikerült meggyőzni, és utólag nagyon hálásak voltak. Mivel a kislány az iskolában megkapta a szakértői bizottság által javasolt fejlesztéseket, sikeresen vette az akadályokat.

Látássérülés csecsemő- és kisgyermekkorban

A látássérülés fogalma nem korlátozható a szemek fizikai, fiziológiai vagy működési problémájára, mivel ezen a látószerv valamely részének (szem, látóideg, agykérgi központ) organikus vagy funkcionális sérülését értjük, amely a vizuális tapasztalatszerzést részlegesen vagy teljesen akadályozza. A látássérülést előidéző ok lehet öröklött vagy szülés előtt, közben illetve utána szerzett. A látássérültekkel a korai éveikben foglalkozó szakembernek fontos tudnia, hogy a látásnak is van egy jól leírható fejlődésmenete, azaz egyetlen újszülött sem tökéletes látóképeséssel „pillantja meg” a napvilágot. Szerencsés esetben ép és kifejtett szemekkel jönnek világra, azonban a szemek és a hozzájuk kapcsolódó idegsejtek működése még korántsem tökéletes. A szemmozgások, a képképzés, a távolság- és mélységészlelés, a színlátás az idegrendszeri érés és funkciógyakorlás eredményeként tökéletesedik, és éri el a kétszemes együttlátás legmagasabb fokát – 12 éves korra (HYVÄRINEN 1988).

Látássérültnek minősül az a gyermek, akinek a látásvesztése olyan súlyos fokú, hogy csak megfelelően kialakított tárgyi és személyi környezetben, speciális módszerek és eszközök segítségével képes optimálisan fejlődni, ismereteket feldolgozni, tanulni. A szelekció alapja a gyermekszemészeti diagnózis. Ezt egészíti ki a pedagógiai látásvizsgálat. Ennek alapján látássérültek azok a személyek, akiknek optikai eszközzel korrigált jobbik (jobban működő) szemű látásélessége 5/15 (0,3)-nél kevesebb. Ez 67%-ot meghaladó látáscsökkenést jelent (CSOCSÁNNÉ HORVÁTH 1997).

A látássérülteknek a látássérülés súlyossága szerint három csoportja van: gyengénlátók, aliglátók és vakok.

Magyarországon *gyengénlátónak* számít az a gyermek, akinek a szemészetileg korrigált jobbik szemén (a Snellen-tábla szerinti) távoli vízusa 0,3–0,1, vagy az, akinek 0,4–0,5 vízúsérték mellett nagymértékű látótérszűkülete vagy romló tendenciájú szembetegsége (például progrediáló myopiája) van. Ugyancsak gyengénlátó az a gyermek, akinek távoli vízusa 0,1 alatti, de a közeli látásélessége ennél jobb, és szemészeti állapota változatlan (CSOCSÁNNÉ HORVÁTH 1995, 276).

Az *aliglátók* látásélessége 5/50 és 0 érték közé esik, illetve ennél jobb, de nagyfokú látótérszűkület akadályozza a vizuális megismerést. Megkülönböztetünk a csoporton belül fényérzékenyeket, ujjolvasókat és nagy tárgylátókat.

A *vakok* csoportjába tartoznak azok, akik fényt sem érzékelnek (CSOCSÁNNÉ HORVÁTH 1997).

A jelenlegi hazai sérülésspecifikus ellátórendszer az aliglátók csoportját nem kezeli külön, hanem a funkcionális látásteljesítmény alapján²⁸² két csoportot különböztet meg, melynek háttérben pedagógia módszertani szempontok állnak:

1. *Vak és látásukat praktikusán kismértékben használó aliglátó gyermekek:* Nevelésükben az auditív és taktilis tapasztalatszerzés szempontjai dominálnak. A korai időszaktól fogva nevelésükben a kompenzáló szemléletnek és az adaptált környezet kialakításának van kiemelt jelentősége.
2. *Gyengénlátó és látásukat praktikusán jól használó aliglátó gyermekek:* Nevelésük során a meglévő látás hatékony fejlesztésén és a tájékozódáson van a hangsúly. Fontos az olyan környezet kialakítása, amelyben a szükséges láthatósági feltételek biztosítottak: megfelelő fényviszonyok, kontrasztos ábrák, jelzések, szemüvegek, nagyítók és egyéb optikai és tanulást segítő segédeszközök.

A pedagógiai szempontú csoportalkotás kapcsán érdemes megemlíteni a halmozottan fogyatékos látássérült gyermekek csoportját. A látássérültekkel foglalkozó intézmények (Látásvizsgáló Gyógypedagógiai Központ, Vakok Iskolája, Gyengénlátók Iskolája) adatai alapján növekszik azoknak a látássérült gyermekeknek a száma, akiknek szerzett vagy öröklött szembetegségük mellett egyéb károsodásuk is van, illetőleg látássérülésük eredete komplex idegrendszeri vagy genetikai, több funkciót érintő. Ilyen csatlakozó károsodások lehetnek: értelmi akadályozottság, mozgáskorlátozottság (CP), súlyos fokú kommunikációs akadályozottság, hallássérülés, autisztikus tünetek, személyiség- és viselkedészavarok, beszédhiba/fogyatékoság. Az összetett állapotot formáló sajátosságok nagy része éppen a korai intervenció időszakában derül ki, majd formálódik, és 5-6 éves korra válik egyértelművé. Mindezek kombinációja miatt gyakorlatilag teljesen egyedi lehet a halmozottan sérült látássérült gyermekek ellátása. A legspeciálisabb ellátási csoportot a kettős érzékszervi sérüléssel élő, úgynevezett *siketvak* gyermekek alkotják.

A csoportalkotásban bűjtatottan, de a gyakorlatban egyre növekvő számban jelennek meg az úgynevezett *agyi eredetű látássérüléssel* (CVI = cortical visual impairment) élő gyermekek. Látássérülésük olyan átmeneti vagy állandó látássérülés, amelyet a látópályák, az elsődleges látókéreg, illetve az agy további látással összefüggő területeinek sérülése okoz. A látássérülés mértéke az enyhétől a teljes vakságig terjedhet. Jelenleg hazánkban a diagnosztizálásuk még kialakulóban van, de a látássérültekkel foglalkozó intézményekben már helyet kapnak az érintett gyermekek.

A látássérülés keletkezési ideje meghatározó a gyermekek fejlődésmenetében. A veleszületett látássérülések hatása a különböző fejlődési területeket és a személyiséget tekintve eltér a szerzett látáskárosodások hatásától. A legtöbb erről szóló fejlődépszichológiai vizsgálat (FRANIBERG 1977; SUGDEN–KEOGH 1990) az 5 éves kort tartja döntő jelentőségűnek. Ennek oka, hogy ekkorra már a fejlődési alapfunkciók (hely- és helyzetváltoztató mozgások, manipuláció, beszéd, önkiszolgálás, szenzomotoros integráció, szociális készségek alapjai, kognitív alaplámpólya) nagyrészt kialakulnak vagy jól megalapozódnak, továbbá az 5 éves korig szerzett vizuálisan vezérelt szenzomotoros tapasztalatok a későbbi fejlődésben jól hasznosíthatók. Veleszületett látássérülés esetén a fent említett funkciók kialakulása és fejlődése kvalitatív és kvantitatív szempontból egyaránt eltérést mutat az ép látású gyermekek fejlődéséhez képest. Az eltérés mértéke elsősorban a látássérülés súlyossági fokától és más fejlődési területek (mozgásrendszer, hallás,

²⁸² Az emberi erőforrások miniszterének 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelete a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról. (Ezt a rendeletet azóta hatályon kívül helyezték; az új dokumentum az Oktatási Hivatal honlapján érhető el: https://www.oktatas.hu/koznevelés/kerettantervek/2020_nat/iranyelvek_alapprogramok – A szerk.)

kognitív funkciók) érintettségétől függ, másodsorban pedig a minél korábbi adaptív és kompenzáló fejlesztési környezet kialakításától. Alapvetően ebben a csoportban is érvényes, hogy nincs két egyforma fejlődésmenet, azonban az egyéni eltérések szélesebb skálájával találkozunk a vizualitásukban részben vagy egészen veszélyeztetett csecsemők fejlődésmenete során.

Gyakorlati megfontolások

Fontos, hogy különbséget tegyünk a látással (vizualitással) rendelkező kisgyermek (gyengénlátó, aliglátó) és a vizualitást nélkülöző (vak) gyermekek között. Ha van használható látás, akkor ezt mindenképp be kell építenünk a kisgyermekkel való játék- és gondozási helyzetekbe. Ehhez használjunk fényt adó/csillogó eszközöket, fekete-fehér vagy egyéb kontrasztos mintázatú játékokat. Egyrészt mert ezzel segítjük a vizuális figyelmének fejlődését, másrészt az önálló tapasztalatszerzési folyamataiban is így jelenik majd meg a vizualitás. Azonban ha tartós próbálkozásokat (lámpázás, fénykeresetetés) követően sem tapasztalunk vizuális érdeklődést, akkor a hallási és tapintási információkat részesítsük előnyben, továbbá minden gondozási és játékhelyzetet azt figyelembe véve igyekezzünk megtervezni, hogy a gyermek nem látja előre az aktivitásokat, a felé nyújtott tárgyakat és eszközöket, így fokozottan ügyelnünk kell a szóbeli előrejelzésekre.

Önálló helyváltoztatásukat (mászás, járás, lépcsőzés) támogassuk meg hangingerekkel és a biztonságos előrejutásukat segítő, tapintható támpontokkal! (Érdekes tapintatú szőnyeg, padlóra ragasztott tapintható és/vagy élénk színű ragasztószalag, bútorokra rögzített textíliák, játékok, kapaszkodók, amelyeknek ott az állandó helyük.) Érdemes a gondozói/fejlesztőszobákat csak ritkábban átrendezni. Nagyon hasznos lehet a csoportban ellátott látássérült kisgyermeket a társaitól függetlenül is végigvezetni a bölcsőde, óvoda csoportszobáján (szobáin), és „megmutatni” neki a szoba berendezéseit, eszközeit, hogy önállóan, a saját ritmusában és módszereivel is felfedezhesse a teret, az eszközöket. Erre ugyanis kis társainak hangzavarában gyakran nincs lehetősége, vagy sokkal lassabban állna össze benne a kép (az úgynevezett mentális térkép). Csoportban eleinte érdemes a látássérült kisgyermeket felnőtt közelében „szervezni”, hogy jobban hallja a verbális információkat, vagy lehetőség legyen a számára láthatatlan eszközöket, tárgyakat a kezébe adni. Szemléltetésnél törekedjünk arra, hogy konkrét és az elérhető legvalósabb tapasztalatokon alapuló érzéleti benyomások körét szélesítsük (például a zöldségeknek, gyümölcsöknek ne a színét, hanem az ízét, illatát, formáját, felületi minőségét emeljük ki, továbbá ne műanyagból vagy fából készült játékot nevezzük almának, vagy egy-egy plüssfigurát kutyának)!

Étkezésnél mindig mondjuk el előre, hogy mit fog kapni a kisgyermek, és ha mód van rá, az ételt engedjük megszaglászni, esetleg megtapogatni. A későbbiekben használjunk tálcát, amelyen az evőeszközöket mindig ugyanazon a helyen találja.

Gyengénlátó gyermekeknél a nonfiguratív, nagy felületen való ábrázolás támogatása a célravezető: például nagyméretű csomagolópapír padlóra rögzítésével igyekezzünk rávenni őket az ábrázolásra. Súlyos fokban látássérült gyermekeknél a saját önindította manipuláció bír jelentőséggel, de kerülni kell a kezek folyamatos irányítását, továbbá taktilis hártás esetén azokat a tárgyakat, anyagokat ajánlatos megkeresni, amelyek kellemesek számára. Fontos, hogy a kisgyermek számára örömet jelentő aktivitásba ágyazottan jelenjenek meg a hártott anyagok (például hintázás, fürdés közben), és mindig legyen lehetősége kiszállni, abbahagyni, ha nem tetszik neki az adott anyag tapintása. Vak kisgyermeknél gyakran látható, hogy a játékokat, tárgyakat a szájukhoz érintik. Ezzel a technikával több információt szerezhet az adott tárgy méretéről, textúrájáról. Higiéniai okokból érdemes elkülöníteni (kosárba gyűjteni) és időnként alaposabban megtisztítani az így felfedezett eszközöket.

Eset

Blanka 2 és fél éves kislány, szürkehályoggal született, amit néhány hónapos korában műtéti úton eltávolítottak, és műlencsét ültettek be a helyére. Ezzel ugyan egész jól lát, de látásteljesítménye a gyengénlátás szintje körül mozog. Féléves kora óta heti rendszerességgel korai fejlesztésben vesznek részt a Látásvizsgáló Gyógypedagógiai Központban. Blanka érdeklődő, vidám kislány, önállóan jár, az őt érdeklő tárgyakhoz közel megy, megnézi, megérinti azokat. Ha egyértelmű számára, hogy mi az, amit lát, megfogja, egyébként mindig kérdez: „Mi ez?” Mozgáskoordinációja és egyensúlya bizonytalan; küszöbönél gyakran megbotlik, ha megváltozik a talajminőség (például szőnyegpadló), s ilyenkor bizonytalanná válik, gyakran fel- vagy lelép. A csoportszobában, ha a kis társai is jelen vannak, gyakran csak egy helyben áll és figyel: hallgatja a beszédüket és a játékaik által keltett hangokat. Ha nagy a ricsaj, előfordul, hogy elsírja magát.

Gondozói segítséget kértek a korai fejlesztő gyógypedagógustól, aki két alkalommal látogatta meg őket. Először a szoba padlójára a bejárattól a játékpolicig felragasztottak egy fekete-sárga szalagot, amit Blanka könnyen észrevesz, így egyedül is eltalál a polcig. A polc mellett felállítottak egy gyermeksátrat, ahová bebújhat, ha elfárad, és egy kicsit pihenni akar. A játszószőnyeget a szoba közepéről a szoba jobb sarkába helyezték át, így nem keresztezi a megjelölt útvonalat, de elhalad mellette. A fürdőszobában a polc legszélére rakták a poharát, amit szintén körberagasztottak csíkos matricával, hogy könnyebben észrevegye. Második alkalommal az egyik gondozó és a gyógypedagógus a csoportszobában maradt Blankával, miközben a többiek kimentek udvari játékra, és hagyták, hogy a kislány egyedül járkáljon a szobában és matasson a polcon. A számára érdekesnek bizonyult játékokat a középső polcra helyezték el, így a kislány könnyen elérheti őket. A polc szélét szintén megjelölték csíkos ragasztószalaggal, továbbá a küszöböket és a folyosón lévő vezető korlátot is. A szobában a világítás folyamatos jelenléte szintén hozzájárul Blanka tájékozódásához, így aztán egy idő után a hangzavarban is elkezd mozogni a szobában, és hangosabban, kitartoan kérdezi, hogy „Mi ez?” Mostanában már előfordul, hogy egy-két társa válaszol neki.

Hallássérülés csecsemő- és kisgyermekkorban

Egy egészségesen fejlődő kisgyermek 3 éves korára képes az anyanyelv alapjainak elsajátítására. A hallásnak alapvető szerepe van a gyermekek megfelelő fejlődésében.

Jelentősége meghatározó a hétköznapi életben és a tanulási folyamatokban, mivel a hangok révén minden irányból, a közeli és a távolabbi eseményekről is információt közvetít. Irányítja a vizuális észlelést, kíváncsiságot kelt, és előre jelzi egy későbbi esemény bekövetkezését. Legnagyobb jelentősége azonban az anyanyelv elsajátításában van, ami kihat a személyiség és a társas kapcsolatok alakulására, és befolyásolja a későbbi életutat is.

A hallás rendkívül összetett folyamat. A levegő rezgése a hang, amelyet hallószervünk segítségével érzékelünk. A környezetünkben minden irányból érkeznek felénk hangok, folyamatosan információt közvetítve felénk a szűkebb és tágabb környezetünkben.

A külsőfül összegyűjti és a középfülbe irányítja a hangokat: a hanghullámok a külsőfülbe jutva megrezegtetik a dobhártyát, majd a középfülben a hallócsontocskákat (kalapács, üllő, kengyel). A rezgés átterjed a belsőfülbe, ahol mozgásba hozza a csigát (cochleát) kitöltő folyadékot. A csigában érzékelő szőrsejtek vannak, fölöttük pedig rostos fedőlemez húzódik. Ezek a szőrsejtek alkotják az úgynevezett Corti-féle szervet, amely a hallószerv tulajdonképpeni központja. A csigában mozgó folyadék előre- és hátrátolja az alaphártyát és a fedőlemezt, így ezek a mozgásukkal elhajlítják a szőrsejteket. Az itt létrejövő elektromos impulzusokat a hallóideg

vezeti tovább az agyba. Az agykéreg az elektromos jeleket hallási érzékletként, hangként fogja fel (COCHLEAR 2017).

Normális körülmények közt a hangrezgések a középfülön keresztül jutnak el a belsőfülbe. Ezt nevezzük légvezetéses hallásnak.

Csontvezetéses hallásról akkor beszélünk, ha a hangrezgés a hallójárat és a hallócsontlancolat (kalapács, üllő, kengyel) megkerülésével, a koponyacsonton keresztül vetődik a belsőfülre (PYTEL 1996).

Hallássérülésnek nevezzük a hallószerv valamely részének veleszületett vagy szerzett sérülését, illetve fejlődési rendellenességét, amelynek következménye az éptől eltérő hallásteljesítmény. Hallássérülés esetén a hallásküszöb megemelkedik, a személy csak az erősebb hangokat hallja meg – vagy még azokat sem. Ezt nevezzük hallásvesztésnek.

A hallássérülés gyűjtőfogalom. Hallássérült személyek a nagyothallók, a siketek és a cochleáris implantátumot viselők. A beszéd felfogása szempontjából legfontosabb a 250 és 4000 Hz közötti hangok érzékelése (FRERICHS 1998).

A hazai és a nemzetközi statisztika alapján elmondható, hogy kb. minden 1000 születésből 3 kisgyermek születik hallássérüléssel.

A hallássérülés típusait a következő szempontok alapján osztályozhatjuk:

- A halláscsökkenés *helyétől függően* vezetéses, idegi és kevert típusú halláscsökkenést különböztetünk meg.
- A hangvezető rendszer károsodása *vezetéses halláscsökkenést* okoz. Csecsemő- és kisgyermekkorban gyakori probléma a külső hallójárat valamilyen akut vagy krónikus gyulladása a középfülben. A vezetéses típusú hallássérülés legtöbbször csak átmeneti jellegű; célirányos beavatkozás és hatékony kezelés esetén gyógyszeres, esetleg műtéti úton gyógyítható.
- A hangérzékelés, hangfeldolgozás zavarát *percepció vagy szenzorineurális* (belső fül/idegi eredetű) halláscsökkenésnek nevezzük. Ez esetben a hallássérülés súlyosságának függvényében valamilyen hallást segítő eszköz (például hallókészülék, cochleáris implantáció) műtéti eljárás alkalmazásával lehet a megoldás.
- Amennyiben a vezetéses és idegi eredet együtt van jelen, *kevert típusú* halláscsökkenést diagnosztizálunk (GÁBORJÁN 2016).

A hallássérülés *kialakulásának időszaka* lehet:

- Prenatális (születés előtti), a perinatális (születés körüli) és aposztnatális (születést követő). Mindegyik háttérben állhat genetikai, öröklött vagy szerzett tényező.
- Hallássérülés kialakulhat a beszéd elsajátítása előtti vagy az azt követő időszakban. E felosztás szerint beszélünk prelingvális, illetve posztingvális hallássérülésről.

A hallássérülés *mértéke* szerint a következő övezetekről beszélhetünk:

- Az ép hallás övezete: 0 – 20-25 dB.
- Enyhe fokú halláscsökkenés: 25–40 dB között.
- Közepes fokú halláscsökkenés 40 – 60-70 dB között.
- Súlyos fokú hallássérülés: 70–90 dB-es veszteség.
- Siketséggel határos halláscsökkenés: 90 dB és az annál nagyobb hallássérülés.
- *Siketség*: nem mutatható ki hallás, csak a rezgést érzékelik.

A halláscsökkenés lehet egyoldali vagy mindkét oldalt érintő:

- *Egyoldali* hallássérülés esetén a gyermek nyelvfejlődése megfelelő, az irányhallás nem alakul ki, illetve zajban már bizonytalanabb lesz a beszédértés is.
- Kétoldali hallássérülésnél viszont mindenképpen funkciózavarral számolhatunk.

Az audiológiai vizsgálat eszköze az audiométer. Ennek során különböző erősségű és frekvenciájú hang észlelését audiogramon rögzítik. A különböző frekvenciatartományban érzékelt leghalibb hang rögzítésével jelölik be a vizsgált személy *hallási küszöbét*, azaz azt a legkisebb hang-erőt, amely még éppen hangérzetet kelt, és amelyet a fülünk érzékel a különböző frekvenciákon.

Az emberi fül számára 20–20000 Hz közötti tartomány érzékelhető. A *kellemetlenségi küszöb* az a mért küszöb, amely a hangos hangok révén már meghaladja a kellemességi szintet. A *fájdalomküszöb* pedig az a hangerő, amely már ezen is túlmutat és fájdalmat kelt. Ennek kiváltódása az egyéni érzékenység függvényében változhat.

Minél jobban eltér a mért érték a 0 dB-től az egyes frekvenciákon, annál nagyobb a hallássérülés mértéke. Az 500 Hz és 4000 Hz közötti tartomány a legfontosabb, mivel ebben a tartományban helyezkednek el a beszédhangok.

Gyakorlati megfontolások

Magyarországon 2015. szeptember 1-jén bevezetésre került az újszülöttek objektív módszerrel történő szűrése (UNHS, univerzális neonatális hallásszűrés), ami a BERA-eszközzel (Brainstem Evoked Response Audiometry) történik. Ez azt jelenti, hogy – számos ország gyakorlatának megfelelően – remélhetőleg néhány év múlva már hazánkban is biztonsággal kiszűrjük majd a hallássérüléssel született újszülötteket.

A később kialakuló vagy szerzett hallássérülések azonban a jövőben is megkívánják a környezet figyelmét. A szülők mellett a gyermekekkel kapcsolatban álló csecsemőgondozók, védőnők, gondozónők, óvodapedagógusok, logopédusok és más segítő foglalkozású szakemberek is nagyon sokat segíthetnek abban, hogy az érintett gyermekek idejében a megfelelő szakemberhez kerülhessenek. A korai és pontos diagnosztika, a hallást javító eszközzel történő ellátás, a nyomon követés és a megfelelő szurdopedagógiai foglalkozás nagy jelentőséggel bír az érintett hallássérült kisgyerek életútja szempontjából, lehetőséget teremtve az integrációra, a hallók társadalmába való beilleszkedésre.

A korai években kulcsfontosságú az időtényező, így minden nap, amely hatékony segítség nélkül telik el, a hallássérült kisgyermek lehetőségei szempontjából elveszett időnek számít.

Minél súlyosabb a hallássérülés, annál szembetűnőbb jelei vannak, és a figyelmes környezetben néhány alkalom után felmerülhet a gyanú, hogy valami nincs rendben.

A súlyos fokú hallássérülésnek szembetűnő jele, hogy a gyermek hangos hangokra sem reagál, vagy csak esetlegesen figyel fel az erősebb zajokra. Bizonyos hangok felkeltik a figyelmét, de a környezete sok hangra nem tapasztal reakciót. Már a bölcsődés években is eltérés tapasztalható a nyelvfejlődés terén, mivel akusztikus visszacsatolás hiányában a súlyos fokban hallássérült kisgyermek hangadása elszegényesedik, hangjának minősége megváltozik. Egy-éves kor felett jellemző lesz a magasabb, sikitósabb hangszín vagy a monoton hangadás. Ha a gyermek néhány szótöredéket, egyszerűbb szót mond is, vagy próbál utánozni, beszédfejlődése ezen a szinten legtöbbször megreked, stagnál. A súlyos fokban hallássérült kisgyermek már 2 éves korra olyan kompenzációs stratégiák kiépítésére lesznek képesek, hogy a szülőket és a környezetet is sikerül megtéveszteniük. Ők lesznek az igazi „szemes” gyerekek, akik szinte oldalirányba, sőt „hátrafelé” is látnak. Ám ha egy kisgyermek erősen támaszkodik a látására, a vizuális információkra, például a szájról olvasásra, az is gyanújel lehet, és érdemes utánajárni,

miért van erre szüksége. Figyelemfelkeltő jel lehet az is, ha túl sok a gesztushasználata, erőteljesebb a mimikája és a metakommunikációja.

A bölcsődei közösségbe is nehéz lehet a beilleszkedésük, mivel nem értik, mit miért kell csinálni, mi után következik, és nehezebben sajátítják el a napirendet. Társaikkal is nehezebben teremtenek kapcsolatot, és a személyiségük karakterének függvényében vagy nagyon szorongók, vagy „túlsgósan aktívak” lesznek. Bölcsődei környezetben, a folyamatos háttérzaj miatt, súlyos mértéke ellenére is sokáig észrevétlen maradhat a hallássérülés. A súlyos fokban hallássérült kisgyermek többsége óvodáskorára már többnyire hallókészüléket visel, de sajnálatosan arra is van példa, hogy csak 5-6 évesen derül ki, hogy miért nem indult meg a nyelvfejlődésük.

A közepes fokban hallássérült kisgyermek halláscsökkenésére általában az óvodai években derül fény, mivel nyelvfejlődésük, ha hibásan is, de megindul. Az elmaradás, a meglassúbbodott nyelvfejlődés még „beleférhet” a korai életévekben jellemző gyermeki beszédre, bár a hallási reakciók hiányának, a figyelmetlenségnek mindenképpen felhívó jellege van. Hiányoznak a ragok, toldalékok, és nehezen javíthatók a beszédhibák. Sajnos sokszor még a logopédus szakemberek sem veszik észre, hogy a hibásan ejtett szavak és hiányos hangzók háttérben valójában halláscsökkenés áll. Az óvodáskorú hallássérült kisgyermek a többiek sokszor utánozzák, megfigyelik társaikat, mikor mit kell csinálni, és kis lemaradással követik a napirendet, de van olyan is, aki nagyon önálló, és ebben az életkorban már nem is igényli a verbális instrukciókat.

A közepes fokú hallássérülésre jellemző, hogy a figyelem nagyon esetlegesnek tűnhet; az érintett kisgyermek van, amire reagál és van, amire nem. Ilyenkor a környezet, a szülők többnyire azt gondolják, hogy mindennek a lustaság vagy a „szelektív hallás” van a háttérben, hogy a „gyermek csak azt hallja meg, amit akar”, de valójában a halláscsökkenése függvényében képes a válaszreakciókra.

Jellemző még az is, hogy a kommunikációban a súlyos fokban hallássérült kisgyermekhez hasonlóan nagyon segítő számára a szájról olvasás, a metakommunikáció használata. Megfigyelhető az is, hogy az érintett gyermekek szinte kiabálva beszélnek, vagy éppen nagyon halkán, suttognak.

Az enyhe fokban hallássérült gyermekek gyakran csak a középső-nagycsoportban, vagy az iskolai időszakban jutnak el a megfelelő vizsgálatokra, mivel a halláscsökkenés jelei a környezetük számára nem mindig egyértelműek, és a reakciók elmaradásánál legtöbbször figyelmetlenségre gondolnak. Az érintett gyermekek nyelvfejlődése többnyire megfelelő, de egy-egy hang kiejtése hibás lehet („Kicsit pösze”, de majd logopédus kijavítja a nagycsoportban”), a figyelmük pedig szórt, felületes.

A gyakorlat azt mutatja, hogy már egy enyhe fokú hallássérülés is nehézséget okoz a beszédhangok felismerésében, differenciálásában, továbbá gátolja a sikeres anyanyelv megtanulását (HORVÁTH–GYARMATHY 2010).

Meg kell említeni, hogy számos tünet megegyezhet más terület érintettségével; például észlelési zavar esetén ép hallás mellett is nehezen koncentrál a gyermek, a figyelme szórt, fáradékony, nyugtalanabb, mozgékonyabb lehet, s mindez hosszú távon a teljesítménye rovására mehet. Olvasási nehézség, gyenge emlékezet, helyesírási gyengeség, a szavak végének félrehallása és elírása mind-mind felhívó jelek arra, hogy mögöttük enyhe fokú hallássérülés húzódik meg.

A kezeletlen és rejtőzködő hallásproblémák mindemellett kihatással vannak a szociális kapcsolatokra, a személyiségfejlődésére is.

Eset

Lili jelenleg 2;8 éves, könnyen barátkozó, vidám, kiegyensúlyozott, súlyos fokban hallássérült kislány. Születésekor még nem volt kötelező az objektív módszerrel történő újszülöttkori szűrés. Párnaposan szubjektív módszerrel vizsgálták a hallását, az édesanya nem emlékezett, hogy milyen módon, de a kórházi zárójelentésén az szerepel, hogy a „hallása ép”.

Lili 10 hónapos volt, amikor szüleiben felmerült, hogy valami nincs rendben a hallásával: leszakadt egy polc a szobában, és a kislány a hangos robajra meg sem rezgett. Bekapcsolták a háta mögött a porszívót, de arra sem figyelt fel. A szülők a gyermekorvoshoz fordultak, aki továbbküldte őket a megyei kórház audiológiájára. Mivel itt nemigen fogadnak ilyen korú gyerekeket, időpontot kértek Budapesten egy gyermekkórház szakellátására.

Az objektív és szubjektív vizsgálatok alapján súlyos fokú hallássérülést diagnosztizáltak. Budapesten látták el hallókészülékkel is. Azóta folyamatosan gondozás alatt áll. Kezdetben 2-3 hetente, aztán kéthavonta kellett járniuk a kontrollmérésekre, finomhangolásra.

Lili a hallókészülékét viszonylag gyorsan elfogadta. Ha elfáradt, akkor kivette a füléből, de kis szünet után mindig vissza lehetett tenni. Az édesanya és az édesapa azt tervezték, hogy Lili egyéves korától bölcsődés lesz, de a hallássérülés diagnózisa után úgy döntöttek, hogy az anya még egy évig otthon marad vele. Szerencsére viszonylag gyorsan sikerült hallássérültek pedagógiájával foglalkozó győgypedagógust (szurdopedagógust) találniuk, és 13 hónapos kora körül elkezdődhetett a korai fejlesztése. Hangadása is gazdagodott a készülék hatására, felfigyelt a környezetében lévő hangokra, de egy év elteltével már biztosan lehetett látni, hogy a nagyteljesítményű hallókészülék nem lesz elegendő ahhoz, hogy a beszédfejlődését hosszú távon is biztosítsa.

A modern technika szerencsére már más megoldást is kínál azokban az esetekben, amikor a hallókészülék nem tud megfelelő kompenzációt nyújtani. A szülők, a győgypedagógusuk és az audiológiai állomás javaslatára tájékozódtak a cochleáris implantáció lehetőségéről. Ezt a műtéti eljárást abban az esetben lehet igényelni, ha a hallókészülék már nem tud segíteni, és a belső fülben, a csigában van a sérülés. Egy beültetett belső és egy ehhez tartozó külső egység összmunkája teszi lehetővé, hogy létrejöhessen a hallásélmény, és ezzel az eszközzel halljanak az arra rászorulóknak. Lili szerencsére minden szempontból alkalmasnak bizonyult a műtetre, így 2 év 4 hónaposan kapott implantátumot.

Jelenleg túl van a harmadik programozáson, és a külső egységet láthatóan nagyon szereti. Hamar elfárad, de már egész nap viseli, és olyan hangokat is meghall, amiket korábban a hallókészülékkel nem tudott. Az édesanya boldogan mesélte, hogy legutóbb felnézett egy fára, amikor meghallotta, hogy csivitel egy kismadár, és megpróbálta utánozni a madárka hangját.

Szerencsére Lili időben hozzájutott a hallókészülékhez, és ezt követően a cochleáris implantáció lehetőségéhez. Még hosszú út áll előtte, de nyelvfejlődése a szülői háttérrel, a segítő szakmai környezettel jó úton halad. Biztató, hogy a környéken van egy óvoda, ahol szívesen fogadják majd, amikor betölti a 3. életévét, így a fejlődéséhez szükséges nyelvi környezet az óvodában is biztosítva lesz.

Lili esete sajnos nem általános. Még mindig vannak olyan gyermekek, akik annak ellenére, hogy hallássérüléssel születtek, csak évekkel később jutnak megfelelő diagnózishoz és szakemberhez. A bevezetésre kerülő UNHS-program reményt adhat arra, hogy néhány év múlva minden újszülött szűrése megtörténik majd, hogy az érintett gyermekek minél előbb hozzájuthassanak a megfelelő diagnózishoz és az azt követő ellátáshoz.

Intellektuális képességzavarban érintett gyermekek

Az intellektuális képességek zavarával kapcsolatos diagnosztikus szemlélet az utóbbi években jelentős fejlődésen ment át. A köztudatban az intelligencia mérési eredményén, diszkrét számadatokon alapuló megközelítését mára egy spektrumszemléletű felfogás vette át, amely az intelligenciavizsgálat eredményén túl egyéb fontos szempontokra is fókuszál, és nem konkrét számértékekhez köti az intellektuális képességek zavarát, illetve annak mértékét.

A *DSM-5 (Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve)* intellektuális képességzavarra vonatkozó kategóriáinak áttekintésekor láthatjuk, hogy az intelligencia mérési eredményén túl jelentős hangsúly helyeződik a kialakult állapot fejlődéses jellegére (tehát a kora gyermekkorban tapasztalt állapotjellemzőkre), valamint a szocioadaptív funkciók minőségére. E hármasszemponrendszer figyelembevételével állítható fel a diagnózis. Az intellektuális képességek zavara és annak mértékének kimondása azonban csak kellő alátámaszthatóság esetén tehető meg, így az 5 éves kor alatti értelmi színvonal megítélésére a „globális fejlődési késés” kategóriát alkalmazza a diagnosztikus rendszer. Épp az intelligencia mérhetőségének bizonytalanságát figyelembe véve alkották meg e kategóriát, a pontos mérés ismétlésének lehetőségével. A mérési pontatlanság elkerülése és a nyomon követhetőség érdekében jelenik meg 5 éves kor felett a „nem meghatározott értelmi fogyatékoság (értelmi fejlődés zavara)” kategória is, ami szintén feltételezi a nyomon követést, a diagnosztikai pontosítást. A *DSM-5* referencia kézikönyve az értelmi fogyatékoságot (az értelmi fejlődés zavara) súlyosság szerint négy kategóriába sorolja: enyhe, mérsékelten súlyos, súlyos, igen súlyos (APA 2014; LÁNYINÉ ENGELMAYER 2017).

Gyakorlati megfontolások

A gyermekekkel való munka során mindvégig elsődleges szempont az egyéni képességjellemzőknek megfelelő, differenciált megközelítés. A gyermeknek a társadalmi részvételle, inklúzióra nem önmaga képességei alapján kell elsődlegesen alkalmassá válnia, a megfelelésségéről „bizonyosságot tennie”, hanem az őt körülvevő környezettel való dinamikát szükséges alkalmassá tenni a befogadásra (a személyi és a tárgyi feltételek optimalizálásával). A gyermek állapotának erősségeire kell támaszkodni, ami kora gyermekkorban, óvodás- és iskoláskorban, de még később is sokat változhat, fejlődhet. Szemléletünkben fontos kialakulnia annak, hogy a gyermek állapotát ne az intellektuális képességein keresztül ítéljük meg elsősorban: tudnunk kell, hogy a szociális funkciók erősítése sokszor fontosabb és a társadalmi részvételt inkább támogató szempont, mint az „akadémikus tudástartalmak” átadása.

A kortárs közösségi létben meghatározó a szokások kialakítása, a nevelési helyzetekben pedig a következetesség és a viselkedésalakítás, melyek arra irányulnak, hogy a gondolkodás rugalmatlanságából adódó helyzeteket gördülékenyebbé tegyünk, a belátás esetleges hiányosságait kompenzáljuk – elsősorban a veszélyhelyzetek elkerülését szem előtt tartva.

A szülőkkal való folyamatos kommunikáció, a nevelés következetes, és az eltérő nevelési környezetben is azonos paraméterek mentén történő tervezése alapvető.

A reális, de optimális jövőkép és tervezés a szülők támogatásának egyik fontos eleme, ami a család és szakemberek együttműködésében valósulhat meg.

Eset

Kristóf Down-szindrómával született kislány. Harmadik – a legfiatalabb gyermek – a családban, egy bátyja és egy nővére van. Családjá nagyon jó stratégiákkal, rugalmasan alkalmazkodott a kicsi szükségleteihez. Kora gyermekkori fejlesztést szakemberek által is igénybe vettek, de a család, különösen az anya szintén rengeteget foglalkozott Kristóffal: tematikusan irányított

játékokat kezdeményeztek, figyeltek a nagy- és finommozgások ügyesítésére, az értelmi képességeket is fejlesztő játékokba, később pedig társasjátékokba vonták be a gyermeket. Nagy teret engedtek az önállóságának, és minden családi és társasági eseményre magukkal vitték.

Kristóf életútját úgy képzelték, hogy legalább az iskolát megelőző időszakban integráló közösségben nevelkedjen, de mindvégig tudatában voltak annak, hogy a fiuk az iskolában egészen más teljesítményre lesz képes, mint a társai. A kortárs csoportbeli jelenlétre nagyon tudatosan igyekeztek felkészíteni gyermeküket; kiemelkedően következetes, mindemellett meleg, szerető, értő gondoskodással vették őt körül.

A befogadó óvoda megtalálása nem volt zökkenőmentes, ám végül sikerült támogató közösséget találni, ahová Kristóf a következetes nevelésnek is köszönhetően, kedves személyiségével be tudott illeszkedni. A jó feladattudatú gyermek képességeinek megfelelően tudott részt venni a kezdeményezett tevékenységekben, és mivel nagyon nyitott közegben, sok gyermekkel körülvéve nevelkedett, a társakkal való játékba hamar bekapcsolódott, egyenrangú résztvevője lett a közösségnek. A szülő-szakember együttműködés intenzív volt, a jó kommunikációs megoldások egyértelműen támogatták az együttnevelést. A fiúcska intellektuális képességzavara a nagycsoportos korában végzett vizsgálatok az enyhe mérték irányába imponált, és ebben jelentős szerepe volt jó szocioadaptív készségeinek.

Összességében Kristóf harmonikus személyiségű, kiegyensúlyozott gyermek, aki közösségi szerepeiben óvodáskorára kiteljesedett. Léte egyediségének tiszteletben tartandó velejárója, de nem elsődleges meghatározója az intellektuális képességeinek zavara.

Autizmus spektrum zavarral érintett gyermekek

Az autizmus spektrum zavar (ASD, autism spectrum disorder) olyan fejlődésneurológiai zavar, amely a központi idegrendszer sérült állapotának a következménye, és amelynek tünetei a társas kommunikáció és a szociális interakciók folyamatosan jelenlévő minőségi eltérései a korai életkortól kezdődően, valamint a viselkedésszervezés területén tapasztalható változatos tünetek (APA 2013).²⁸³

Az ASD megnyilvánulási formái nagyon változatosak, a tüneti kép alakulását a fenti területek mellett az egyén életkora, általános értelmi képességei, személyisége, a különböző környezeti faktorok, a lehetséges társuló sérülések és betegségek szintén befolyásolhatják (BARON-COHEN–BOLTON 2000). Amennyiben az autizmus gyanúja felmerül, érdemes minél előbb szakemberhez (pedagógiai szakszolgálat, gyermekpszichiáter, diagnosztizáló intézmény) irányítani a családot, azonban nem tanácsos véleményt nyilvánítani. Megfelelő eljárás lehet, ha tapintatosan jelezzük, hogy a hatékony fejlesztés és a mindennapok érdekében szükségesnek látunk egy alaposabb kivizsgálást (STEFANIK 2011).

Röviden nézzük meg, melyek azok a tünetek, amelyekre 18–24 hónapos kortól kezdődően érdemes felfigyelnünk! A szociális interakció területén a közös figyelmi viselkedések nem, vagy minőségileg eltérő módon jelennek meg. Hiányozhat a névre adott orientációs válasz, a mutató és tekintetkövetés, a kezdeményező protoimperatív mutató (kérés céljából történő mutató). Az élménymegosztó mutató sérül vagy hiányozhat (CSÁKVÁRI 2009).

A kortárs kapcsolatok kialakításában és fenntartásában hiányosságok fedezhetők fel. A kortársakkal folytatott interakciók során a szereplőváltás, a tárgyak megosztása, a kölcsönös cse-

²⁸³ Lásd még: Egészségügyi szakmai irányelv – Az Autizmusról/Autizmus spektrum zavarokról. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Érvényesség időtartama: 2017. 02. 20. – 2020. 01. 31.) <https://kollegium.aEEK.hu/Download/Download/2330> (Letöltve: 2017. 05 15.)

lekvés és az utánzás az autizmussal élő gyermekek esetében sérülhet. A szociális interakciók a kortársakkal folytatott játék során nagy kihívást jelentenek az autizmussal élő gyermekek számára. A kortársak érzelmi és társas üzeneteinek megértése, a rugalmas tevékenységszervezés károsodása hatást gyakorol a velük folytatott interakciókra; a kapcsolatnak mind a kialakítása, mind a fenntartása is zavart szenvedhet (QUILL 2009).

A kommunikáció területén a kifejező beszéd és a beszédmegértés nehezített voltára figyelhetünk fel: a szókincs fejlődése megtorpanhat, előfordulhat regresszió. Az ASD-vel érintett gyermekek nincsenek birtokában a beszéd hiányát kiegészítő kompenzáló alternatív kommunikációs stratégiáknak (GYÓRI 2012). Azoknál, akiknél megjelenik a beszéd, előfordulhat echolália (a hallott dolgok megismétlése) vagy sztereotípiák (ugyanarról a témáról való folyamatos beszéd). Feltűnhetnek olyan viselkedésformák, amelyek a rugalmas viselkedésszervezés és gondolkodás eltérő fejlődésére utalhatnak, mint például a korlátozott érdeklődés, az állandósághoz való ragaszkodás, a fokozott érdeklődés a tárgyak nem funkcionális részei iránt vagy szokatlan szenzoros érdeklődés.

Ezt az állapotot tehát egy spektrum mentén képzelhetjük el, ahol heterogén okok állhatnak a változatos formában megjelenő viselkedéses tünetek hátterében. A genetikai faktor megléte egyértelműnek mondható; emellett a zavar kialakulásában számos környezeti faktor (koraszülöttség, idősebb szülői életkor stb.) szerepét még kutatják (RUTTER 2007; GYÓRI 2012). A heterogén genetikai mechanizmusok következtében atipikus agyi mintázatok (a prefrontális kéreg, a mediális temporális lebeny, a kisagy érintettségét jelző megnyilvánulások) alakulnak ki, s ezek a kialakuló neurobiológiai problémák eredményezik a kognitív működések sérülését (naiv tudatelmélet, centrális koherencia, végrehajtó működés), ami a viselkedéses tünetek kialakulásához vezet (GYÓRI 2003; 2012).

Nagyon fontos tény, hogy eddigi tudásunk alapján nincs egyetlen egy olyan bevált „csodamódszer” sem, amely minden esetben hatékonyan bizonyulna az autizmussal élő kisgyermekek esetében. Az autizmus spektrum zavar természetét és sajátosságait figyelembe véve mindenképpen az egyéni igényekhez adaptált, komprehenzív beavatkozásra van szükség, azaz olyan beavatkozásra, amely integrálja a modern, viselkedéses és fejlődési megközelítést minden életkorra és fejlődési területre kiterjedően, széles körű és átfogó keretet biztosítva az egyénre szabott pszichoedukáció érdekében (QUILL 2009).²⁸⁴

Gyakorlati megfontolások

Az autizmus spektrum zavar komplexitása miatt specifikus edukáció, hatékony és felelősségteljes beavatkozás megtervezése és kivitelezése szükséges. A beavatkozás kiindulópontja az autizmus spektrum zavarról való tudás: az autizmus természetével kapcsolatos evidenciák, valamint az autizmussal élő személy nézőpontjának elfogadása mellett az etikai szempontok messzemenő figyelembevételre. A felderített kognitív elméletek nemcsak a fejlődési zavarra jellemző viselkedéses képet magyarázzák, hanem a beavatkozásra is hatást gyakorolnak (ŐSZI T.-NÉ 2008).

A gyakorlat alapja, hogy meg kell teremteni az érzelmileg biztonságos, bejósolható közeget, ami megfelel az autizmus spektrum zavar sajátosságainak, valamint az autizmussal élő ember speciális, egyéni szükségleteinek. „24 órás” autizmusbarát környezetnek tekintjük az események előreláthatósága mellett a pedagógusok, a családtagok és a kortársak kiszámítható viselkedését, adaptált kommunikációját, az egyértelmű és következetes elvárásokat, a gyermek szá-

²⁸⁴ Lásd még: Egészségügyi szakmai irányelv – Az Autizmusról/Autizmus spektrum zavarokról. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Érvényesség időtartama: 2017. 02. 20. – 2020. 01. 31.) <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/2330> (Letöltve: 2017. 05 15.)

mára értelmes és élvezetes tevékenységeket, valamint a meleg, szeretetteljes, értő és elfogadó légkört (STEFANIK 2004). A nevelésben hosszabb távon a gyermek és a családja szükségleteit vesszük alapul, és a gyermek erősségeit kiaknázó, a nehézségeit is figyelembe vevő célokat valósítunk meg.

Az úgynevezett strukturált tanítás révén az egyén készségeit, lehetőségeit szem előtt tartva törekszünk a környezet érthetőbbé és az egyéni szükségleteknek megfelelőbbé tételére. (MESIBOV–SHEA–SCHOPLER 2008). A strukturált tanítás magában foglalja a strukturált, biztonságos fizikai környezetet, a tevékenységek bejósolható sorrendjét, ahol a feladatokat és elvárásokat a szóbeli mellett gyakran vizuális közvetítéssel jelenítjük meg (például napirend, folyamatábrák, önmagukért beszélő feladatok). Ez a környezet támogatást nyújt az érzelmi biztonság kialakulásához, a problémás viselkedések megelőzéséhez és az önállóság fejlődéséhez, ezzel hozzájárulva a gyermek és családja pszichológiai jóllétéhez (PEETERS 2007; STEFANIK 2004). A vizuális támogatás használatának megtanítása számukra a megértés kulcsa, ami nem a végcél, hanem a kiindulópont ahhoz, hogy egy autizmussal élő gyermek fejlesztését megkezdhessük, minél nagyobb önállóságot adva neki (PEETERS 2007).

A személyi és tárgyi környezet kiszámíthatóvá tételével, a biztonságos közeg megteremtésével a stressz megelőzhető, illetve csökkenthető. A protetikussal, akadálymentes/autizmusbarát közeg érthetővé teszi gyermek számára a környezetet. A strukturált oktatás magában foglalja a *tér-idő szervezést* (amelynek során az események helyszínét és időtartamát láthatóvá tesszük), a *napirendet* (ami a Hol? és a Milyen sorrendben? kérdésekre ad választ), a *munkarendet és a munkaszervezést* (amely megmondja, hogy a feladatot meddig, milyen sorrendben és hogyan kell elvégezni), valamint az *egyéb vizuális segítségeket* (például „külső forgatókönyvek”, folyamatábrák). Mindezek megfelelő támogatást nyújtanak az érzelmi biztonság kialakulásához és a problémás viselkedések megelőzéséhez (PEETERS 2007; STEFANIK 2004).

A strukturált környezet és a vizuális támogatás mellett a pedagógusok kiszámítható viselkedése, a gyermeknek közvetített egyértelmű és következetes elvárások, és a meleg, szeretetteljes légkör is segítik a kommunikációs és társas megértési problémák enyhítését (STEFANIK 2004). A vizuális támogatás megoldást nyújt a kommunikációs és a szociális sérülés mellett a viselkedésszervezés, a cselekvések megszervezésének nehézségeire is, egyrészt a vizuálisan támogatott viselkedési algoritmusok, másrészt pedig a zárt végű, önmagukért beszélő feladatok segítségével. Az augmentatív és alternatív kommunikációs eszközök használata szintén rendkívül fontos a szociális és a kommunikációs készségek tanítása során. A bemutatott eszközök és módszerek hatékony segítséget nyújtanak ahhoz, hogy az autizmussal élő emberek jobban megértsék a világot, hogy kisebb frusztrációt megélve kompetensek lehessenek a mindennapokban, de ahhoz is, hogy mi mélyebben megérthessük őket (STEFANIK 2004).

A család, a szülők bevonása a fejlesztésbe, a szoros együttműködés is részét kell, hogy képezze a hatékony beavatkozásnak, többek közt azért, mert a gyermekek segítség nélkül sokszor nem általánosítják az egyik helyzetben megszerzett tudásukat egy másik kontextusban (VOLKMAR–WIESNER 2013). A célzott fejlesztés területei: a kommunikációs és szociális készségek és viselkedések, valamint az önállóság (beleértve az önkiszolgálást, a szabadidőt; JORDAN 2007). A korai életkorban hangsúlyos még a megismerőfunkciók, a kognitív képességek fejlesztése is (STEFANIK 2004). A konkrét tartalmakat a szakember megfigyelései, a célzott formális-informális felméréseiből származó adatai, valamint a család prioritása, nem kevésbé az autizmussal élő ember egyéni szükségletei határozzák meg (STEFANIK–ŐSZI T.-NÉ 2013).

Eset

Levente 2 és fél éves, néhány szava van (kérek, nem, buborék, autó, „Vigyázz! Kész! Rajt!”). Ugyan kommunikációs céllal is használja ezeket, kívánságait azonban az „itt és most” helyzetekben jellemzően csak a viselkedésével közvetíti a környezete számára (a felnőttek kezét vezeti a kívánt tárgyhoz, tárgyakat átad kérés céljából – üres poharat, ha szomjas, vagy kiürült kekszes zacskót, ha kekszet szeretne). A szülei felkeresték a pedagógiai szakszolgálatot, ahol a szakemberek a szűrést követően továbbírányították a családot a szakértői bizottsághoz. A diagnosztikus kivizsgálással párhuzamosan a kisfiú bölcsődei integrációjának előkészítése is megkezdődött.

A szakemberek Levente kommunikációs viselkedéseit megerősítették, miközben új készségeket is tanítottak a kisfiú számára. Készítettek egy konkrét tárgyakat is tartalmazó „választó táblát”, amely azokat a dolgokat tartalmazta, amiket a kisfiú kérni szokott (műanyag pohár, finomságok kiürült tartója, kedvenc játékok képei, amiket nem ér el). Ezen tárgyak, képek átadásával Levente hozzájuthatott a kívánt dolgokhoz.

A kisfiú számára az is nehézséget okozott, ha játékát megzavarták, vagy ha tevékenységváltásra került sor. Nagyon megviselte, ha délután nem az a felnőtt jött érte, akivel reggel érkezett a bölcsődébe. Ennek a nehézségnek az áthidalását az érzelmileg biztonságot nyújtó környezet kialakítása jelentette. Leventét a különböző tevékenységek során megtanították arra, hogy van egy utolsó eleme vagy lépése a feladatnak, és ezt követően vége az eseménynek. Az „utolsó” és „vége” szavakat gesztussal is kísérték. Ezáltal felkészült a következő eseményre, amit a szakemberek konkrét tárgyakkal is előre jeleztek, így bejósolhatóvá tették: a kanál jelezte az étkezés idejét, a pelenka a WC-re ülést, a kispárna a délutáni alvást, a cipő az öltözést az udvarra menettel előtt. Így Levente megtanulta, hogy hol és mit kell csinálnia, és sokkal együttműködőbb lett. Azt, hogy kivel fog hazamenni, úgy jelezték számára a bölcsődében, hogy a szülővel együttműködve kihelyezték az ajtóra egy járműképet (attól függően, hogy busszal, villamossal vagy autóval utaztak), és erre ragasztották rá az édesapja vagy az édesanyja fotóját.

Levente számára nehézséget jelentett, hogy étkezési helyzetben leüljön az asztalhoz. A kisgyermeknevelők megfigyelhették, hogy kizárólag almalevet ivott és főtt tésztát evett. Az új ételek megkóstolása nehézséget okozott neki, szenzorosan zavarta őt. A kanállal való előrejelzés és az étkezőkocsi betolása azonban már kiszámíthatóvá tette számára, hogy mi fog következni. A bölcsődei csoportban fotójával jelzett, állandó helyet alakítottak ki Leventének az asztal végén, hogy ne zavarja őt kortársainak közelsége. A biztonságos környezet lehetővé tette, hogy megkezdődhessen az új ételekkel való ismerkedés: minden étkezési helyzetben először egy kanállal kóstolt az új ételből; ezt előre jelezték neki egy kanál képével és az ebéd fotója segítségével. Az almalevet fokozatosan vízzel kezdték hígítani, azzal a céllal, hogy egyre kevesebb cukros italt igyon.

A kisfiú játékára jellemző volt, hogy szívesen játszott kisautókkal, ezeket a szoba egyik sarkából a másikba gurította, majd ha minden jármű az új kupacba került, kezdődött minden előlről, de ha valaki megmozdított egy autót, sírni kezdett. Szívesen futkározott a csoportszobában, miközben egy-egy pillanatra megállt, és a „Vigyázz! Kész! Rajt!” felkiáltással újraindult. A vizuális előrejelzés segítségével új szabadidős tevékenységeket kezdtek bevezetni számára a szakemberek, emellett az autók funkció szerint való használata is célként jelent meg: egy terepasztal adott helyet az autók tologatásának, és vonatokat is kapott. Ezt követően építmények is megjelentek (kockákból épült parkolók, autómosó). A futkározás helyét és idejét szintén keretezték: amikor a műanyag bóják a szőnyegen voltak, lehetett futkározni, a játék végét pedig egy vizuális óra jelezte.

Egyéb pszichés fejlődési zavar – ADHD

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD, attention deficit hyperactivity disorder) a leggyakrabban előforduló és a leginkább kutatott gyermek- és serdülőkori pszichiátriai zavar: előfordulási gyakorisága a legújabb vizsgálatok szerint 5% körül mozog (WILLCUTT 2012). A zavar befolyásolja a gyermek kognitív, emocionális és szociális fejlődését, és megfelelő támogatás nélkül növeli a társuló kórképek előfordulását gyermek- és felnőttkorban. Mindennek következtében kiemelt szerepet tulajdonítunk a korai felismerésnek és a fejlesztésnek, továbbá a közeli érintett szülők/nevelők támogatásának. Mindkét kritériumrendszer, így a *DSM-5* (APA 2013) és a *BNO-10*²⁸⁵ a következő diagnosztikai kritériumokat emeli ki: impulzivitás, figyelemzavar és motoros nyugtalanság. Ezek a tünetek ugyanakkor a 0–10 éves korosztályban fejlődési jellemzőként is megtalálhatók, így a diagnosztikai kategória felállításában a tünetek életkorhoz viszonyított súlyossága a meghatározó, továbbá a kritériumrendszerben meghatározott tünetek előfordulása és együttes előfordulása szükséges.

A vonatkozó Egészségügyi szakmai irányelv²⁸⁶ részletesen bemutatja, hogy a vezető tünetek közül hány kritérium fennállása szükséges. A klasszifikációs rendszerek közül a *DSM-5* 12 éves, míg a *BNO-10* hét éves kor előtt jelöli a tünetek megjelenését, de az empirikus tapasztalatok alapján ennél jóval korábbi életkorban is kimutathatók. Gyakran már az első életévben tapasztalhatók a viselkedéses jellemzők, a fejlődési eltérések. Rizikófaktort jelentenek a pre- és perinatális ártalom, a szülési komplikációk, az alacsony születési súly. A családi halmozódás és a nem szintén befolyásoló tényező lehet, éspedig a következőképpen: a fiú-lány arány 3:1, de az orvoshoz fordulóknál még ennél is magasabb. A fejlődési jellemzők közül az atípusos mozgásfejlődés már a korai életszakaszban megnyilvánul, egyrészt az egyes élettani nagymozgások megjelenésének a sorrendje és/vagy kimaradása (a kúszás és/vagy mászás), másrészt a mozgásszabályozás szintjének éretlensége jelezhet (természetesen az életkorhoz viszonyítva). A motoros tünetek elsősorban a kéz finommozgásai és az egyensúlyozás területén mutathatók ki (PIEK et al. 1999; F. FÖLDI 2005). A finommotorikában a kontralaterális kényszermozgások jelentősek, vagyis az ellenoldali testfél gátlása mutat elmaradást (SHAW 2005).

Az ADHD-s gyermekek a mozgás sebességének tekintetében nem mutatnak eltérést a kortársaikhoz képest, csak azokban az esetekben, amikor a mozgás pontossága, illetve célvezérelt cselekvések szükségesek a feladat végrehajtásához.

Óvodáskorban az egyszerű társas szabályok betartása és a mozgáskoordináció elmaradása okoz problémákat, ami szükségszerűen a társakkal és a pedagógusokkal való konfliktusban fejeződik ki. A koordináció éretlensége miatt a motoros cselekvések következményeinek bizonytalansága balesetveszélyt és belső feszültséget, frusztrációt vált ki az ADHD-s a gyermekből, ez pedig magatartási zavarként nyilvánul meg. A tüneti megjelenés a környezet adaptív magatartásának függvényében változhat.

Gyakorlati megfontolások

A korai tünetek miatt általában már a bölcsődében, óvodában jelzik a tipikus fejlődéstől való eltérést. A szülőknek az első jelzést a gyermekorvos, a védőnő adhatja, mégpedig az alvás-ébredés, a táplálkozás, az ürítési funkciók megfelelő ritmusának kialakításával kapcsolatban (az ADHD-s

²⁸⁵ A BNO az egészségügyben használt, a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer rövidítése.

²⁸⁶ Egészségügyi szakmai irányelv – A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórmészéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek-, serdülő- és felnőttkorban. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Érvényes: 2018. december 31-ig.) <https://kollegium.aek.hu/Download/Download/2273> (Letöltve: 2017. 07. 20.)

gyermekeknél a biológiai funkciók szabályozása éretlen). Felhívhatják a figyelmet az ölbéli játékok, lovagoltatók, ringatók, höcöggetők szerepére a taktilis és kinezttikus²⁸⁷ ingerlésben. A második életévben, a helyváltoztató mozgások gyors fejlődésével a biztonságos környezet kialakítására helyeződik a hangsúly, amelyben lehetőség nyílik a cselekvések következményeinek kipróbálására. Óvodáskorban pedig egyértelműen a legfontosabb az idegrendszeri érést támogató mozgásfejlesztés előtérbe helyezése, illetve a viselkedési szabályok konzekvens betartatása.

Emellett szükség van a szülők megtámogatására is, mert az ADHD-s tüneteket mutató gyermekek szülei gyakran elbizonytalanodnak szülői kompetenciájukban, ingerültté válhatnak, ami jelentősen rontja a szülő-gyermek kapcsolatot. A mentálhigiénés támogatásnak feladata, hogy kompetensnek érezzék magukat a gyermek problémájának kezelésében, és szerető következetességgel tudjanak viszonyulni hozzá. Hasznos a nekik nyújtott tanácsadás, ami hozzájárul a gyermek képességeinek és nehézségeinek objektív megismertetéséhez, és segíti őket, hogy tisztában legyenek egyrészt a gyermek problémáival és az adott életkorban elvárható viselkedéssel, másrészt azzal, hogy milyen lehetséges oka van az átlagostól eltérőnek mondható viselkedésnek. Hatékony nevelési technikák átadásával, egyénre/családra szabott tanácsadással előmozdítható a szülő és a gyermek közötti kommunikáció is.

Eset

Botond, az 5 éves kislány viselkedési problémái miatt került vizsgálatra. Az anamnéziséből rizikófaktorok jelentő adat derült ki: császármetszéssel született a szívhang csökkenése miatt, a köldökzsinór pedig a nyakára tekeredett. A mozgásfejlődésben a hossz tengely körüli fordulat 3 hónapos korában következett be, a kúszás rövid ideig tartott, a mászás rendben zajlott. Járnivaló egy éves kora körül kezdett. Már akkor jellemző volt rá a félelemérzet hiánya, a veszélyes cselekvések és a gyenge mozgáskoordináció. A vizsgálat során számos területen mutatott idegrendszeri éretlenséget. Botond jobbkezes, de balszemű. A bilaterális integráció kialakulatlan. Az ujjak sorba, egymás utáni érintése nem kellően differenciált, az ellenoldalon kényszerartatás és kényszermozgás látható. Mindez a gátlási folyamatok éretlenségére utal. Nagymozgásokban: ellentétes kar-láblendítésnél azonos oldalon lendít; a bilaterális integráció kialakulatlan. Testsémája nem alakult. A vizuális konstrukció és memória az adott életkorban gyengének mondható. A grafo-motoros működés jelentős elmaradást mutat. Feltételezhető, hogy a fiúcska érzékeli saját gyengeségeit, mert a feladatok végrehajtása nehézséget okoz számára, de mindezt a nehézséget a helyzetből való kilépéssel, ötleteléssel („Figyeld, ezt is tudom!”) vagy agresszióval reagálja le. Az átlagos képességű gyermekhez képest több területen is elmaradás tapasztalható: a motoros képességek szabályozásában, valamint a vizuális és a verbális területen is.

Botond fejlesztését több területen is célszerű volt beindítani. A szakember alapozó terápiát javasolt számára, labdás modulokkal. Emellett szülői tanácsadás keretében tisztázták a következő elvárások szerepét, mivel a vizsgálat során az volt tapasztalható, hogy a gyermekük helyett a szülők próbálták a vizsgálati feladatokat megoldani, illetve a kislány helyzetből való kilépését (bohóckodás, ötletelés) nem tudták megfelelően kezelni.

²⁸⁷ Kinezttikus észlelés: a saját test helyzetének, mozgásának észlelése.

Beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézség

A beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel (BTMN) küzdő gyermekek a különleges bánásmódot igénylő gyermekek egyik csoportját alkotják, akik a hazai köznevelési rendszerben többlétszolgáltatásra, fejlesztő foglalkoztatásra jogosultak. A 2011. évi köznevelési törvény 4. § (3) bekezdésének meghatározása alapján ezek a gyermekek az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, tanulási és magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek; mind a közösségbe való beilleszkedésük, mind személyiségfejlődésük nehezített és sajátos tendenciákat mutat, azonban a gyermekeknek ez a csoportja nem minősül sajátos nevelési igényűnek. A beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézség megállapítására, ellátása módjának, formájának és helyének, valamint a fejlesztendő területek meghatározására a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága jogosult.

A gyermek intézménye a szakvéleményben foglaltak alapján köteles megszervezni a fejlesztő foglalkoztatását, ami vagy nevelési tanácsadás, vagy óvodai nevelés keretében valósítható meg. Mindez azt jelenti, hogy amennyiben az óvoda nem rendelkezik megfelelő végzettségű szakemberrel, abban az esetben a pedagógiai szakszolgálat szakemberei látják el a gyermek fejlesztését.

Gyakorlati megfontolások

A tanulási nehézség előjelei – egy-egy részképesség-gyengeség formájában – már óvodáskorban is megmutatkoznak. Mivel ezek egy része az életkor előrehaladtával nem rendeződik, alapját képezheti az iskolai tanulási nehézségeknek, esetleg zavaroknak. Amennyiben a rizikótényezőket, a lemaradást időben észleli az óvodapedagógus és/vagy a szülő, akkor az még iskolába lépés előtt nagy eséllyel korrigálható. Figyelmeztető jel lehet, ha a gyermeknek rendezetlen, bizonytalan a mozgása, ha a dominanciája kialakulatlan, ha nem tudja követni a mozgásokra vonatkozó utasításokat (még akkor sem, ha bemutatják neki), ha figyelmetlen, ha rossz a ceruzafogása, ha rajzai kuszák, rendezetlenek, esetleg a rajzolás el is utasítja, illetve ha beszédértési- és kifejezésbeli problémái vannak. Az észlelési és mozgási, (úgynevezett szenzomotoros) képességeinek fejlesztésével, ingergazdag környezet biztosításával a legtöbb esetben megelőzhető a tanulási nehézség kialakulása, vagy csökkenthető annak súlyossága (GYARMATHY 1998).

Elsősorban az óvodapedagógus feladata felhívni a szülő figyelmét a problémára, lehetővé téve ezzel, hogy a gyermek minél korábbi életkorban hozzájusson a megfelelő ellátáshoz. Az 5 éves korban történő szűrővizsgálatok szintén a részképesség-gyengeségek és -zavarok idejében történő felismerését szolgálják. Ilyenek például a DIFER-vizsgálat,²⁸⁸ illetve a pedagógiai szakszolgálati rendelet által is előírt komplex nyelvi szűrővizsgálat, amelyet logopédusok végeznek el. [...]

Gyakori, hogy a szociokulturálisan hátrányos helyzetű gyermekek a tanulási nehézség tüneteit mutatják, holott nehézségeiket általában a kulturális elmaradottság okozza. Természetesen ők is fejlesztést igényelnek, hiszen az óvodapedagógus sokat tehet azért, hogy a hátrányaikat ledolgozhasák. Az ebbe a csoportba tartozó, ám igen jó képességű, magas intelligenciával rendelkező gyermekek szintén problémát jelenhetnek, mert általában megfelelő technikáik vannak hiányosságaik elfedésére. Ezeknél a gyermekeknél már az egészen apró jeleket (például nem szeret rajzolni, rossz a mozgása, figyelmetlen) komolyan kell venni (GYARMATHY 1998).

²⁸⁸ A DIFER (Diagnosztikus Fejlődésvizsgáló Rendszer) az iskolai előrehaladás szempontjából fontos alapkészségek (például írásmozgás-koordináció, beszédhallgatás, tapasztalati következtetés stb.) mérésére szolgáló tesztrendszer.

A beilleszkedési és magatartási nehézségek esetén is igen nehéz a problémák pontos körülhatárolása, hiszen a gyermekek a fejlődés korai szakaszában folyamatosan változnak. Általánosságban mégis azt mondhatjuk, hogy olyan viselkedésformák tartoznak ide, amelyek a felnőttek számára nem elfogadhatók, és/vagy nem tudják kezelni azokat. Fontos megjegyeznünk, hogy mindig szem előtt kell tartani, vajon átmeneti vagy tartós problémáról van-e szó, hiszen gyakori, hogy a gyermekek a környezetükben történt változásokra valamilyen magatartási problémával reagálnak. A hatékony kezelés és megoldás érdekében a szülővel közösen fel kell tárni a magatartási probléma mögött húzódó okokat, és segíteni kell nekik a változtatásban. Amennyiben a gyermek a bölcsődei, óvodai közösségbe nem tud beilleszkedni, vagy a társadalmi és együttélési szabályokat folyamatosan megszegi, rendszeresen és akarattal fájdalmat okoz másoknak, illetve nem az életkorának megfelelően viselkedik, akkor szakember segítségét kell kérni.

Ha a gyermek az intézményben viselkedik „másképp”, akkor a problémát természetesen ott kell orvosolni. A szülőktől nem várható el, hogy otthon oldják meg a bölcsődében, óvodában megtörtént aktuális konfliktusokat. A gyermekek ebben az életkorban egy-egy helyzetmegoldását csak az adott szituációban képesek megérteni, ezért a büntetésnek, avagy a helyes viselkedés megerősítésének csak „ott és akkor” van értelme.

A fejlesztésben a következő területek játszanak jelentős szerepet: testséma-észlelés, téri irányok észlelése, egyensúlyérzék, látási-, hallási-, tapintási észlelés, téri-, és időbeli tájékozódás (GYARMATHY 1998).

Eset

Danika 3 és fél éves, szülei az óvoda javaslatára kérték a vizsgálatát. A kisfiú második, problémamentes várandósságot követően, a 41. héten 3000 g-mal, 49 cm-rel született. A szülés elhúzódó volt, végül többórás vajúdás után az orvosok a császármetszés mellett döntöttek. A születés után azonnal felsírt. Sárgaság miatt kétfénykezelést kapott. Mozgásfejlődése rendben zajlott. Első szavait másfél évesen mondta. Még most is „babanyelvet” használ, mondatokban nem beszél. Éjszaka nem szobatiszta, encopresis is gyakran előfordul. Bölcsődébe mindössze 2 hétig járt, mivel az édesanyjáról nem akart leválni, nem sikerült beszoktatni. Éppen ezért a szülők nagyon tartottak az óvodától, de meglepetésükre az óvodai beilleszkedés zökkenőmentesen zajlott. Az édesanya elmondása szerint otthon jó kedélyű, de nehezen kezelhető, dacos kisfiú. Jelenleg a nevelőapával együtt nevelik. Szeretnék, ha megoldódna a szobatisztasága, illetve az otthoni magatartásproblémák kezelésében is tanácsot kérnek. A gyógypedagógiai vizsgálat során kiderült, hogy feladatértése nehezített, az utasításokat nem érti meg. Figyelme gyorsan elterelődik, állandó verbális megerősítésre van szükség. Elmaradások tapasztalhatók a mozgáskoordináció, a finommotorika, a kifejező beszéd és az auditív emlékezet területén. Általános ismeretei, vizuális emlékezete és mennyiségi ismeretei megfelelőek. Az intelligenciavizsgálat alapján képességei az átlagos övezetbe tartoznak.

A pedagógiai szakszolgálat szakemberei megállapították, hogy Danika beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzd. Javasolták, hogy részesüljön gyógypedagógiai fejlesztésben, valamint logopédiai terápiában, egyúttal a családot pszichológiai gondozásba is vették. Egy év múlva a kisfiú szobatisztasága megoldódott, nagymozgásai és finommotorikája lényegesen javultak. Logopédiai kezelése az iskolába lépéséig folytatódott.

Az integrált gondozás, nevelés előnye

A bölcsődékben, óvodában ma már teljesen általános, hogy a sajátos nevelési igényű, testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, több fogyatékoság esetén halmozottan fogyatékos vagy a pszichés fejlődés zavarai miatt a tanulási folyamatban tartósan akadályozott gyermekek együtt nevelkednek ép kortársaikkal.

A sérülés jellegének és súlyosságának megállapítása a megyei és országos szakértői bizottságok feladata. A gyógypedagógusokból, pszichológusokból és orvosokból álló team feladata többek között annak eldöntése, hogy a gyermek állapotának megfelelő oktatását és nevelését mely intézménytípusban tudják biztosítani leginkább. Ők határozzák meg a fejlesztés formáját, időkeretét és a szükséges szakember-ellátottságot is. Fontos továbbá, hogy csak olyan intézményt jelölhetnek ki a gyermek számára, amelynek az alapító okiratában szerepel, hogy az adott feladatot vállalja, tehát rendelkezik a sérüléskezelésének megfelelő feltételeivel.

Az integrációnak több szintje létezik. Lokális integrációról beszélünk, amennyiben a sajátos nevelési igényű gyermekek fejlesztése közös épületben folyik ép társaikkal, de nincs közöttük kapcsolat. Ez a forma egyre ritkábban fordul elő a gyakorlatban, sokkal gyakoribb a szociális integráció, amikor a sérült gyermekek külön csoportba járnak ugyan, de a foglalkozáson kívüli időben, például étkezéskor vagy az udvaron együtt vannak ép társaikkal. Ez a forma inkább az óvodákra jellemző, a bölcsődékben általában együtt nevelkednek. A teljes integráció akkor valósul meg, ha a sajátos nevelési igényű gyermek minden idejét együtt tölti ép társaival (CSÁNYI 1993; 2007). Az inklúzió (befogadás) azt jelenti, hogy a befogadott sérült gyermek nemcsak jelen van, hanem a közösség szerves része, van saját szerepe, kompetenciája, ugyanúgy, mint bármelyik társának a csoporton belül. A pedagógusok nevelő-oktató tevékenységében kiemelt szerephez jut az egyéni fejlettséget figyelembe vevő differenciálás, a minden egyes gyermek egyedi igényeihez, szükségleteihez való igazodás.

A befogadó intézménynek olyan környezettel kell rendelkeznie, amely a sérült gyermek igényeinek megfelel, például mozgás- vagy látássérült gyermek esetén elengedhetetlen feltétel az akadálymentesítés. A pedagógiai programban rögzítenie kell a sérülésspecifikus elemeket, eszközöket, és meg kell határoznia azokat a segítő és fejlesztő eljárásokat, amelyek az eredményes integrálást biztosítják. További kulcsfontosságú feltétel a megfelelő szakemberrel való ellátottság biztosítása, ami egyrészt saját szakember alkalmazásával, másrészt a gyógypedagógiai módszertani központok által működtetett utazó gyógypedagógusi hálózat által biztosítható a gyermek számára. Ilyen szempontból nagyon fontos szerepet töltenek be az utazó szakemberek, hiszen nem elvárható, hogy minden óvodának legyen például hallássérültek pedagógiája vagy látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusa (szurdopedagógus, tiflopedagógus), akik az oda járó hallássérült vagy látássérült gyermekek fejlesztését végzik. Mivel ezek a szakemberek helyben, a saját intézményében látják el a gyermeket, nem a szülőnek kell őt utaztatnia a szükséges fejlesztésekért (KÖPATAKINÉ MÉSZÁROS–SALNÉ LENGYEL 2002).

A bölcsődébe járó sérült gyermekek korai fejlesztésben részesülnek. Ennek biztosítása a helyileg illetékes járási vagy kerületi pedagógiai szakszolgálat feladata. Amennyiben a szülő nem tudja megoldani, hogy gyermekét a pedagógiai szakszolgálathoz vigye fejlesztő foglalkozásokra, akkor a pedagógiai szakszolgálat szakemberi, illetve a fenntartó által alkalmazott szakemberek a bölcsődében látják el a gyermeket.

Gyakorlati megfontolások

A sajátos nevelési igényű gyermekek integrációja a sérült és az ép gyermekek számára is előnyökkel jár. Az integrált gyermekek társas viselkedése megváltozik, mert különböző magatartási

formákat, mintákat látnak maguk előtt, és konfliktuskezelő stratégiákat sajátítanak el, s ezeket az ép közegben könnyebben be is tudják tartani. Fontos továbbá, hogy egy védett környezetben megtapasztalhatják, hogy ők „mások”, mint a többiek – az ép gyermekek pedig megtanulják elfogadni ezt a „máságot”, erősödik a toleranciájuk, és általában segítőkészebbek lesznek.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a sikeres integrációhoz, illetve inklúzióhoz nem pusztán az előírásoknak megfelelő tárgyi feltételekre és megfelelő szakemberekre van szükség. A bölcsődében és óvodában dolgozó felnőtteknek szintén felkészültnek kell lenniük ahhoz, hogy a sérült gyermekekkel nap mint nap foglalkozzanak. Általánosságban sajnos elmondható, hogy a többségi intézmények pedagógusai jelenleg szakmailag nincsenek felkészülve a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelésére, oktatására (KŐPATAKINÉ MÉSZÁROS–SALNÉ LENGYEL 2002). Nagyon sokat lendíthet a különböző továbbképzéseken való részvétel, a gyakorlati tapasztalat mégis azt mutatja, hogy a legtöbb segítséget a gyermek fejlesztését végző szakemberektől kaphatják a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok. Az együttműködés formáját mindig az adott helyzet határozza meg, emellett nagy jelentősége van annak is, hogy a fejlesztő szakemberek egyaránt nyitottak a pedagógusokkal és a szülőkkel való konzultációra. Mivel a szülők kulcsfontosságú szerepet töltenek be a gyermek életében, őket is – amennyire a lehetőségek engedik – szükséges bevonnunk a fejlesztéssel és a mindennapi problémákkal kapcsolatos döntésekbe. Ahhoz, hogy az integráció sikeres legyen, minden szereplőnek szorosan együtt kell működni: a gyermeknek, a szülőnek és a pedagógusoknak is.

Eset

Zolika szüleinek ötödik gyermekeként Down-szindrómával született. A szülők tudtak a problémáról, ennek ellenére elutasították a terhesség megszakítását. A kislány a kezdetektől részesült korai fejlesztésben: a pedagógiai szakszolgálat gyógytornásza és gyógypedagógusa foglalkozott vele. Két és fél éves korától logopédiai kezelést is kapott. Az édesanyjával együtt mindemellett folyamatosan részt vettek a baba-mama játszótér foglalkozásain, így a kortársaival együtt cseperedhetett. Amikorra 3 éves lett, már rövid mondatokban ki tudta fejezni magát, és szobatisztasága is kialakulóban volt. Önállóság és önkiszolgálás terén semmiféle elmaradás nem volt tapasztalható a kortársaihoz képest. A megyei szakértői bizottság az integrált nevelés-oktatás mellett döntött. A baba-mama játszótérbe járó szülők nagyon örültek, hogy Zolika is együtt mehet a gyermekekkel óvodába. A szakemberek segítettek az édesanyjának és az édesapának az intézmény kiválasztásában. Fontos szempont volt, hogy olyan óvodapedagógusokat keressenek, akik szívesen vállalják, hogy Zolika a sérülése ellenére az ő csoportjukba járjon. A kislány beilleszkedése problémamentesen zajlott, ami feltételezhetően annak is köszönhető volt, hogy néhány óvodatársával éveken keresztül együtt járt a baba-mama foglalkozásokra. A szülők szintén sokat segítettek a kislány elfogadásában, hiszen akik még nem ismerték, eleinte aggódtak, hogy az együttnevelés milyen hatással lesz az ő gyermekükre. A kislány szívesen járt óvodába; a felnőttek és a gyermekek egyaránt elfogadták, segítették. Jelenleg szegregált iskolába jár, mert a településen nem volt megoldható, hogy ép társaival együtt tanuljon tovább.

FELISMERÉS ÉS TÁMOGATÁS – A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓRÓL

GYÍRKIS Á. – KERÉKI J. – KOMLÓSI V. – RÓZSÁNÉ CZIGÁNY E. (2019): *Felismerés és támogatás – a kora gyermekkori intervencióról*. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 78–86. p.

5.3. Amit már a beszoktatáskor is tudni kell

A szakértői vélemény birtokában a bölcsődei napi nevelés-gondozás folyamatát *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja*²⁸⁹ és a bölcsődei módszertani levelek, míg az óvodás életkorú sajátos nevelési igényű gyermekekkel való foglalkozást a *Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve*²⁹⁰ segíti. E dokumentumok ismerete is hozzásegíti a gyermekkel foglalkozó nem gyógypedagógus szakembert ahhoz, hogy az egyes sérüléstípus és súlyossági fok esetében megfelelő módon tájékozódjon az adott életkorban elvárható követelményekről. Mindig szem előtt kell tartanunk, hogy a sérült gyermek számára biztosítsuk a lassúbb ütemű fejlődést, ezzel is támogatva gyógypedagógiai fejlesztésüket. Ugyanakkor elengedhetetlen, hogy a szülőn kívül attól a gyógypedagógustól is tájékozódjunk, aki az intézményben heti rendszerességgel a gyermek korai fejlesztését végzi, hiszen a sérült gyermekek közül is mindegyik más, egyéni sajátosságokkal és szükségletekkel.

5.3.1. A látás eltérő fejlődése/látássérülés

A látássérült gyermek fogadását megelőző családlátogatás alkalmával megtapasztalhatjuk – még a vak gyermek esetében is –, hogy az ismert környezetben milyen biztonsággal mozog, ismeri a számára szükséges tárgyak helyét, és azokkal a funkciójuknak megfelelően manipulál. Megélhetjük azt is, hogy amikor bemutatkozunk, megsimítja az arcunkat, a kezünket, így ismerkedik velünk. Kérhetjük a családtagokat, hogy adjanak tanácsot abban, miként segítsük a gyermeket az új környezet, az új dolgok megismerésében, hogyan vezessük őt. A szülővel történő beszoktatáskor figyelniük kell arra, hogy a gyermekkel megismertessük a bölcsőde/óvoda azon helyiségeit, ahol nap mint nap meg fog fordulni. Ezeket járjuk be többször, tapasztaltassuk meg vele a bútorok helyét, hogy biztonságban érezhesse magát. A csoportszobában lévő bútorok helyét, nagyságát is megmutatjuk neki, és időt hagyunk arra, hogy azokat esetleg többször is végigtapogatva megismerje. A társai számára idegen helyzet lehet, hogy bemutatkozáskor vagy beszélgetéseik kezdeti időszakában többször is megérinti, megsimítja őket, így teremtve meg magának a megismerést, a hangon kívül történő későbbi felismerés lehetőségét. Társai kérdéseit sohasem szabad bagatellizálni vagy későbbre halasztani, amikor a látássérült gyermek már nincs ott, mert addigra lehet, hogy a többieknek már nem is lesz fontos a dolog, s így elveszítethetik az érdeklődést új társuk iránt. Arra, hogy a többiek kíváncsiak lesznek, már a

²⁸⁹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet, 10. sz. melléklet.

²⁹⁰ 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet. (Lásd még a 282. sz. jegyzetet – *A szerk.*)

családlátogatáskor felkészíthetjük a szülőt. Kérjük meg, hogyha nem zavarja, akkor ő is segítsen majd a válaszadásban. Így nemcsak a sérült gyermeknek, hanem a beszoktató személynek is jó beszélgető kapcsolata lesz az ép gyermekekkel és rajtuk keresztül a szüleikkel is.

Az integrált nevelésben részesülő látássérült gyermekek intézményi nevelésének, gondozásának feladatai ugyanazon területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Náluk is kiemelt szerepe van a játéknak. A játékeszközök megválasztásakor arra kell törekedni, hogy:

- örömszerző funkciót töltsön be;
- a társas kapcsolatok kialakulását, a társakkal való együttműködés lehetőségét is biztosítsa;
- fejlessze az ép érzékszerveket;
- fejlessze a mozgás- és tájékozódási képességet;
- segítse a környező világ megismerését.

A csoportban használt eszközök, játékok megválasztásánál, a környezet kialakításánál fontos, hogy jól tapinthatóak, erős kontúrujúak és balesetmentesek legyenek (az asztal széle lekerekített, a fajtékok, az építőkocka megfelelő nagyságú, színű és állagú, nem szálkás; a színes műanyag játékok széle nem éles, a baba haja nem hullik, stb.). A vak gyermeknél kiemelt szempont a jól tapinthatóság, de ez hangsúlyozott az aliglátóknál is, akiknél a színek is fontos szerepet játszhatnak. Igaz, hogy fejlesztésük főleg a tapintó-halló életmódra való felkészítést célozza, de kiemelt feladat a látásmaradvány megőrzése, fejlesztése is. A gyengénlátó gyermekek esetében – speciális vizuális eszközök segítségével – a látáson keresztül történő megismerésen van a hangsúly, de ép társaikhoz képest náluk is jelentősebb szerepet kap a hallás és a tapintás. A látássérült gyermekek esetében rendszerint előtérbe kerül a nagymozgás és a téri tájékozódás fejlesztése, mert az segíti a biztonságérzet kialakítását.

A beszoktatást megelőzően és annak folyamán a speciális, a fejlesztést támogató feladatokról, eszközökről, a lehetséges módokról az adott gyermeket fejlesztő gyógypedagógussal kell egyeztetni. Ő segíthet a szakmai kérdések megválaszolásában, de az esetleges kételyek, bizonytalanságok eloszlításában is.

5.3.2. A hallás eltérő fejlődése/hallássérülés

A hallássérülés következményei kisgyermekkorban több tényezőtől is függenek. A hallássérülés kialakulásának idején, a hallássérülés mértékén kívül az időben megkezdett korai fejlesztésen, a szülők együttműködésén és más társuló problémán is múlik, hogy a hallássérülésnek milyen következményeivel találkozunk a gyermeknél. A hallássérülés jellemző hatása a kisgyermek beszédfejlődésére:

- A hallókészülékes gyermek lassúbb ütemű beszédtanulása.
- A beszéd szint 2-3 éves elmaradása.
- Szűkebb szókincs.
- Grammatikai hibák (hiányzó névelők, toldalékok, rosszul használt névmások, szórendi hibák stb.).
- Hibás hangképzés.
- A magánhangzók cseréje.
- Orrhangzós beszéd.
- A beszédtempó és -dallam, a hangsúlyozás hibái súlyos halláskárosodás esetén, mivel a gyermek nem hallja megfelelően saját és környezetének beszédét.

Az integrált nevelésben részesülő hallássérült gyermekek intézményi nevelésének, gondozásának feladatai ugyanazon a területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Esetükben azonban nagyobb hangsúlyt kap a beszéd megindítása, a nyelvi kommunikációs igény, a motiváció kialakítása, a beszédérthetőség fejlesztése. Integrációjuk előnye, hogy pozitív beszédmintát hallanak, és a siket gyermekekre jellemző viselkedések (például a társ megrángatása, ha valamit szeretne) elmaradnak, vagy ki sem alakulnak.

Az eredményes intézményi integrációt segíti, ha az együttnevelésre a nyelvi fejlődés erőteljes megindulása után kerül sor. Hallókészülékes gyermek esetében a „hallókészülék a hangokat felerősítve juttatja el a fülhöz, s legtöbb esetben lehetővé teszi, hogy a hallássérült gyermek is elsősorban hallás révén fogja fel, tanulja meg a beszédet. A megfelelően kiválasztott és jól beállított hallókészülékkel ellátott nagyothalló gyermekeknél általában könnyebben megindul a beszédfejlődés. A beszédelfogásban, beszédmegértésben a megmaradt hallásra, illetve a szájról olvasásra mint kiegészítő információs forrásra támaszkodnak. Beszédük viszonylag jól érthető” (NAGYNÉ TÓTH 2006, 8). A hallásfunkció működésében komoly szerepe van a hallókészüléknek. A gyermek fülének és a készülék tisztításának feladata a családra hárul. Mégis, bizonyos karbantartási feladatokat el kell sajátítani, és a készülék üzemben tartásának érdekében néhány szempontot a csoportvezetőnek is szem előtt kell tartania. Ezek a szülővel való együttműködés keretében még a beszoktatás időszakában eredményesen és könnyen elsajátíthatók:

- A hallókészülék mikrofonját ne érje víz.
- Tájékozódás a szülőtől, hogy készüléktől függően mennyi ideig üzemképes az elem.
- Mikor cserélték az elemet?
- Legyen kellő mennyiségű pótelem a csoportot vezető szakembernél (ezt a szülő biztosítja).
- Szükség esetén elemcsere.
- Megfelelően van-e beállítva a készülék?
- Nincs-e kikapcsolva a készülék?

Hallókészülékes gyermek esetében előfordul, hogy a csoportban uralkodó erősebb zaj miatt a készülék besípol. Ez a gyermek számára fájdalmat okoz. Ezért érdemes az ép hallású társaknak megmutatni, hogy a nagyon hangos játék milyen következményekkel jár a másik számára. Először mutassuk meg – ha ez még a beszoktatás alatt történik, akkor az anya is megteheti –, hogy az újonnan jött kisgyermek fülében van egy kis készülék, ami segíti őt, hogy halljon bennünket. Majd kérjük meg a beszoktató anyát, hogy vegye ki és mutassa meg a gyerekeknek. Miután ezt megtette, szólítsuk fel a gyerekeket, hogy most, mintha beszélgetnének, úgy mondják ki: „Jó, hogy itt vagy!” (Ha a csoportba járó gyerekek beszéd szintje még alacsonyabb, akkor annak megfelelően ajánlott szót vagy 2-3 szavas mondatot.) Mi is mindig mondjuk velük! Ekkor azt tapasztalhatják meg, hogy nem történik semmi. Majd kérjük meg őket, hogy most hangosan, esetleg kiabálva mondják újra: „Jó, hogy itt vagy!” Az erős hangra a hallókészülék kellemetlen hangot hallatva besípol. Ezt esetleg a fülükhez közelítve meg is tapasztaltathatjuk velük. Azt kell kihangsúlyozni, hogy ami most nekik kellemetlen hang volt, az az új társuknak fájdalmat okoz. Így nemcsak a beszoktatást, hanem a befogadást is segítjük, valamint megalapozhatjuk a másokra való odafigyelést is.

5.3.3. A motoros funkciók eltérő fejlődése/mozgásszervi fogyatékoságok

A mozgássérült gyermek beszoktatását nehezíti, hogy a mozgásos tevékenységekbe nem, vagy csak korlátozva tud bekapcsolódni. Esetében az egymás megismerését segítő beszéd is gátolt lehet. Mimikája – mivel az is mozgás – szegényes, esetenként félreérthető. Ha be is kapcsolódik egy-egy tevékenységbe, akkor is segítségre szorul. Ez gátja lehet a gyermekekkel való kapcsolat kialakulásának és a közös örömeiknek. A mellőzöttség érzése is hozzájárulhat ahhoz, hogy a beszoktatás időszaka elhúzódik. Sok türelemmel, az erősségeik felmutatásával és az azokat bizonyítandó helyzetek megteremtésével segíthetjük a beszoktatást, egyúttal pedig enyhíthetjük az intézményi nevelést esetleg megkérdőjelező szülő bizonytalanságát, kételyeit.

További, a napi tevékenységeket és a látványos fejlődést gátló tényezők:

- „Testi felépítésük, megjelenésük más, mint a többi gyermeké, ezért testsémájuk megváltozik.
- Mozgásuk korlátozottsága miatt cselekvési, akarati funkcióikban hátráltatottak, emiatt életvezetési nehézségekkel kell számolni.
- Kézfunkciójuk, manipulációjuk akadályozott, ennek következtében az önkiszolgálás, önelátás, a mindennapos tevékenységek nehezítettek.
- Érzékelési, észlelési, tapasztalatszerzési körük beszűkül, így kevesebb élményben lesz részük.
- A mozgásos játékok fejlesztő hatását nélkülözniük kell, és a gyermekközösségen kívül rekedhetnek.
- Kommunikációs nehézségekkel is küszködnek, önkifejezésük akadályozott, ez izoláltsághoz vezethet.
- Állandó segítségre szorulnak, ez nehezíti a szocializációt” (DOMBAINÉ ESZTERGOMI 2006, 11).

Az integrált nevelésben részesülő mozgáskorlátozott gyermekek intézményi gondozásának, nevelésének feladatai ugyanazon területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Ugyanakkor – az akadálymentesített intézményben – a csoportot vezető szakember számára is elsődleges feladat, hogy megtanulja és a gyermeknek megtanítsa a speciális eszközök használatát, ami segít a többi gyermekkel való együttes tevékenységben, játékban és a környezet tevékeny megismerésében. A speciális fejlesztést a szomatopedagógiai végzettséggel rendelkező gyógypedagógus végzi. Feladata nemcsak az egyéni fejlesztési terv elkészítésére terjed ki (a komplex motoros képességek, az érzékelés-észlelés, a kognitív funkciók, a beszédmotorium és a kommunikáció fejlesztése), hanem együttműködik a csoportot vezetővel és tanácsot ad a szülők számára. Segíti a csoportban dolgozó szakember fogadó- és tervezőmunkáját, tanácsot ad a sérült gyermek mindennapi mozgásneveléséhez, a sérülésből fakadó esetleges gondozási és pszichés problémák kezeléséhez, segíti a szocializációt.

5.3.4. A kognitív funkciók eltérő fejlődése/intellektuális képességzavar

Az enyhe értelmi fogyatékoság főleg a beiskolázáskor merül fel, mert bizonyos képességek területén mutatott eltérések ez idő tájt és főleg iskolai környezetben, teljesítményekhez kötötten válnak egyértelművé. Igaz, hogy lehetnek jelzőtünetek, de ezek még a nem gyógypedagógus szakember számára is főként a nagyobb odafigyelés, a differenciált foglalkozás szükségességét

vetik fel. Az értelmileg akadályozott gyermekek gondozásának, nevelésének elveit a bölcsődés életkorú gyermekeket ellátó intézmények esetében *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja*, míg az óvodáskorúak nevelését ellátóként *Az Óvodai nevelés országos alapprogramja* tartalmazza.

Az értelmileg akadályozott gyermekek integrált nevelése, gondozása is ugyanazon területeken valósul meg, mint ép társaiké, ugyanakkor hozzájuk képest kevésbé motiváltak, sok bátorítást igényelnek. A gondozásban a szokások, az önállóság kialakításához több ismétlésre, gyakorlásra van szükségük, ezért időben elnyújtva, a cselekvésbe ágyazott gondolkodást biztosítva kell a csoportban való fejlesztésüket végezni. Ehhez az érintett gyermek gyógypedagógusa a jelen állapot ismeretében ad tanácsot. Az alábbiakban felsorolt fejlesztési területekben mind a bölcsődés, mind az óvodás életkorban sok azonosság és hasonlóság található. Ennek az az oka, hogy a gyermekek egy-egy részterületen belül is máshol tartanak/tarthatnak, és maga a fejlesztés, az alkalmazott módszerek is változhatnak a gyermekek egyéb rész képességeinek függvényében. A gyógypedagógiai kompetenciát érintő kérdések részletesebb kifejtésére azonban a tanfolyami keretek és előzetes szakmai ismeretek nélkül nincs mód.

A csoporton belüli differenciált, a fejlesztést támogató foglalkoztatásukban az alábbiakon van a hangsúly:

Bölcsődés életkorban

- Az alapfunkciók (kúszás, mászás, járás stb.) kialakítása, harmonizálása.
- A kognitív funkciók fejlesztése.
- Minimális kontaktus, kooperációs készség, a nonverbális és verbális kommunikáció fejlesztése.
- Beszédindítás, a beszédmegértés fejlesztése, az aktív szókincs bővítése.
- Alapvető önkiszolgálási szokások kialakítása.
- Adekvát játékhasználat elsajátítása.
- A közvetlen környezetben való tájékozódás.

Óvodás életkorban

- A nagymozgások fejlesztése.
- A finommotorika fejlesztése.
- A szociális-érzelmi terület fejlesztése.
- A kognitív terület fejlesztése.
- A kommunikáció fejlesztése.
- Az önkiszolgáló tevékenység kialakítása.

Bármelyik életkori szakaszban a gyógypedagógus fejlesztőmunkáját a vele való egyeztetés alapján, változatos gyakorlást biztosítva támogathatjuk. Ennek fontos kerete a játék, amely közben „a gyermek tanul szociális szerepet, érzelmeket, motívumokat, beállítódást, tanulja a környezet személyi és tárgyi világának elsajátítását. A játékszituációk kommunikációra ösztönöznek. A gyermek nagy mozgásigényére, a jó utánpótlás készségére, a mozgásos tevékenység érzelmvezéreltségére, az állandó szülő/csoportban dolgozó szakember elismerésére támaszkodva lehet a kívánt eredményt elérni” (ROSTA 2006, 19).

A sérült gyermeket befogadó többségi intézmények csoportvezető munkatársaiban gyakran megfogalmazott félelem, hogy nincsenek rá felkészülve. Íme néhány, a befogadás sajátos feladatait eredményesebbé tevő feltétel:

- A sajátos nevelési igény szerinti környezet kialakítása.

- A szükséges tárgyi feltételek és segédeszközök megléte.
- Sajátos nevelési igény esetén is a nevelés, fejlesztés általános célkitűzéseinek megvalósítása.
- Az elfogadással a biztonság megteremtése.
- Együttműködési készség más szakemberekkel és a szülővel.
- Továbbképzési igény a sérüléssel kapcsolatban (akár önképzéssel).

A munkatársak félelmei, ha a gyermeket elfogadják és a gyógypedagógus tanácsát követik, a kezdeti bizonytalanságok után hamar megszűnhetnek. Az esetlegesen meglévő félelmek oldásához csak egy példa: előfordulhat akár bölcsődés, akár óvodás életkorban, hogy az értelmileg akadályozott gyermek még nem beszél. A gyógypedagógus feladata a beszédindítás, ezen belül a hangutánzás. A fejlesztés támogatása, a gyakorlás a csoportban nem követel speciális ismereteket, egyszerűen a csoportban lévő eszközökkel is megoldható. Ehhez állatok és közlekedési eszközök képei nyújthatnak segítséget. „Leginkább a nem vagy alig beszélő gyermekek esetében hasznosak ezek a gyakorlatok.

- Passzív szókincs fejlesztésénél: A gyermek előtt sorban láthatók a képek. A fejlesztést támogató szakember utánozza egy állatnak vagy közlekedési eszköznek a hangját, majd a gyermeknek meg kell mutatni, hogy a hangot mely tárgy, állat adja.
- Aktív szókincs esetén: Megkérjük a gyermeket, hogy a képsorból válassza ki az általunk kért állatot vagy járművet. Helyes választás esetén megkérdezzük, hogy milyen hangot ad” (ROSTA 2006, 298).

5.3.5. A kommunikáció eltérő fejlődése/beszéd fogyatékoság

A kommunikációjukban eltérő fejlődésű, illetve a beszéd fogyatékos gyermekek integrált bölcsődei, óvodai és más napközbeni ellátást megvalósító intézményben való nevelése, gondozása, is ugyanazon nevelési területeken valósul meg, mint a tipikus fejlődésű társaiké. Intézményi beszoktatásukkor – ha már beszélő környezetbe kerülnek – a társaikkal való kommunikációjuk, és ennek hatásaként a beilleszkedésük is nehezített, mert nem vagy csak nehezen érthetőek. Ezért a szülőt is fel kell készítenünk arra, hogyha a befogadó csoportba járó gyermekek rákérdeznek, miért nem beszél a társuk, akkor a csoportot vezetővel együtt adjanak választ a kérdéseikre, és utaljanak arra is, hogy a gyermek azért fog idejárni, hogy a többiek is segítsék őt a beszéd megtanításában. Fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy az új kisgyermek is nagyon szeret játszani és nagyon ügyes. Erre mondjunk is példát/példákat. Hangsúlyoznunk kell azt is, ha a sérült társuk szeretne velük közölni valamit, akkor próbálják meg türelemmel kivárni, ezzel is segítve őt abban, hogy legyen kedve a többiekkel kommunikálni, együtt játszani.

A beszéd fogyatékosok csoportja igen heterogén; tüneteik és az azokra ráépülő másodlagos nehézségek, például a szorongás, más, speciális szükséglet kezelését is indokoltta teszik.

A megegyező nevelési, gondozási, területeken belül nagyobb hangsúlyt kapnak a kommunikáció, a pszichomotoros fejlesztés és a logopédia szakos gyógypedagógus által végzett speciális terápiák, mivel a szorongás nagy valószínűség szerint a beszéd fogyatékoság, a másság érzése és a kudarcos kommunikáció miatt alakult ki.

A korai fejlesztést támogató gondozás, nevelés folyamatában fontos feladatok:

- „Az auditív és vizuális figyelem kialakítása.
- Gesztusok és egyszerű kérések megértése.
- Tárgyak és képek megkülönböztetése.

- Cselekvést jelentő szavakat tartalmazó kérések megértése.
- Helyhatározót tartalmazó kérések megértése.
- Nyelvtani elemek megértése” (pl. egyes és többes szám, birtokos formák megkülönböztetése; PEETERS 2007, 20).
- Szóértelmezés (kép-tárgy, kép-cselekvés beazonosítása).
- Egyszerű szavak ejtése (főnév, melléknév, ige, toldalékos szavak).
- Szókincsbővítés.
- Tőmondatok alkotása.
- Összefüggő beszéd kialakítása (mozgásos versek, énekek).

A beszédfejlesztés terápiájának szerves részét képezi azoknak a képességeknek a fejlesztése is, amelyek a tanulást, valamint a reális énkép kialakulását is segítik. A fentiekben megjelölt feladatok azonban csak néhány elemet tartalmaznak, hiszen a fejlesztést támogató teendőket – egyeztetve a gyogyepedagógussal – a gyermek beszédállapota határozza meg.

Amit minden esetben szem előtt kell tartani:

- nyugodt légkörű beszédkörnyezet megteremtése;
- a beszédkedv, beszédmotiváció megteremtése;
- a mondandó türelmes kivárása;
- a fölösleges javítgatások kerülése;
- sürgetés kerülése;
- csak olyan beszédprodukció elvárása, amelyre a gyermek képes.

5.3.6. Autizmus spektrum zavar

Az autizmus spektrum zavar mind a viselkedést és a képességeket, mind a gondolkodást és a kommunikációt tekintve igen változatos képet mutat, és a súlyosság is széles skálán mozog. Minél korábbi a gyermekek diagnózisa, annál hamarabb kezdődhet meg korai fejlesztésük, így előzve meg vagy enyhítve a további fejlődési eltéréseket. A szülők gyakran arra alapozva, hogy gyermekük jó úton halad a fejlődésben, beiratják őket a bölcsődébe. Vannak azonban olyan esetek is, amikor csak a közösségben derülnek ki a problémák, mert a gyermek korábban még nem találkozott egyszerre olyan társakkal, akik számára sok ingerforrást és közvetlen közeledést jelentettek volna, illetve a szülőknek sincs közvetlen tapasztalata más, hasonló korú gyermekről, ezért nekik ez tűnik természetesnek.

A diagnózist követő korai fejlesztés/bölcsődei rehabilitáció egyik célja, hogy az autizmus spektrum zavarral élő gyermeket mentálisan is olyan szintre fejlesszék, hogy gyermekközösségbe illeszthető legyen. „Óvodába lépéskor már rendelkezhet korlátozott mennyiségű, de célszerűen használt, vizuálisan **augmentált kommunikációs eszközzel**, amely lehet beszéd vagy alternatív kommunikáció [...]” (BALÁZS 2000, 649). (**Augmentatív kommunikáció:** „kiegészítő és a beszéd-től eltérő típusú kommunikáció. E kiegészítő formára szorul mindenki, aki átmenetileg vagy tartósan nem rendelkezik a funkcionális beszéddel, azaz vagy egyáltalán nincs beszédprodukciója, vagy a beszédzavara olyan súlyosságú, hogy az alkalmatlan kommunikációs igényei kielégítésére”; KÁLMÁN 2006, 433). Ennek alaposabb megismerése (ha használnak ilyet) – intézménytípustól és életkortól függetlenül – már a családlátogatáskor ajánlott, de ha arra nincs mód, akkor a beszoktatás időszakában, de erre külön – nem a csoportban tartózkodva – helyiséget és időt választva, amikor zavartalanul tudja a szülő elmondani annak használa-

tát, esetleges nehézségeit. Közösen is elkészíthetjük a gyermek beszkottatását megkönnyítő folyamatábrát és napirendet. Ez nagy segítséget nyújt a csoportot vezető számára az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek napközbeni ellátást biztosító nevelésében.

„A végrehajtó működések zavara az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek számára megnehezíti, hogy átgondolják a tevékenységek logikus sorrendjét, a szükséges eszközök előkészítését. Gyakran tapasztalható, hogy egyes tevékenységekben (pl. önkiszolgálás, naposi teendők ellátása) sokkal önállótlanabbak, mint ahogy a képességeiket tekintve elvárható lenne. Nem tudják például, hogyan kezdjenek hozzá a terítéshez, nem jut eszükbe, milyen sorrendben kell levetkőzni, hogyan kell kezét mosni. Ebben tud segíteni a folyamatábra. A folyamatábra logikus sorrendben rajzokkal tünteti fel a tevékenység egyes lépéseit, ha kell, akkor hozzá a szükséges eszközöket is. A gyermek feladata, hogy kövesse a folyamatábrát. A képek, fotók, rajzos szimbólumok segítségével bemutatott napirend segít megérteni, hogy mit, hol, mikor, milyen sorrendben kell és lehet tenni. Jól követhetővé válnak a nap eseményei, előre jelezhető a változások. Az előre jelzett időtartam egyénre szabott. Lehet csak a soron következő tevékenységet, a soron következő két tevékenységet, napszakot, fél napot, heti beosztást jelezni. Mutathatja teljes nap, esetleg a hét fontosabb eseményeit. Minden esetben a gyermek számára átlátható szakaszt kell jelezni. Elhelyezését tekintve lehet rögzített vagy hordozható, de minden esetben legyen a gyermek számára látható és elérhető. A gyermekek egyéni sajátossága határozza meg, hogyan nézzen ki a napirend, hol legyen a helye, mennyire legyen részletes” (Kovács 2015, 8. fejezet).

Az integrált nevelésben részesülők bölcsődei, óvodai gondozásának, nevelésének feladatai ugyanazon a területeken valósulnak meg, mint ép társaiké, de ezek kiegészülnek a csoportban is alkalmazandó speciális fejlesztéssel. Mivel a képességstruktúra szórt, az elmaradt területek fejlesztése és az átlagos vagy kiemelkedő képességek gondozása mellett hangsúlyozott az elemi **adaptív viselkedés** (az új életkörülményekhez alkalmazkodó viselkedés) kialakítása is. Azaz:

- „A szociális, kommunikációs készségek célzott fejlesztése;
- az autizmusból és a társuló fogyatékoságokból eredő fejlődési elmaradások lehetséges célirányos kompenzálása;
- a sztereotip, inadekvát viselkedések kialakulásának megelőzése, illetve korrekciója;
- a fogyatékoságspecifikus, protetikus,²⁹¹ augmentív környezet, eszközök, módszerek és szokásrendszer kialakítása és használatának elsajátíttatása” (GÁJERNÉ BALÁZS 2006, 19).

Az eredményes napközbeni ellátásuk megköveteli, hogy már a befogadó csoportvezető is úgy fogadja a szülőt, hogy ismereteket szerzett az autizmus témakörében. Ez történhet a gyermek gyógypedagógusától – ami az adott gyermek sajátosságaira való felkészítést is lehetővé teszi –, de szakkönyvekből és az interneten megjelent, tudományosan megalapozott szakirodalomból is. A szülővel való együttműködés is nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a gyermek mielőbb biztonságban érezhesse magát az adott intézményben.

²⁹¹ Protetikus: az autizmus esetében jól érthető, kiszámítható, érzelmileg is biztonságot nyújtó környezet.

5.3.7. A pszichés fejlődés zavarai

A súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral küzdő gyermekek közül a csoportot vezető szakember számára – mind a bölcsődés, mind az óvodás életkorúak esetében – főleg a beilleszkedés- és magatartászavarok jelentenek problémát. A napközbeni ellátást biztosító intézmény nemcsak a kortárscsoportokhoz való szocializáció színtere, hanem a magatartászavart mutató gyermekek esetében a fizikai konfliktusoké is. Ahhoz, hogy tudjuk, miként avatkozhatunk be, meg kell ismerni a gyermek családi hátterét és viselkedését konfliktusos helyzetben, szociális szituációkban. Meg kell tudnunk, milyen nevelési módszereket alkalmazott a szülő, és ezek közül melyek váltak be. Érdemes erre figyelni a beszoktatás ideje alatt is. A gyermeket és a beszoktatót szülőket még ebben az időszakban meg kell ismertetnünk az intézményben jelen lévő szokásokkal és az alkalmazott szabályokkal is.

„A szabályok lényege az, hogy mindenki számára érthetőek, betarthatóak legyenek és ezáltal fogódzót, biztonságot nyújtsanak. Azért is fontos a szabályok alkotása, mert a gyermekek egy része nem tudja, mit várnak el tőlük; az eltérő nevelési szokásokból, következetlen nevelési módszerekből adódóan gyakran bizonytalanok abban, hogy mi a jó és mi a rossz. A közösen létrehozott szabályok (amikor már életkorukból fakadóan is alkalmasak rá 3-4 évesen) segítik az elfogadást, kompetenssé teszik a szereplőket. Fontos, hogy jól körülhatárolt legyen, mi a jó és mi a rossz, valamint az, hogy a szabályok megszegése milyen következménnyel jár” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2011, 162). Ha mi, felnőttek elvárjuk a gyermekektől a szabályok betartását, szem előtt kell tartanunk, hogy azok ránk éppúgy vonatkoznak, mint a gyermekekre. Modellek vagyunk a számukra, és csak egy hiteles viselkedési minta nyújthat követendő példát, érzelmi biztonságot.

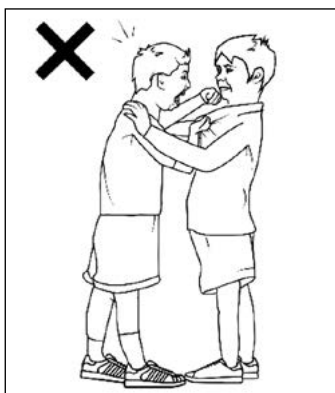
„Amennyiben [a szakember/csoportvezető] nem következetes a szabályok alkalmazásában, az megzavarhatja a magatartászavarokat mutató gyermeket, mintegy azt a következtetést levonva, hogy a csoportot vezető nem állja a szavát, ki lehet őt »próbálni«. A közösen hozott szabályok és azok megszegésének, következményeinek ismerete részben biztonságot is jelent a gyermek számára, mert egyértelművé válik, milyen magatartásformákat vár, illetve még tűr el a szakember, s melyeket nem. Így a magatartászavart mutató gyermek esetében is jól kiszámíthatóvá válik viselkedésére a környezet reakciója. Fontos, hogy a szabályok figyelembe vegyék az életkori sajátosságokat, ne legyenek a tevékenységeket túlszabályozóak. Rögzítsük, és a teremben egy mindenki által jól látható helyen függesszük ki” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2011, 162–163). Ez lehetővé teszi, hogy a szabályokat a szülők is lássák, ismerjék, és ez akár egy segítő beszélgetést is elindíthat a nevelésben bizonytalan szülő és szakember között, valamint mindkettejükben megfogalmazódhat, hogy adott esetben gyógypedagógusi segítségre van szükség. Ez azonban nem a csoportot vezető kompetenciáját kérdőjelezi meg, csak azt mutatja, hogy a gyógypedagógia specifikus megközelítésére is szükség van egy adott helyzet megoldásánál.

A szabályok a tárgyalt életkori szakaszokban 3-4 pontnál ne tartalmazzanak többet, és ne konkrét esetekre vonatkozzanak, hanem a viselkedés főbb megnyilvánulásaira irányuljanak, például a beszédviselkedésre, a konfliktusmegoldásra stb. Mivel bölcsődés és óvodás életkorban a gyermekek még nem tudnak olvasni, a szabályokat piktogramok formájában kell rögzíteni. Ezek mellé vagy alá azonban egy-egy rövid tömondatban megfogalmazhatjuk annak lényegét, mert nagycsoportban már több gyermek is tud olvasni. Az alábbiakban mutatunk néhány példát a piktogramok elkészítéséhez.

3. ábra. Szabály a beszédviselkedésre²⁹²



4. ábra. Viselkedés konfliktushelyzetben



Mivel a beilleszkedési és magatartászavarok kezelésére nincsenek „receptek”, mert minden helyzet más és más, a befogadó szakember a pszichopedagógus tanácsait is sokszor csak utólag ismerheti meg. Ezért a hatékonyabb nevelés érdekében, és hogy a váratlan helyzeteket is kezelni tudjuk, ajánlott a viselkedést módosító ismereteket önképzéssel és gyógypedagógus vagy intézményi pszichológus ajánlásával elsajátítani.

Amit a csoportot vezetőnek minden esetben szem előtt kell tartania:

- Ne ítélkezzen előre! „Na, már megint mit csináltál?” „Már oda se kell néznem, és tudom, hogy te voltál!” „Mindig butaságokat csinálsz!” – Ilyen közbeszólásokkal el lehet veszíteni a bizalom légkörét, és a gyermekek azonnal védekezni kezdenek.
- A hibák megítélésében legyen következetes, körültekintő és igazságos.
- Tudjon megbocsátani és felejtetni. Ne hánytorgassa fel a már megtörtént lezárt eseményeket.

²⁹² A 3. és a 4. ábrán látható rajzokat Rózsáné Czigány Enikő témaadása és iránymutatása mellett Dul Anita készítette.

- A harag, az indulat sem teszi lehetővé a gyermekre való teljes odafigyelést.
- A nyugalom megőrzése még akkor is szükséges, ha határozott hangon kell a gyermekre szólni.
- Nevezze meg a kívánt viselkedésformát és a gyermek azon pozitív tulajdonságait, melyek annak eléréséhez segíthetik.
- A gyermeket meg lehet róni, ha rosszat követett el, de nem szabad elítélni és megalázni.
- A gyermeknek is tudomásul kell vennie, hogy a csoportvezetőt felbosszantotta, de a felnőtt indulata ne a gyermeknek, hanem annak a hibának szóljon, amit elkövetett.

A játék, a bábozás, a mozgás, a zenével, énekkel kísért tánc, a rajz mind-mind feszültséglevezető tevékenység. Ezért – hacsak a gyógypedagógus valamilyen terápiás célzattal nem javasolja – a magatartászavart mutató gyermeket büntetésből vagy feltételezett nyugalmunk miatt ne ítéljük tétlenségre, mert így a feszültségei még fokozódhatnak, és nem tanulja meg a feszültséglevezetés adaptív formáit. Ha így teszünk, ezzel megnehezítjük számára a szociális beilleszkedést.

Felhasznált szakirodalom

- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition (DSM-5). Washington, American Psychiatric Association. Magyarul: APA (2014): *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Budapest, Oriold és Társai.
- ARATÓ D. et al. (2019): *Felkészítés a szenzoros feldolgozás rendellenességeinek szűrésére. Szenzoros és mozgásos élmények életkori kérdőívek*. Budapest, Családbarát Ország Non-profit Közhasznú Kft.
- ARDILA, A. (2018): Is intelligence equivalent to executive functions? *Psicothema*, 30(2), 159–164. p. https://www.researchgate.net/publication/324834092_Is_intelligence_equivalent_to_executive_functions (Letöltve: 2018. 07. 02.)
- AYRES, A. J. (1972): *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, Western Psychological Services.
- BALÁZS A. (2000): Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- BARON-COHEN, S. – BOLTON, P. (2000): *Autizmus*. Budapest, Osiris.
- BENCZÚR M.-NÉ (2000): *Sérülésspecifikus mozgásnevelés*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 47, 87, 127, 189. p.
- BENCZÚR M.-NÉ (2001): Mozgáskorlátozottak. Szócikk. In MESTERHÁZI Zs. (szerk.): *Gyógypedagógiai Lexikon*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 130. p.
- BERÉNYI M. – KATONA F. (2012): *Fejlődésneurológia*. Budapest, Medicina, 225. p.
- BERTALAN R. (2012): A nyelvfejlődési zavarok logopédiai diagnosztikai megközelítésével kapcsolatos problémák. *Gyógypedagógiai Szemle*, 40(2), 88–89. p.
- BITTERA T. – JUHÁSZ Á. (2002): *A megkésett beszédfejlődés terápiája*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- BLANCHE, E. I. – BOTTICELLI, T. M. – HALLWAY, M. K. (1995): *Combining Neuro-Developmental Treatment and Sensory Integration Principles*. San Antonio (Texas), Therapy Skill Builders, 3–4. p.
- BORBÉLY S. (2012): *A szülők és mi. Szakmai és személyes összegzés a korai intervenció alapvető kérdéseiről és kommunikációs dilemmáiról*. Budapest, Budapesti Korai Fejlesztő Központ.
- BÖSENBACHER T. – SZÖKE M. (é. n.): A Pfaffenrot manuális terápia bemutatása. *Fejlesztőház*. http://www.fejlesztohaz.hu/cikkarchivum/a_pfaffenrot_manualterapia.html (Letöltve: 2018. 04. 10.)
- CHATOOR, I. (2009): *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children*. Washington, ZERO TO TREE National Centre for Infants, Toddlers, and Families.
- COCHLEAR (2017): <https://www.cochlear.com/hu/home> (Letöltve: 2018. 10. 30.)
- COHEN, L. J. (2015): *Játékos nevelés. – Játékterápia. A konfliktusok szelíd és kreatív megoldása. A viselkedésproblémák enyhítése. Az önbizalom fejlesztése*. Budapest, Kulcslyuk Kiadó.
- CRAMER, B. – PALACIO-ESPASA, F. (2012): *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata*. Budapest, Medicina.

- CsÁKVÁRI J. (2009): A közös figyelmi helyzet (joint attention) jelenségének különböző megközelítései, jellegzetességei látássérülés és autizmus spektrum zavar esetén. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37(1), 2–10. p.
- CsÁNYI Y. (1993): *Együttnevelés. Speciális igényű tanuló az iskolában*. Budapest, OKI Iskolafejlesztési Alapítvány.
- CsÁNYI Y. (2007): Integráció és inklúzió. Nemzetközi és hazai körkép. In GIRASEK János (szerk.): *Inkluzív nevelés – a tanulók hatékony megismerése. Kézikönyv a pedagógusképző intézmények részére*. Budapest, SuliNova, 138–163. p.
- CsOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (1995): A látássérülés pedagógiai meghatározása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 23(4), 275–278. p.
- CsOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (1997): Látássérültek. Szócikk. In BÁTHORY Z. – FALUS I. (szerk.): *Pedagógiai Lexikon*. 2. Budapest, Keraban Könyvkiadó, 347–348. p.
- DÉVÉNY A. (1988): DSGM (Dévény Speciális manuális technika-Gimnasztika Módszer). In CSANÁDI A. (szerk.): *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe*. Pécs, Comenius Bt., 126–127. p.
- DOMBAINÉ ESZTERGOMI A. (szerk.) (2006): *Inkluzív nevelés. Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Szociális, életviteli és környezeti kompetenciák*. Budapest, SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- ERDÉLYI A. (2008): Az augmentatív és alternatív kommunikáció (AAK) mint a kommunikáció-tudományok egyik legifjabb részdiszciplínája. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36(1), 14–26. p. http://www.prae.hu/prae/content/gyosze/gyosze2008_1_full.pdf (Letöltve: 2015. 04. 16.)
- F. FÖLDI R. (2005): *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*. Pécs, Comenius Kiadó.
- FRAIBERG, S. (1978): *Insights from the blind*. New York, Basic Books, 57–89. p.
- FRERICHS, H. H. (1998): *Audiopädagogik*. Villingen-Schwenningen, Neckar-Verlag.
- GÁBORJÁN A. (2016): A magzat és az újszülött hallása. In PAPP Z. (szerk.): *A perinatológia kézikönyve*. Budapest, Medicina, 439–454. p.
- GÁJERNÉ BALÁZS G. (2006): *Ajánlások autizmussal élő gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez*. Budapest, Sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- GEREBEN F.-NÉ et al. (2012): Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. In TORDA Á. (szerk.): *Diagnosztikai kézikönyv*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- GÓSY M. (1995): *GMP-diagnosztika. A beszédészlelés és a beszédmegértés folyamatának vizsgálata, fejlesztési javaslatok*. Budapest, NIKOL KKT, 4–6. p.
- GYARMATHY É. (1998): Tanulási zavarok azonosítása és kezelése az óvodában és iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 48(11), 68–76. p.
- GYŐRI M. (2003): A neurokognitív fejlődés moduláris zavarai: az autizmus. In PLÉH Cs. – KOVÁCS Gy. – GULYÁS B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 738–759. p.
- GYŐRI M. (2012): A neurokognitív fejlődési zavarok viselkedésgenetikája. In BEREZKEI T. – HOFFMANN Gy. (szerk.): *Gének, gondolkodás, személyiség – Bevezetés a humán viselkedésgenetikába*. Budapest, Akadémiai.
- HÁMORI E. (2005): *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete. Buktatók és korrekatív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében*. Piliscsaba, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- HÁMORI E. (2010): Regulációs zavarok korai diagnosztikája. In NÉMETH T. (szerk.): *XII. Család-barát Konferencia. Pszichoszomatikus betegségek csecsemő és kisgyermekkorban*. Budapest, OGYEI, 13–23. p.

- HÁMORI E. – MÁRKUS L. V. (2017): Kutatás és terápia hatása a kora gyermekkori intervenció területén: A kapcsolati szemlélet a regulációs zavarok felismerésében és kezelésében. In HÁMORI E. (szerk.): „*Team Around The Child.*” *Gyakorlati modellek és tapasztalatok a kora gyermekkori intervenció és prevenció területéről.* Budapest, Humanitás Szociális Alapítvány, 57–79. p.
- HÁRI M. et al. (1991): A konduktív pedagógia rendszere. Budapest, Nemzetközi Pető Intézet, 23–24. p.
- HÉDERVÁRI-HELLER É. (2008): *Szülő-csecsemő konzultáció és terápia – A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő és kisgyermekkorban.* Budapest, Animula.
- HIRSCHBERG, J. (2007): *Ajakhasadék, szájpadhasadék – a kezelés és gondozás alapelvei.* Budapest, OAM. <http://www.mlszsz.hu/files/Ajakhasad%C3%A9k,%20sz%C3%A1jpadhasad%C3%A9k,%20kefelenyomat.pdf> (Letöltve: 2019. 04. 16.)
- HORVÁTH V. – GYARMATHY D. (2010): A beszédhallás szerepe a beszédhang-differenciálásban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(2), 126–135. p. https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=32&jaid=470 (Letöltve: 2017. 08. 21.)
- HOWLE, J. M. (2004): *Neuro-Developmental Treatment Approach.* Laguna Beach (California), The North American Neuro-Developmental Treatment Association.
- HYVÄRINEN, L. (1988): *Vision in Children – normal and abnormal.* Toronto, Canadian Deaf-Blind and Rubella Association.
- KÁLLAI J. et al. (2008): *Bevezetés a neuropszichológiába.* Budapest, Medicina.
- KÁLMÁN Zs. (2004): A gyógyító pedagógia legifjabb ága: augmentatív és alternatív kommunikáció. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia – Nevelés és terápia.* Budapest, Medicina, 433–461. p.
- KASS B. – LŐRIK J. – BERTALAN R. G. (2017): A korai nyelvi-kommunikációs fejlettség új mérő eszköze, a MacArthur–Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár 3. (KOFA–3) alapjai és gyakorlati alkalmazási lehetőségei. *Logopédia*, 2(1), 41–56. p. http://mlszsz.hu/files/folyoirat/Logopedia_2017-1.pdf (Letöltve: 2018. 06. 03.)
- KATONA F. (1979): *Az öntudat ébredése.* Budapest, Gondolat.
- KATONA F. (1986): *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció.* Budapest, Medicina.
- KEREKI J. (2015): *Utak és lehetőségek. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KOCSISNÉ KÁLLÓ V. – TÚRINÉ GÁL A. (2013): *Nyelvfejlődési zavarok.* Egyetemi jegyzet. „Mentor(h)áló 2.0 Program.” TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt. Szeged, Szegedi Tudományegyetem. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Nyelvfejlodsi_zavarok/34_kofa_korai_nyelvi_fejlds_j_vizsgleszke.html (Letöltve: 2018. 07. 03.)
- KOVÁCS K. (2015): *Az óvodapedagógus feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelésében.* „Mentor(h)áló 2.0 Program” TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Az_ovodapedaguss_feladata_a_sajtos_nevelsi_igny_gyermekek_nevelsben/ (Letöltve: 2018. 04. 24.)
- KÓPATAKINÉ MÉSZÁROS M. – SALNÉ LENGYEL M. (2002): Együttnevelés – Ajánlás. *Fejlesztő Pedagógia*, 13(1), 4–8. p.
- LAKATOS K. (2000): Prevenció, kapcsolatépítés, okos szeretet. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 81–90. p.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (2017): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés.* Budapest, Medicina.
- MESIBOV, G. B. – SHEA, V. – SCHOPLER, E. (2008): *Az autizmus spektrum zavarok TEACCH szemléletű megközelítése.* Budapest, Autizmus Alapítvány – Kapocs Könyvkiadó.

- MESTERHÁZI Zs. (szerk.) (2001): *Gyógypedagógiai Lexikon*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- MILLER, L. J. et al. (2007): Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, March/April, 135–140. p. <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1866929&resultClick=3> (Letöltve: 2018. 06. 30.)
- MOHAI K. – KÁLÓZI-SZABÓ Cs. – RÓZSA S. (2016): A végrehajtó funkciók adaptív mérésének lehetőségei. *Psychologia Hungarica*, 4(1), 40–85. p. http://www.kre.hu/portal/images/doc/Mohai_et_al.pdf (Letöltés ideje: 2018. 07. 02.)
- NAGY P. (2015): Szorongásos zavarok. In BALÁZS J. – MIKLÓSI M. (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, 101–109. p.
- NAGYNÉ TÓTH I. (szerk.) (2006): *Inkluzív nevelés. Ajánlások súlyos hallássérült gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Szövegértés-szövegalkotás*. Budapest, SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- ŐSZI T.-NÉ (2008): Autizmus spektrum zavarok: a terápiás megközelítések értékelésének szempontjai. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36(3), 221–223. p.
- PEETERS, T. (2007): *Autizmus: az elmélettől a gyakorlatig*. Budapest, Kapocs Könyvkiadó.
- PIEK, J. P. – PITCHER, T. M. – HAY, D. A. (1999): Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(3), 159–165. p.
- PLÉH Cs. (2003): *Bevezetés a megismeréstudományba*. Budapest, Typotex.
- PYTEL J. (1996): *Audiológia*. Pécs, Victoria Kft., 52, 254. p.
- QUILL, K. A. (2009): *Tedd – Nézd – Hallgasd – Mond! Szociális és kommunikációs intervenció autizmussal élő gyermekek számára*. Budapest, Kapocs Könyvkiadó.
- ROSTA K. (szerk.) (2006): *Add a kezed! A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél*. Budapest, Logopédia Kiadó. <https://www.scribd.com/doc/242857089/add-a-kezed> (Letöltve: 2018. 05. 12.)
- RÓZSÁNÉ CZIGÁNY E. (2011): Magatartászavarok, balesetek a mentálisan sérülékeny szülők gyermekei körében. In F. LASSÚ Zs. (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. Budapest, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, ELTE Eötvös Kiadó. <http://mek.oszk.hu/10200/10211/10211.pdf> (Letöltve: 2018. 04. 24.)
- RUTTER, M. (2007): *Autizmus: a kutatás és a klinikum közötti kétirányú kölcsönhatás*. Budapest, Kapocs Könyvkiadó.
- SAUVE, K. – BARTLETT, D. (2010): *Dynamic Systems Theory: A Framework for Exploring Readiness to Change in Children with Cerebral Palsy*. Hamilton (Ontario), CanChild Center. <https://www.canchild.ca/en/resources/36-dynamic-systems-theory-a-framework-for-exploring-readiness-to-change-in-children-with-cerebral-palsy> (Letöltve: 2019. 04. 12.)
- SCHAAF, R. et al. (1995): *The Sensory Integration Observation Guide. Level I: 0–12 month old scale*. <https://www.pdfFiller.com/250668061--THE-SENSORY-INTEGRATION-OBSERVATION-GUIDE> (Letöltve: 2019. 12. 30.)
- SHAW D. S. (2005): *The Development of Aggression in Early Childhood*. In FITZGERALD, H. E. – ZUCKER, R. A. – FREEARK, K. (szerk.): *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs*. New York, Greenwood Publishing Group, Inc.
- STEFANIK K. (2004): Terápiás lehetőségek az autizmussal élő gyermekek ellátásában. *Fejlesztő Pedagógia*, (15)2, 12–16. p.
- STEFANIK K. (2011): Alaptények az autizmusról – üzenet a gyógypedagógiának. In PAPP G. (szerk.): *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig. Új utak és eredmények a tanulásban*

- akadályozott személyek gyógypedagógiájában.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- STEFANIK K. – ŐSZI T.-NÉ (2013): Egy régi-új ismerős: az autizmus spektrum korszerű pedagógiája. *Gyógypedagógiai Szemle* (különszám – Emlékkötet Gordosné dr. Szabó Anna tiszteletére), 109–115. p.
- STERN, D. N. (2002): *A csecsemő személyközi világa.* Budapest Animula.
- STERN, D. N. (2004): *Az anyaság állapota.* Budapest, Animula.
- SUGDEN, D. A. – KEOGH, J. F. (1990): *Problems in Movement Skill Development.* Columbia (SC), University of South Carolina Press, 27–52. p.
- SZVATKÓ A. (2004): A szenzoros integrációs terápia és a gyógypedagógiai fejlesztés. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia.* Budapest, Medicina, 475–494. p.
- SZVATKÓ A. (2014): Szenzoros integrációs terápia. In VIKÁR A. – VIKÁR Gy. – SZÉKÁCS E. (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria.* Budapest, Medicina 226–258. p.
- TREMBLAY, L. (2007): *The Little Bowen Book – For a great manual therapy.* Szerzői kiadás. http://www.ibowen.ca/pdfs/petitbowen_en.pdf (Letöltve: 2018. 04. 10.)
- VEKERDY-NAGY Zs. (2008): Az egészségügyi ellátás sajátosságai értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek körében. In BASS L. (szerk.): *Amit tudtunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon.* Budapest, Kézzenfogva Alapítvány, 21–51. p.
- VOLKMAR, F. R. – WIESNER, L. A. (2013): *Az autizmus kézikönyve.* Budapest–Szentendre, Autisták Országos Szövetsége – Geobook Hungary Kiadó.
- WILLCUTT, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499. p.
- WINNICOTT, D. W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek.* Budapest, Új Mandátum.

Jogszabályok

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
- 15/1998. (IV. 30) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.

Irányelvek, protokollok, útmutatók

- Egészségügyi szakmai irányelv – A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórimzéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek-, serdülő- és felnőttkorban. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Érvényes: 2018. december 31-ig.) <https://kollegium.aEEK.hu/Download/Download/2273> (Letöltve: 2017. 07. 20.)
- Egészségügyi szakmai irányelv – Az Autizmusról/Autizmus spektrum zavarokról. Készítette az Egészségügyi Szakmai Kollégium. (Érvényesség időtartama: 2017. 02. 20. – 2020. 01. 31.) <https://kollegium.aEEK.hu/Download/Download/2330> (Letöltve: 2017. 05 15.)
- A sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve. Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/kozneveles/kerettantervek/2020_nat/iranyelvek_alaprogramok (Letöltve: 2022. 02. 11.)
- A sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelvei. Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/kozneveles/kerettantervek/2020_nat/iranyelvek_alaprogramok (Letöltve: 2022. 02. 11.)

5. TÉMAKÖR

A PEDAGÓGIAI ÉS A GYÓGYPEDAGÓGIAI TANÁCSADÁS

4. A PEDAGÓGIAI TANÁCSADÁS

DÁVID M. – NYITRAI Á. – PODRÁ CZKY J. (2018): *A pedagógiai tanácsadás szerepe a kora gyermekkori intervencióban*. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Non-profit Közhasznú Kft., 38–72. p.

4.1. A tanácsadás meghatározása és jellegzetességei

A nemzetközi szakirodalomban a tanácsadásra két megnevezést találunk: az irányítás, útmutatás (guidance) és a tanácsadás (counselling/counseling) szavakat. A kezdeti megkülönböztetés szerint az irányítás arra összpontosít, hogy fontos választásokra irányuló döntésekben segítse az egyént, míg a tanácsadás célja az, hogy az egyéneket a változások végrehajtásában segítse. A kialakult két paradigma (guidance és counselling) egymás mellett fejlődik, és nem határolódik el élesen egymástól (MURÁNYI 2006).

A tanácsadás a segítő kapcsolati tevékenységek rendszerébe tartozik, amelyek legszélesebb értelemben az egészséges társadalmi alkalmazkodást szolgálják. Az egyensúlyban lévő, nem beteg (sine morbo) személyek számára van fenntartva, mondja Bagdy (2009). A pszichoterápiával szemben „korlátozott célokat követ”, „emberi problémákban”, „meghatározott területeken”, „élethelyzeti elakadásokon” kell ilyenkor segíteni.

A *Pedagógiai Lexikonban* Ritoókné a tanácsadás fogalmát a következőképpen határozza meg: „A tanácsadás olyan interperszonális elméleti alapú, etikai és jogi normák által irányított szakmai tevékenység, amelynek jellemzője, hogy viszonylag rövid távú, intenzívebb eljárásokat és dinamikus módszereket alkalmaz. Fő célja a pszichológiailag alapvetően egészséges személyeknek segíteni fejlődési és szituációs problémáik megoldásában, azaz életszerepeik optimalizálásához és kibontakozásához is segítséget nyújt a döntésekben, változásokban, krízisekben, a problémahelyzetekben való segítségnyújtás mellett. Nem a korrekciós tevékenységet, a hiányok elrendezését, a súlyos dezintegráció rendezését tekinti céljának (mint a terápia), hanem a személyiség kibontakoztatását. A professzió legfőbb jellegzetessége a komplexitás, jellemzője az interdiszciplináris jelleg, a holisztikus megközelítés” (BÁTHORY–FALUS 1997, 224).

A tanácsadás ebben a megközelítésben nem azonos a pszichológiai tanácsadással, hanem a pszichológiai tanácsadás csak része a tanácsadás sokféle tevékenységrendszerének. A pszichológiai tanácsadás kizárólag pszichológusi diplomával végezhető. Hazánkban a tanácsadó szakpszichológus képzés a pszichológusi alapidiplomára épülő, posztgraduális képzési forma (RITOÓK 2009).

A tanácsadás ott vált gyakorlattá, ahol bizonyos problémák gyakrabban fordulnak elő (BUDA 2009). A tanácsadás középpontjában az aktuális élethelyzeti probléma áll, amelynek megoldásán a jelenre összpontosítva, tudatos szinten dolgozik a tanácsadó támogatásával a tanácskérő. Ez a folyamat preventív célokat is szolgál, hiszen a probléma optimális megoldása elősegítheti a további problémák megelőzését.

A tanácsadás sajátosságai Buda Béla szerint:

- A foglalkozásnak konkrét céljai vannak, a tanácsadó ennek érdekében aktív, támogató, gondoskodó.
- A tanácskérő sok információt és instrukciót kap, hogy a problémahelyzethez illeszkedő, megfelelő megoldásokat megtalálja, és dönteni tudjon.
- A tanácskérőnek lehetősége van arra is, hogy az érzelmeiről beszéljen, és azok feldolgozását is segítheti a tanácsadás.
- Előfordulhat, hogy a kognitív változás elérése szükséges az adott problématerülettel kapcsolatosan. Ezt a tanácskérő gondolkodásmódjában, attitűdjében bekövetkező változást is képes elősegíteni a tanácsadás.
- Amennyiben a külső erőforrások mozgósítására van szükség, a tanácsadás ehhez is hozzájárulhat.

Süle Ferenc (2009) szerint a tanácsadás problémacentrikus, vagy legalábbis abból kiinduló lélektani munkahelyzet. Akkor jön létre, ha a tanácskérő felismeri a problémáját, de azt komoly próbálkozásaival sem sikerül megoldania, így belátja, hogy szakember segítségére van szüksége, és ezért lépéseket is tesz. A fenti mondatok a tanácsadás alaphelyzetét jellemzik, amikor a tanácskérő önként keresi fel a tanácsadót. A pedagógiai tanácsadás eseteiben azonban előfordulhat az is, hogy a tanácskérő nem önként jelentkezik, hanem valaki küldi. Például ha a bölcsőde úgy alakítja ki az egyéni tanácsadási gyakorlatát (ami még nem jelent meg az intézményrendszerben), hogy csak egy olyan kolléganő van, aki képzett tanácsadásból, akkor a csoportban dolgozó kisgyermeknevelők hozzá küldhetik a szülőket, ha tanácsot kérnek. Ebben az esetben a tanácsadónál valószínűleg úgy jelenik meg az anyuka, hogy a kisgyermeknevelője küldte, de természetesen itt is fontos megnyerni a tanácskérőt az együttműködésre. Előfordulhat az is, hogy maga a tanácsadó pedagógus ajánlja a fel a segítségét a szülőnek. Például ha egy nem beszélő 2 éves kisgyermek kerül a csoportjába, és az anyuka panaszkodik, hogy nem tudja, miért nem beszél a gyermeke, akkor nyugodtan felvetheti, hogy „Kedves anyuka, mi itt a bölcsődében is mindent megteszünk, de ha gondolja, szívesen segíték megoldást találni arra, hogy a család otthon mivel tudná elősegíteni a gyermek beszédfejlődésének a felgyorsulását”. Ha erre a felvetésre az anyuka úgy reagál, hogy „De örülök, nagyon köszönöm”, akkor a tanácsadási alaphelyzet már önkéntesnek tekinthető. Az esetleges ellenállások kezelése révén elérhető, hogy a tanácskérő maga is dolgozni akarjon a problémája megoldásán, és kérje fel a tanácsadót a segítségnyújtásra.

4.1.1. A tanácsadás lehetséges eredményei

- A tanácsadás segítségével az aktuális életprobléma megoldása vagy enyhülése következik be.
- A tanácsadás alkalmazásával a tanácskérő személyek olyan új készségeket, stratégiákat tanulnak, amelyek segítségével hasonló problémákat eredményesebben tudnak kezelni a jövőben.
- A tanácsadás stimulálja a személyiség energiáját és kapacitását a hatékonyabb társas együttműködésre, a jobb szociális beilleszkedésre.
- Az érzelmi feszültség csökken.
- A személyiség érettebbé, fejlettebbé válik, vagy
- az életvezetésben kedvező változások állnak be (BUDA 2009; McLEOD 2003).

A tanácsadás mint foglalkozás vagy szakma jelentős differenciálódáson ment keresztül. Alkalmazási területei az egész életre kiterjednek. Dolgozik egyénekkal, csoportokkal, közösségekkel és szervezetekkel is. Dinamikus, állandóan fejlődő, kreativitást igénylő, széles körű szakmai tevékenység. „Segítségével a kliens átgondolja belső élményeit, aktuális élethelyzetét és problémáit, átélheti a ventilláció okozta megkönnyebbülést. Lehetővé teszi a kognitív strukturálódás élményét, megtanít a problémák közötti eligazodásra, segíti a döntés-előkészítést, a döntéshozatalt, modellt nyújt a megoldáskereséshez, több alternatíva keresését teszi lehetővé, segít a szokásoktól megszabadulni, hangsúlyozza a kliens felelősségét, segíti érzelmeinek tisztázását, az énkép korrekcióját, a kliens érzelmi és kapcsolatteremtési zavarainak felismerését, leküzdését, csökkentését” (MURÁNYI 2006, 227).

4.1.2. A tanácsadás szintjei

A támogató-segítő beavatkozások általában igazodnak a tanácskérő igényeihez és személyiségéhez, ennek megfelelően különböző mélységűek lehetnek és időigényük is különböző.

A tanácsadási szintek erre az eltérő mélységű beavatkozásra utalnak, az ezt követő szinteken általában már pszichoterápiás megközelítésekre van szükség.

A szakirodalom három tanácsadási szintet különít el:

- Az első szinten az információs tanácsadás, más néven *orientáció* történik. Ez általában rövidebb, kevésbé időigényes folyamat, és fő feladata az információátadás. Több segítő foglalkozásnál is megjelenik; alkalmazzák mentorok, szociális munkások, esetmenedzserek, coachok és tanácsadók is.
- A második szinten *konzultációról* beszélünk, amely irányítást, támogatást jelent, a probléma megoldására irányuló erőforrás összpontosítását. Kicsit hosszabb időtartamú, kevésbé konkrét kísérés, vezetés. Ezen a szinten az információnyújtás mellett annak a feldolgozását és a döntéshozatalt is segítjük. Tanácsadók esetében jellegzetes.
- A harmadik szinten a *pszichológiai tanácsadás* található, amely időigényesebb folyamat, mint a konzultáció. A támogatás elsősorban a személyiségre irányul – ilyenkor erőforrás-átstrukturálás és -összpontosítás történik. A pszichológiai tanácsadás a személyiségben rejlő, a döntést nehezítő vagy akadályozó tényezőkkel való foglalkozás, mely rövid pszichoterápiák irányába mutat. Elsősorban a pszichológusok dolgozhatnak ezen a szinten (VÁRY 2012).

Magunk az első két szintet tartjuk a pedagógiai tanácsadás szintjének. Amennyiben ennél bonyolultabb problémahelyzettel találkozik a tanácsadó pedagógus, a tanácskérőt célszerű pszichológus kollégához irányítania.

A tanácsadási tevékenységnek egyébként van egy tájékoztató, továbbirányító funkciója is. Azokban az esetekben, amelyekben nem a tanácsadó illetékes a segítségben, szükséges olyan helyre irányítania a tanácskérőt, amely szakszerűbb ellátást tesz lehetővé. Például előfordulhat, hogy a tanácsadó egészségügyi kivizsgálást javasol, amikor a gyermek súlyos étkezési problémájával keresi meg az anyuka. Lehetséges, hogy a probléma jellege azt teszi szükségessé, hogy munkajogi kérdésekben segíteni tudó helyre irányítsa a szülőt. Nagyobb gyermekeknél pályaválasztási tanácsadóhoz való utalás lehet indokolt, vagy esetleg pszichoterápiás kezelésen való részvétel (SÜLE 2009). Különösen fontos, hogy a tanácsadó pedagógus legyen tisztában saját szakmai felkészültségének határaival, és el tudja dönteni, hogy az adott probléma kezelé-

se a pedagógiai tanácsadás kompetenciakörébe tartozik-e, vagy sem. Azokban az esetekben, amelyekben a probléma másfajta szakmai megközelítést igényel, tudnia kell megfelelő szakemberhez irányítani a tanácskérőt. [...]

4.2. A pedagógiai tanácsadás sajátosságai

A mindennapi pedagógiai gyakorlatban sokszor fordul elő, hogy a gyermekek vagy a szülők a pedagógushoz fordulnak tanácsért. Azonban ha választ is kapnak a kérdéseikre, valahogy mégsem tudják megfogadni az elhangzott jó tanácsokat. A pedagógus szakma nincs felkészülve a szakszerű tanácsadásra, a laikus tanácsadásban elhangzó direkt tanácsokkal pedig a tanácskérők nem tudnak mit kezdeni.

A laikus felfogás a tanácsadás kifejezést konkrétan a „tanácsot adni” fogalommal azonosítja, és a helyzettől azt várja, hogy a tanácsadó mondja meg, hogy a tanácskérő mit csináljon az adott problémahelyzetben. A laikus segítő maga akarja megoldani a problémát, mert nem képzett tanácsadó. Nem képzett a segítő beszélgetés lefolytatására, nem ismeri a tanácsadási folyamat lépéseit, és az azokban alkalmazásra kerülő módszereket, például az öndefiníciós és mérlegelési eljárásokat (DÁVID 2012).

A tudományos szakmai felfogás szerint: „a tanácsadás olyan strukturált szakmai tevékenység, amely a módszerek egy meghatározott, körülhatárolható rendszerével rendelkezik, és kifejezetten tartózkodik a direkt tanácsok adásától. Helyette a választási, döntési képességet fejleszt, információt ad, támaszt nyújt, lehetővé teszi, hogy mindkét fél aktívan vegyen részt a folyamatban, nem implikálva a jelentkezőben az aszimmetriát, nem az egészség-betegség dimenzióban helyezi el a jelentkezőt, soha nem prejudikálja, hogy beteg, hanem elakadtnak tekinti. Így a beteggé minősítés kockázata nélkül pszichoterápiás segítséget tud nyújtani, egyfajta mentálhigiénés előszűrést végezhet, s ily módon a prevenció hatékony eszközévé válhat” (MURÁNYI 2006, 227). A képzett tanácsadó nem direkt tanácsokat ad, hanem a kliensét vezeti végig a problémamegoldó folyamaton. Ismeri a segítő beszélgetést és más tanácsadási módszereket. Szakterületén az információk gazdag tárházával rendelkezik. A tanácskérőt belső lelki munkára készítve, elgondolkodtatja az élethelyzete megoldási lehetőségein, és eljuttatja egy önálló döntés meghozataláig, a megoldás kivitelezési módjának kidolgozásáig (DÁVID 2012).

A saját döntés előnye, hogy a tanácskérő saját megoldásai illeszkednek legjobban a személyiségéhez, életvezetéséhez, életútjához. Jobban meg tudja valósítani, mint más javaslatait, mert már átgondolta a lehetőségeket, érzelmileg elköteleződött a megoldás mellett, és a döntési folyamatban előrevetítette a megoldások lehetséges kivitelezési módjait, következményeit. Az önállóan meghozott döntésnek hosszabb távú nevelő hatása van az egyénre, és az az üzenete, hogy a jövőben adódó problémák esetében is képes lesz hatékony problémamegoldásra, döntéshozatalra (MEARNS 1996).

A pedagógiai tanácsadást úgy definiálhatjuk, mint egy „célorientált problémamegoldó tevékenységet, amelyben a pedagógusok személyközi kapcsolaton keresztül nyújtanak támogatást tanítványaik/neveltjeik (vagy azok szülei, nevelői) részére az intézményes nevelés során előforduló élethelyzetek legoptimálisabb megoldása érdekében. Ebben az interakcióban az adott probléma megoldásához kapcsolódó információk feldolgozása történik meg a tanácsadó pedagógus segítségével” (DÁVID 2012, 20). Könyvünkben a kora gyermekkori nevelésben alkalmazott pedagógiai tanácsadás sajátosságaival ismerkedhetünk meg.

4.2.1. A pedagógiai tanácsadás alanya, célcsoportja, azaz a tanácskérő

- **Amikor a szülő a tanácskérő:** A pedagógiai tanácsadásban valószínűleg a szülők fordulnak leggyakrabban tanácsért gyermekük pedagógusaihoz gyermeknevelési vagy egyéb problémáikkal. Sokszor nem mondják ki, hogy „tanácsot szeretnék kérni”, de a gyermek átadás-átvétele során, a szülői értekezleten, a fogadóórán vagy a szülőcsoportos beszélgetések alkalmával tehetnek fel olyan kérdéseket a pedagógusnak, melyeket egyszerű vélemény- vagy információátadással nem lehet kezelni, például: „Hogyan érhetném el, hogy önállóbb legyen?”, „Hogy lehetne szobatiszta, mire óvodába megy?”. Az ilyen kérdésekre reagálva a szülők valószínűleg bevonhatók lennének az egyéni tanácsadásba, melynek révén sokkal hatékonyabb megoldások szülehetnek, mintha egy-egy direkt tanács hangozna el. A kora gyermekkori nevelésben a tanácsadási tevékenység dominánsan a szülők felé irányul, mert a gyermek még túl fiatal ahhoz, hogy életproblémái megoldásában önálló döntéseket hozzon.
- **Amikor a gyermek/tanuló a tanácskérő:** A gyermekek/tanulók különösen közeli kapcsolatban vannak a pedagógusaikkal, és bizonyára sokat is kérdeznek tőlük. Az iskoláskor előtti életkorú gyermekeknél azonban még nem vezethető végig a tanácsadási folyamat. A tanácsadás egy magasabb intellektuális szintet megkívánó metakognitív tevékenységnek tekinthető, ezért a formális műveletek végzésére való képesség kialakulását követően, körülbelül 12 év után célszerű a tanácsadást alkalmazni a tanulók megsegítésére. Amennyiben az életkor és/vagy az intellektus alapján a tanácsadás adekvát segítségnyújtási formának tekinthető, a tanácskérő lehet maga a gyermek/tanuló is (például egy felső tagozatos tanulóval már eredményesen lehet megoldást keresni arra, hogy az otthoni tanulását hogyan tehetné hatékonyabbá).
- **Amikor a tanácskérő egy másik pedagógus kolléga:** Azokban a helyzetekben, amikor a tanácsadó pedagógus egy speciális szakértelem birtokosa az intézményen belül, akkor szakértelmét a tanácsadás révén tudja elérhetővé tenni a kollégái számára. Például az integrációt segítő gyógypedagógusnak vagy a tehetségfejlesztésben speciálisan képzett tehetségnevelő pedagógusnak tudnia kell segíteni a többi pedagógust a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek optimális fejlesztésében. Ezekben az esetekben a tanácsadás nemcsak szülőkre, hanem a nevelőkre, a többi pedagógusra is kiterjedhet. Ide sorolhatjuk azokat a helyzeteket is, amikor a kollégák megbeszélik egymással vagy a vezetővel egy-egy gyermek esetét, illetve azokat a nevelőtestületi összejöveteleket, amelyeken a pedagógiai szempontból problémás esetek megbeszélése a téma.

A tanácsadásban részt vevő tanácskérő maga is komoly intellektuális és érzelmi munkát végez a tanácsadási folyamatban, míg az életében előforduló problémák megoldásának útját keresi. Ezért a jelentős intellektuális deficittel rendelkező szülők esetében más segítő módszerek alkalmazását célszerű választani, és bizonyos életkor (serdülőkor) alatt a pedagógiai tanácsadást a gyermeknél sem célszerű alkalmazni. Az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők esetében tehát a pedagógiai tanácsadás alanyai elsősorban az olyan szülők, illetve szülői csoportok, akik intellektuálisan és személyiségükben az egészséges „normál” csoportba tartoznak, de aktuális élethelyzetükben elakadtak a kisgyermeknevelési kérdésekben, ezért támogatásra szorulnak. Megfelelő információk birtokában a tanácsadó pedagógus támogatásával maguk is képesek a probléma megoldásának alternatíváit megtalálni, és a nevelési módszereiket úgy alakítani, hogy gyermekük fejlődését az optimális irányba tereljék.

A kora gyermekkorban alkalmazott pedagógiai tanácsadási tevékenység alapvető célja az aktuális élethelyzetben kisgyermeknevelési kérdésekben elakadt szülők segítése, nevelői hatékonyságuk növelése, szülői kompetenciáik erősítése; annak elősegítése, hogy az otthoni környezetben a családi nevelés során is olyan hatások érhék a gyermekeket, amelyek az optimális fejlődés feltételeit biztosítják számukra.

A szakszerű pedagógiai tanácsadás jellegzetessége, hogy végig tudja vezetni a tanácskérő szülőket egy problémamegoldó, döntés-előkészítő folyamaton. Elgondolkodtatja őket a saját problémájuk megoldási lehetőségeiről, és személyre szabott alternatívák megtalálását tudja elősegíteni. Nem direkt tanácsok adásáról van tehát szó, hanem a tanácskérő belső munkájának a vezetéséről, annak érdekében, hogy saját és egyedi megoldást találjon a problémájára.

4.2.2. A kora gyermekkori pedagógiai tanácsadás körébe sorolható problématerületek

A tanácsadás *interdiszciplináris* jellegű, azaz több tudományterület együttesen jelenik meg benne. A tanácsadói szakértelem legalább két tudományterület metszéspontján helyezkedik el, és a tanácsadónak mindkét terület kompetenciáival rendelkeznie kell. Az első tudáshalmazt a segítő szakmákra jellemző általános készségek, az alapvető tanácsadói kompetenciák jelentik.

A második tudományterület a szakmaspecifikus ismeretek, tehát esetünkben a kora gyermekkori nevelés korszerű szakértelme. Ezek a szakmai ismeretek teszik lehetővé, hogy a probléma megoldásához szükséges információk beáramoljanak a tanácsadási folyamatba. Ezt a tudáshalmazt nevezzük szakterületi vagy speciális kompetenciáknak (RITOók 2009).

A pedagógiai tanácsadás során az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők a kora gyermekkorban felmerülő általános, „normál” nevelési kérdések esetében hivatottak tanácsot adni, és olyan problémahelyzetek megoldásának támogatását tudják felvállalni, melyeknek ők a szakértői.

Ilyen problématípusok lehetnek például:

- Milyen a gyermek fejlődését segítő optimális napirend, és hogyan alakítható ki?
- Hogyan szoktatható be zökkenőmentesen a kisgyermek a bölcsődébe/óvodába?
- Milyen játéktevékenységre van szüksége a kisgyermeknek? Az esetleges játékvásárlásnál a szülők milyen szempontokat vegyenek figyelembe?
- Az IKT-eszközök használatát hogyan szabályozzák a szülők otthon?
- Mit tehetnek a szülők, hogy önállósodjon a gyermekük?
- Hogyan alakítható ki a szobatisztaság?
- Milyen alvási-pihenési szokások segítik leginkább a gyermekek fejlődését?
- Milyen nevelési módszerekkel serkenthető a gyermekek mozgásának vagy beszédének a fejlődése?
- Hogyan segítheti a szülő gyermeke óvoda-/iskolaéretté válását?

Ezek a kérdések nagyon sok szülőt foglalkoztatnak, de nehezen találnak szakembert, akivel mindezeket átbeszélhetik és személyre szabott megoldást találhatnak. A pedagógiai tanácsadás módszerét ismerő, felkészült kora gyermekkori nevelő számára a szülők ilyen módon történő támogatása természetes feladat.

4.3. A tanácsadás módszerei

A szakszerű tanácsadást az jellemzi, hogy a tanácskérőt végigvezeti egy problémamegoldó folyamaton, és a végére kirajzolódnak számára a problémahelyzetére szóba jöhető megoldási lehetőségek és a megoldás mikéntje. A tanácsadási folyamatot különböző módszerek alkalmazásával lehet eredményesebbé tenni. A jól megválasztott módszerek aktivizálják és belső munkára készítetik a tanácskérőt, a tanácsadás folyamatát gördülékennyé teszik, és biztosítják a problémahelyzet megoldása irányába történő előrehaladást. A helyesen megválasztott, jó színvonalon alkalmazott módszerek biztosíthatják a tanácsadás sikerét, a tanácskérő elköteleződését az együttműködésre.

A pedagógiai tanácsadás főbb módszerei:

- **A célzott beszélgetés vezetésének módszerei**, amelyek lehetővé teszik, hogy a tanácskérő által megfogalmazottakból építkezve mélyítse el és tartsa a probléma megoldásának szempontjából lényeges irányban a tanácsadó a folyamatot.
- **Az öndefiníció alakulását elősegítő módszerek**, kérdőíves vagy egyéb öndefiníciós eljárások, melyek a tanácskérő problémájával kapcsolatba hozható önismeretét fejlesztik.
- **A mérlegelési és döntési eljárások**, amelyek az alternatívák közötti választást segítik elő.
- **Az információhordozó eszközök használata** a tanácsadás témájához kapcsolódóan.
- **A megfelelő szakmai kapcsolattartás**, amely biztosítja, hogy szükség szerint más helyszíneken is segítséget kapjon a tanácskérő (DÁVID 2012).

A tanácsadási módszerek alkalmazása gyakorlatilag olyan szakmai fogásokat jelent, amelyek segítségével a tanácsadási folyamat lebonyolítható. Jó színvonalú alkalmazásuk kialakíthatja a tanácsadás sikerét, a kliens és a tanácsadó kölcsönös meglegedettségi érzését.

4.3.1. Beszélgetésvezetés

A kommunikáció minősége minden emberi kapcsolatot jelentősen befolyásol, így a szülő-gyermek-pedagógus kapcsolatot is. A hatékony kommunikáció segítségével megteremthető az együttműködés a szülők és a pedagógusok között, kezelhetővé válnak a konfliktushelyzetek, sőt a pedagógusok a szülők segítőjévé válhatnak az „átlagos”, „normál” kisgyermeknevelési kérdésekben, problémahelyzetekben. „Az kommunikál hatékonyan, aki képes a szándékai szerinti mondanivalót úgy közvetíteni, hogy azt a többiek nem értik félre. A jó, eredményes kommunikáció kulcsa a megértés és megértetés, az információk torzításmentes átadásának és fogadásának képessége. [...] [A] hatékony kommunikáció egyik legfontosabb célja az egymással való érintkezés világos, egyenes, attribúciók, ítéletek és büntetések nélküli módjainak és annak a képességnek a kialakítása, hogy az emberek problémamegoldás, ne pedig erőszak és manipuláció útján rendezzék vitáikat és konfliktusait” (KOVÁCS 2007, 72).

A professzionális magas szakmai színvonalú kommunikáció elsajátítása hosszú gyakorlási igényel. A tanácskérő szülőre figyelő és az ő szükségleteihez illeszkedő célzott beszélgetés vezetésére való felkészítés a segítő szakmák képzése során mindenhol kiemelt figyelmet kap, és fontos része a jelen tananyagnak is.

A latin eredetű *kommunikáció* kifejezés jelentése: közzététel, a gondolatok közlése a hallgatókkal (BAKOS 2007). „A kommunikáció szorosan vett lényege az, hogy egy bizonyos hír, üze-

net, információ eljut a küldőtől a befogadóhoz. Ez azonban a kommunikációnak csak az egyik iránya. Az üzenet fogadásához és megértéséhez hozzátartozik az üzenet tartalmára történő reagálás is, vagyis a fogadó részéről a megértés visszajelzése cselekvéssel vagy válaszüzenet küldésével. Ez jelenti a kommunikáció másik irányát. A kommunikáció tehát kétirányú folyamat, amelyben a küldő és fogadó fél között az információ oda-vissza áramlik” (CZUPRÁK–KOVÁCS 2017, 81). A kommunikáció általános modellje a pedagógusok képzésében több alapozó tárgynál is megjelenik. Közismert, hogy a közvetlen emberi kommunikáció kétszemélyes elméleti modellje (FODOR–KRISKÓ 2014) az „adó”–„vevő” fogalmakkal írja le ezt a kétszemélyes kommunikációs helyzetet. Az éppen beszélő, közlő felet hívják „adó”-nak, aki megfogalmazza, „kódolja” a mondanivalóját, és egy „csatornán” keresztül elküldi partnerének az üzenetet. A másik fél megpróbálja megérteni, amit felé közvetítenek, vagyis „dekódolja” az információt. Ő van a „vevő” szerepében. Ezek a szerepek váltakoznak a kommunikációs folyamat során.

Professzionális szakmai kommunikációról akkor beszélhetünk, ha a pedagógus mind az adó, mind a vevő kommunikációs helyzetében hatékonyan működik. A vevő szerepében képes meghallgatni a szülőket, pontosan dekódolja, megérti a beszélgetőtársa verbális, nonverbális és metakommunikatív üzeneteit, és azt vissza is tudja tükrözni számára. Az adó szerepében pedig – a kommunikációs partnere jellemzőit is figyelembe véve – olyan pontosan fogalmaz, hogy a félreértés lehetőségét is elkerülje. A professzionális szakmai kommunikáció készségeihez a szaknyelv és a szakkifejezések választékos használata is hozzátartozik.

A kommunikáció az emberi élet szükségszerű velejárója. Nem lehet nem kommunikálni, mert bármit tesz a személy, annak kommunikációs értéke van a többi ember számára. Ha egy helyzetben semmit sem tesz és mond valaki, az a viselkedés sokat jelent a többiek számára. A kommunikáció mindig két szinten zajlik: van egy tartalmi szintje, amiről a beszélgetés folyik, és van egy viszonymeghatározó szintje, amely a kommunikáló felek egymáshoz való viszonyáról ad információkat (BUDA 1986; FODOR–KRISKÓ 2014). Például ha a reggeli átvételnél-átadásnál a kisgyermeknevelő megkérdezi az anyukát, hogy a gyermek reggelizett-e, és meghallgatja a válaszát, akkor a kommunikáció tartalmi szinten a reggelizésről zajlik. A kérdés hangsúlya, a tekintet, a mosoly megléte vagy hiánya, az odafordulás, a köztük lévő távolság ugyanakkor sok mindent elárul arról, hogy milyen kapcsolatban vannak egymással. Ez jelenti a viszonymeghatározó szintet.

A következő alfejezetben a tudatos kommunikációs technikák (mikroskillek) ismertetése történik meg, a kora gyermekkori pedagógiai tanácsadásban alkalmazható példákkal illusztrálva.

4.3.2. Beszélgetési fogások – mikroskillek

Mikroskilleknek nevezi a szakirodalom azokat az apró beszélgetésvezetési fogásokat, amelyek segítségével a tanácsadó a tanácskérő által mondottakra reagál, és/vagy saját gondolatait, érzéseit elmondja. A mikroskillek fajtáinak két nagy csoportja van, a *figyelési* és a *befolyásolási fogások* (IVEY–DOWNING 1980). Figyelési fogások névvel illeti a szakirodalom a dekódolás mikroskilleit, amikor a tanácsadó a vevő kommunikációs szerepében van. Befolyásolási fogásoknak pedig az adó kommunikációs szerepében megjelenő kódolás kommunikációs készségeit hívják.

A kommunikációs helyzetben a másik személy által mondottak önkéntelenül is gondolatokat ébresztenek, érzelmi reakciókat váltanak ki, válaszmegnyilvánulásokat idéznek elő. A beszélgetés feltehetően abban az irányban halad tovább, amilyen irányt a mondottak megszabnak. A hatékony kommunikátor tudatosan használja a beszélgetésvezetési fogásokat, mert tudatában

van annak, hogy melyik mondata várhatóan milyen válaszreakciót vált ki, milyen hatása van, azaz mit indukál.

Indukciónak nevezi a szakirodalom azt a jelenséget, amikor a kommunikációs helyzetben attól is függenek a részt vevő felek reakciói, amit a másik fél tesz és/vagy mond (MUCHIELLI 1992). Ez részben azt jelenti, hogy a tanácskérő által közölt tartalmak és a tanácsadó által közölt tartalmak is meghatározzák a beszélgetés irányát. A tanácsadói beszélgetést tehát úgy kell vezetni, hogy a tanácskérő spontán önkifejezését segítse elő, és egyéb indukált reakciókat ne váltson ki. A beszélgetés során a figyelem középpontjában a tanácskérő áll, és az általa elmondottakból bomlik tovább a beszélgetés fonala. Ritkán tekinthető kívánatosnak, hogy a tanácskérő által fontosnak tartott témájától eltérjünk. Figyeljünk oda gondosan, és a tanácskérő elmondja nekünk mindazt, amit tudnunk kell – írja Ivey (IVEY–DOWNING 1980). A hatékony tanácsadók nem távolodnak el a tanácskérő témájától, nem szakítják őt félbe, nem váltanak át indokolatlanul másik témára, hanem a tanácskérő által elmondottakat képesek tovább bontani, így mélyítve el a beszélgetést, biztosítva az előrehaladást. A tanácsadásban emellett egy problémamegoldó folyamaton is végig kell kísérni a klienst, így szükségszerű is a beszélgetés direkter irányítása (DÁVID 2012).

A tanácskérőre összpontosított beszélgetésvezetés jellegzetességei, hogy a tanácsadó előítélet nélkül áll a tanácskérő rendelkezésére. Nyíltan érdeklődik iránta, és bátorítja a spontán önkifejezését. A tanácskérő igényeihez igazodik a segítségnyújtás, a tanácsadó pedagógus pedig abban segít, amire a szülőnek szüksége van. A tanácsadó magatartása nem megítélő – elfogadja a szülőt anélkül, hogy kritizálná, és nem akarja irányítani vagy ellenőrizni. A beszélgetést ugyanakkor a tanácskérő kezdeményezi és irányítja. A tanácsadó igyekszik a szülőt a saját nyelvén megértetni, és felfedezni a szubjektív világlátását. Mindemellett erőfeszítéseket tesz, hogy objektív maradjon, és közben tartsa az ellenőrzést a beszélgetés során (MUCHIELLI 1992).

A gyógyító beszélgetésnek három szintje különíthető el:

- Az első szinten a közlés található, amit a tanácskérő mond.
- A második szint a tanácsadó információfeldolgozó munkáját tükrözi, melynek révén szétválasztja az irreleváns tartalmakat az önfeltárástól, majd az önfeltárással összefüggésben a dekódolására és megértésére törekszik, figyelembe véve a nonverbális és vegetatív jeleket, valamint a rejtett üzeneteket.
- A harmadik szinten a tanácsadó reagál a közlésre, a feldolgozott információkat strukturálja és visszajelzi a tanácskérőnek. Ennek a visszajelzésnek a mélysége összhangban van a tanácskérő önéxplorációjával (Helm, idézi TRINGER 2007, 91).

Beszélgetésvezetési módszertanunk a humanisztikus pszichológia alapelveihez áll legközelebb, a Carl Rogers nevével fémjelzett nondirektív vagy ügyfélközpontú beszélgetésvezetéshez. Rogers 1950-ben használta először a *Client-Centered Therapy* művében az „ügyfél” (kliens) – és nem „beteg” – kifejezést, mert ezzel is azt jelezte, hogy a személy segítséget kér ugyan a problémája megoldásához, de ezzel nem veszíti el sem a szabadságát, sem a felelősségét a helyzet megoldásában. A személyközpontú megközelítés humanisztikus attitűdöt, a klienshez való pozitív hozzáállást és az ilyen meggyőződésből fakadó bánásmódot jelent. Rogers gondolatmenetének központi eleme, hogy minden egyén önmagán belül olyan kimeríthetetlen erőforrásokkal rendelkezik, melyek révén megértheti önmagát, módosíthatja alapvető attitűdjeit és az általa irányított viselkedéseket. Szerinte ezek az erőforrások csak akkor aknázhatók ki, ha a személyt facilitáló jellegű pszichikus attitűdök atmoszférája veszi körül. Egy elfogadó, szeretetteljes légkör, amelyben a tanácskérő biztonságban érzi magát, nagymértékben hozzájárulhat

a tanácsadás sikeréhez. A fejlődést elősegítő klímát az alábbi kulcsszavakkal írta le: *nondirektivitás, empátia, feltétel nélküli elfogadás, kongruencia* (ROGERS 1996).

A nondirektivitás olyan viselkedési stílust jelent, amely nem irányítja, nem tereli bizonyos következtetés felé a beszélgetést, óvakodik az értékítéletektől, és a magatartásával bátorítja a másik kezdeményezését. A nondirektivitás a másik személy autonómiájának a feltétlen elfogadása.

Az empátia általában beleérző, átélő képességet jelent. Pintér (2009) szerint ez a „beleérző megértés” olyan tanácsadói kapcsolati képességet jelent, amely a másik ember élményeit, érzéseit és azok személyes jelentését pontosan és érzékenyen ragadja meg. A verbális és a nonverbális kommunikáció valamennyi aspektusának kifinomult, szelektív észlelési képessége, s ezen észlelések összeállítására egységes egészzé. Az empátias kapcsolatban fontos megtalálni azt a pontot, ahol a tanácsadó kellően átérzi a tanácskérő helyzetét, ugyanakkor nem vonódik be annyira a problémába, hogy az érzelmileg magával sodorja. Ha ugyanis a tanácsadó is involválttá válik a problémahelyzetben, akkor szinte alkalmatlanná válik a segítő szerepre. Minél érettebb a tanácsadó személyisége, annál magasabb fokú empátiát képes nyújtani.

A bizalom központi jelentőségű Rogers elméletében. A tanácsadó érezheti a kliensével, hogy feltétlenül bízik az erőfeszítéseiben és abban a készségében, hogy az életvezetésében változtatást tud létrehozni. A tanácskérőt tisztelettel, megbecsüléssel, negatív érzelmek nélkül fogadja el. Szerinte a változás az emberben fejlesztéssel, neveléssel, tanítással elérhető.

Rogers fontosnak tartja az autenticitást, vagyis az élmény és a cselekvés egybevetését, a tapasztalás és tevékenység megfelelését, kongruenciáját. Egyszerűbben fogalmazva, értékesnek tartja azt a működésmódot, hogy annak megfelelően cselekedjen az ember, amit érez, és amit gondol, így válik hitelessé a viselkedése.

A segítő szakember szerepét Rogers elsősorban abban látja, hogy a tanácskérővel jobban megértesse saját helyzetét, és a tanácsadó megértésén keresztül megerősítse gondolkodását (MUCHIELLI 1992). Ahhoz, hogy mindez megtörténhessen, a kliensnek beszélnie kell, a tanácsadónak pedig tudnia kell „beszéltetni”.

A diádikus segítő kapcsolati munkaformák, azaz a kétszemélyes kapcsolatban folytatott tanácsadási helyzetek közös vonása, hogy „[a] segítő magatartás a segítségért folyamodó személyt és szükségleteit állítja a középpontba. A dialógus súlypontja a kliensnél van. A segítő személy célja a kliens önfeltárásának (self disclosure) és önexplorációjának elősegítése. A kérdező stílusa nyitott, a segítő nem formál véleményt a kliens által közöltekről, és nem ítélik meg, hanem a kliens mélyebb átgondolásait és helyzetének, problémáinak új, más szempontú meglátását animálja. Motivál, metakommunikatív és nonverbális viselkedése támogató, bátorító, elfogadó, megerősítő, inspiratív és felebaráti megértést sugall. Arra törekszik, hogy a szemkontaktussal, mimikai üzenetekkel, hangtónusával, mosolymegerősítéseivel, gesztusaival, nyugodt, higgadt, békés kommunikációjával megteremtse azt a meleg, elfogadó légkört, amelyben a kliens szabadnak érezheti magát és biztonságban lehet” (BAGDY 2009, 59–60). Ilyen kétszemélyes helyzetnek tekinthető az egyéni tanácsadás, ahol csak a tanácsadó pedagógus és a tanácskérő szülő van jelen.

A beszélgetésvezetési fogások mikroskilljeit Ivey és Downing (1980), Gordon (1990), Borgen és munkatársai (1995), valamint Amundson és munkatársai (2013) írásai és saját tapasztalataink alapján tekintjük át.

Figyelési fogások

A figyelési fogások mikroskilljei a meghallgatás készségei. Lehetővé teszik a tanácskérők mondanivalójának értő figyelmű meghallgatását, nyomon követését és a hallottak visszatükrözését, a vevő kommunikációs szerepében a közölt tartalmak dekódolását. A figyelési fogások alkal-

mazásával a tanácskérő úgy érezheti, hogy meghallgatják, elfogadják, megértik őt. Bátorságot merít belőle ahhoz, hogy önmagáról, az őt foglalkoztató problémákról, esetleges kérdéseiről, dilemmáiról őszintén beszéljen. Természetesen ez legtöbbször nemcsak egy „elmondást” jelent, hanem valódi belső munkát, az adott témakör átgondolását, feldolgozását is. A vevő kommunikációs szerepében a tanácsadó pedagógusnak pontosan kell dekódolnia a szülők verbális, nonverbális és metakommunikatív üzeneteit, és vissza is kell tudnia azt tükrözni számukra. Ezek a készségek teszik lehetővé a mondanivaló pontos megértését, egyeztetését.

A figyelési fogások egyrészt viselkedéses úton jelzik, hogy a tanácsadó készen áll a meghallgatásra, a tanácskérő nyugodtan beszélhet. A tanácsadó testbeszéde megfelelő, a tanácskérő felé fordul, tartja a szemkontaktust, figyelő tekintete és arckifejezése azt tükrözi, hogy érdeklő, amit a másik mond.

A figyelési fogások másrészt szóbeli megnyilvánulásokat is jelentenek. A verbális követés mikroskilljeiben a szavak szintjén is kifejeződik az érdeklődés a tanácskérő mondanivalója iránt. A szóbeli megnyilvánulásokkal alkalmazott figyelési fogások hatására a tanácskérő szülő aktívabbá válik, szabadabban beszél önmagáról, a beszélgetés elmélyül. Az érzések, gondolatok megfogalmazásának hatására a verbalizált intrapszichés tartalmak tudatossá válnak, a tanácsadó által történő visszatükrözés pedig lehetőséget ad a tanácskérőnek arra, hogy mintegy külső megfigyelő, rálásson saját pszichés tartalmaira (érzéseire, gondolataira, attitűdjére), és dolgozzon azokkal.

A figyelési fogások alkalmazását a tanácsadás minden szakasza megköveteli, de különös jelentősége van a folyamat kezdetén, a problémafeltárás és a tisztázás lépésében.

A figyelési fogások fajtái

A tanácsadási beszélgetés során is az adó, illetve a vevő kommunikációs szerepében van a tanácsadó és a tanácskérő. Attól függően, hogy éppen ki beszél, és ki hallgatja a másikat, percről percre cserélődnek a szerepek. A figyelési fogásokat a vevő kommunikációs szerepében mondhatja a tanácsadó. Alkalmazásuknak kettős célja van: egyrészt beszéltetni a tanácskérőt, előhívni az érzéseket, gondolatokat, másrészt visszatükrözni a tanácsadó dekódolásának az eredményét, azt, hogy hogyan érti, amit a tanácskérő mondott. Gordon (1990) hívogatóknak nevezi azokat a beszélgetésvezetési fogásokat, amelyek elősegítik, hogy a másik ember megnyíljon, és arra bátorítják, hogy beszélni kezdjen, vagy folytassa, amit elkezdett.

Magunk a hívogató készségek közé soroljuk a hívó szót, a minimális ösztönzést, a nyitott kérdést, a zárt kérdést és a reflektivitást elősegítő kérdést. A visszatükrözés készségei közé pedig a parafrázist, az érzelem-visszatükrözést, az összegzést és a visszautalást.

Hívogató mikroskillek

- **Hívó szó.** Általában a beszélgetés elején alkalmazott mikroskill, amelyet leggyakrabban a beszélgetés indítására használnak a tanácsadás során. Szó értékű verbális megnyilvánulás, amely azt jelzi, hogy a tanácsadó készen áll a meghallgatásra. „Tessék!”, „Parancsoljon!”, „Hallgatom!”, „Figyelek!”, esetleg „Miben segíthetek?”. Tágra nyitja a beszélgetés témakörét, és lehetővé teszi, hogy a szülő arról beszéljen, ami őt foglalkoztatja, ami miatt a tanácskérőt felkereste. A hívó szó alkalmazásának célja, hogy elindítsa vagy továbbbontsa a beszélgetést anélkül, hogy meghatározná annak témáját vagy irányát. A beszélgetés menetében alkalmazott hívó szó („Folytassa”, „Értem”, „Igen” „Tényleg?” stb.) azt jelezi a tanácskérő számára, hogy tovább folytatható a megkezdett mondanivaló, együtt haladunk a gondolatmenetével, nem akarjuk megszakítani, beszélhet tovább. A hívó szó hatására a tanácskérő bizonytalansága megszűnik, és elkezd beszélni.

- **Minimális ösztönzés (késztetés).** Olyan rövid verbális megnyilvánulások sorolhatók ide, amelyek még szó értékkel sem bírnak, inkább a hűmmögés kategóriájába sorolhatók. („Hmmm”, „Ühüm”, „Aha”, „Ó”). A minimális ösztönzés jelzi a tanácskérő számára, hogy a tanácsadó figyel, de nem akarja félbeszakítani, folytathatja a mondanivalóját, követik a gondolatait. Ez nagyon egyszerű, de hatékony válaszmód, amely szinten tartja az interjút, biztosítja annak zökkenőmentes menetét, tovább beszélgeti, aktivizálja a beszédbe már belelendült tanácskérőt, és jelzi számára, hogy nem akarják megzavarni a gondolatmenetét. A meghallgatni tudás képessége fontos tanácsadói készség, a minimális ösztönzés pedig ennek kiváló módszere.
- **Nyitott kérdés.** A kérdések feltevésének azt a módját hívjuk nyitott kérdésnek, amely a bővebb kifejtés, részletesebb elbeszélés igényét sugallja. Nem lehet rá igennel vagy nemmel felelni. Az ilyen kérdésfeltevés gyakorlatilag egy beszélgetésre való felhívás. Például: „Beszélne erről egy kicsit részletesebben?”, „Kifejtené bővebben?”, „Szeretnék egy kicsit többet hallani erről, hogy jobban értsem a gondolatait.”. A nyitott kérdés hatására a tanácskérő általában bővebb magyarázatba kezd, és igyekszik verbalizálni az érzéseit, gondolatait. A gondolatok szavakba öntése, megfogalmazása egyúttal azt is szükségessé teszi, hogy átgondolja az adott témakört, így ez a mikroskill igazi belső munkára készítet, és megnövekedett önmegértéshez is vezet. Fontos, hogy a tanácsadó változatos mondatkezdést alkalmazzon, ha nyitott kérdést akar feltenni, hiszen ha mindig ugyanazzal a kérdéssel indít, az nagyon gépiesé, őszinte érdeklődés nélkülivé teheti a tanácsadás hangulatát.
- **Zárt kérdés.** A hétköznapi beszélgetésekben hagyományosan a kérdő mondatokat alkalmazzuk az érdeklődés kimutatására és az információszerzésre. A hagyományos kérdőszavas mondataink általában olyan kérdésfeltevéseket tartalmaznak, amelyekre rövid tömönddal vagy eldöntendő kérdés révén igennel-nemmel lehet válaszolni. Például: „Hány éves?”, „Hol lakik?”, „Van-e a gyerekeknek íróasztala?” stb. A zárt kérdés általában behatárolja a témát, és rövid válasz adására készítet; hatására a beszélgetés könnyen megakad, „kikérdezés, vallatás” jellegűvé válik. Nem ad sok lehetőséget a személyközi kommunikációra, és nem facilitálja a tanácskérő intrapszichés munkáját. A zárt kérdések gyakori alkalmazása olyan dinamikát ad a beszélgetésnek, amelyben a tanácskérő úgy érezheti, hogy az ő dolga csak a kérdésekre válaszolgatni, és hogy ő maga nem kezdeményezhet témát, nem fejtheti ki a véleményét, a gondolatait. A zárt kérdés gyakori alkalmazása meggátolhatja a tanácskérőt abban, hogy a számára legfontosabb dolgokról beszéljen, ezért a tanácsadói beszélgetésekben célszerű kerülni a zárt kérdéseket, és helyettük nyitott kérdéseket alkalmazni. A „Miért?” és a „Hogyan?” kérdőszavas mondatokra adott válaszoknál talán kevésbé jellemző ez a jelenség, mert jobban elgondolkodtatóak. Zárt kérdést csak azokban a helyzetekben célszerű alkalmazni, ha valamely információt pontosítani, tisztázni szeretnénk, vagy valamelyik témának hangsúlyt szeretnénk adni, esetleg szűkíteni akarjuk a beszélgetés tárgykörét.
- **Reflektivitást elősegítő kérdés.** A reflektivitást elősegítő kérdések speciális zárt vagy nyitott kérdések, amelyek önmagukról gondolkodtatják el a tanácskérőket. „Az önreflexió egyike azon képességeinknek, amelyek nemcsak a személyiségfejlődésben, hanem a személyes célok elérésében és az aktív életvitelben is hasznosak lehetnek. Az önreflexió során képesek vagyunk önmagunkat viszonylag semlegesén érzékelni és elemezni, amelynek révén a további lépéseinkre vonatkozóan következtetéseket tudunk levonni. A módszer segítségével elgondolkodhatunk magunkon. Célja, hogy a saját magatartási

formák tudatosuljanak, azokat meg tudjuk kérdőjelezni és szükség esetén változtatni.²⁹³ Az önreflexió az ember saját viselkedésének, cselekvéseinek, gondolatainak, érzelmeinek az értelmezését, elemzését jelenti (SoóSNÉ FARAGÓ 2003). A reflexiókat előtérbe helyező kommunikációs stratégia különböző fókuszokkal rendelkezhet (HAÁSZ 2011). A kérdések lehetnek problémafókuszúak, személyfókuszúak, kapcsolatfókuszúak, változásfókuszúak, elégedettségfókuszúak. Például ha a tanácskérő azt mondja, hogy „Hát az az igazság, hogy én sem foglalkozom eleget a gyerekekkel”, akkor a reflektivitást elősegítő kérdésként a következőket lehetne feltenni: „Miből gondolja ezt? „Mikor lenne elégedett azzal, amennyit a gyerekekkel foglalkozik?” Szükség lehet arra, hogy a tanácskérőt saját tevékenységei, nézetei, viselkedése elemzésére készítsük, önreflexióját fejlesszük. A reflektivitásnak nagy jelentősége van az egyéni tapasztalatok újragondolásában, értékelésében. A reflexió lényeges mozzanat a tudatos változás folyamatában. Lehetővé teszi a problémák új szempontok mentén való átgondolását, a rutinemegoldásokon túlmutató új minták keresését és a belátáson alapuló választást (DOBOS–TISZA–TÓTH 2011). Ez az elemző gondolkodásmód teszi lehetővé az erősségek és az esetleges nevelési hibák és/vagy hiányosságok felismerését, ezáltal teremti meg a fejlődés alapját. Az önreflexió a tanácsadás során az élethelyzetek megoldási folyamatában az önálló problémamegoldó és döntési képességek kialakulását segíti.

A visszatükrözés készségei

A segítő, támogató kapcsolatokban lefolytatott beszélgetésekben, így a tanácsadás során is nagy jelentősége van a tanácskérő által közvetített tartalmak visszatükrözésének. A visszatükrözés újrafogalmazást jelent, amely megmutatja az adó szerepében lévő kommunikációs partnernek, hogy vevő szerepben hogyan értette az adó által elmondottakat. A visszatükrözés során a tanácsadó átstrukturálja újrafogalmazza a tanácskérő által közölteket, mintegy kívülről láttatva a belső pszichés tartalmakat. Ezzel egyezteteti, hogy az elmondottakat hogyan érti, ugyanakkor átgondolásra készíti a szülőt. A visszatükrözés készségei: a parafrázis, az érzelm-visszatükrözés, az összegzés és a visszautalás.

- **Parafrázis.** A parafrázis a tanácskérő által mondott gondolati tartalmak újrafogalmazását és kimondását jelenti, gyakran a hallott legfontosabb szavak felhasználásával, esetleg csak eltérő szórenddel, vagy még ezzel sem (TRINGER 2007). Tömörítve tükrözi vissza és emeli ki a legfontosabb gondolatokat, ugyanakkor a kiemelt tartalom irányába viszi el a beszélgetés fonalát, lehetőséget adva az adott téma elmélyítésére, tovább bontására. Az újrafogalmazás általában nem képes átfogni a közlések egészét, ezért a tanácsadótól függ, hogy a hallottakból mire reagál elsősorban. Fontos, hogy a parafrázis nem a tanácskérő szavainak szajkózása, hanem a teljesebb megértés eszköze. Például ha egy problémafeltáró beszélgetés kezdetén az anyuka a beszélgetést indító hívó szót követően a következőket mondja: „De örülök, hogy tudunk beszélgetni, Éva néni! Már régóta gondolkodtam, hogy el kellene menni valami szakemberhez Petivel, mert olyan kis ügyetlen meg önállóan. Rögtön itt az óvoda, ugye fél év múlva, és ő még a cipőjét se tudja felhúzni egyedül, hát mi lesz vele ott? Rajzolni se tud, meg mindig elesik valamiben, még a járása is olyan ügyetlen. Az apjával meg már veszekedünk is miatta. Azt mondja, hogy én vagyok a hibás, mert annyira kiszolgálom, de hát mindig rohannom kell a munkahelyre.” Ebben a rövid beszélgetésrészben legalább négy beszélgetési irány érzékelhető, és bontható tovább: Az anya aggodalma az óvodába kerüléstől, a mozgásügyetlenség, az

²⁹³ Az önreflexió. http://life-coach.blog.hu/2011/01/22/az_onreflexio_1 (Letöltve: 2018. 01. 25.)

önállósági probléma és az apa-anya konfliktusa. Az, hogy a tanácsadó melyik tartalomra reagál és milyen mikroskill-lel, jelentősen befolyásolja a beszélgetés további menetét. A beszélgetés kezdetén arra van szükség, hogy tovább bontsuk a problémát, elmélyítsük a beszélgetést, ezért célszerű valamelyik irány parafrázálásával továbbhaladni. Ha a visszatükrözés a mozgásfejlettségre vonatkozik („Ha jól értem, a járásban, a nagymozgásokban, a finommozgásban és a rajzolásban is ügyetlenebbnek látja a gyermeket”), akkor a mozgásügyesség irányában halad tovább a beszélgetés, ez a téma mélyíthető el. De ugyanígy parafrázálható lehet a szülők konfliktusa vagy az önállótlanág is. Jól érzékelhető, hogy a beszélgetés további menetét befolyásolja az, hogy a tanácsadó a kliens által elmondottakból mire reagál. Ezt a jelenséget hívtuk indukciónak.

- **Érzelem-visszatükrözés.** A parafrázishoz hasonló visszatükröző mikroskill, de a figyelem itt az érzésekre irányul. Az érzelem-visszatükrözés nemcsak a kimondott szavakra, hanem a nonverbális, metakommunikatív és vegetatív jelekre is reagál (pirulás, izzadás stb.). Az előző példánál maradva, ha a tanácsadó azt mondja, „Úgy tűnik, nagyon aggódik a gyerek fejlődésmenete miatt”, akkor a beszélgetés az érzelmekre terelődik. A szülő érzi a tanácsadó empátiáját, hogy a pedagógus megérti és átérzi a helyzetét. Erősíti a tanácsadó-tanácskérő kapcsolatát, és lehetővé teszi az érzelmekkel, feszültségekkel folytatott munkát. A visszatükrözés készségeinek alkalmazása során a beszélgetés vezetője nem lehet abszolút biztos abban, hogy a helyzetet és a nonverbális üzenetekben megbúvó rejtett közlést jól olvasta-e, s főleg hogy képes-e a beszélgetőtárs ezt fogadni, feldolgozni. Ezért az érzelem-visszatükrözés nem az abszolút bizonyosság igényével fogalmazódik meg, hanem inkább javaslat, megajánlás. A visszatükrözést ezért érdemes ilyen kifejezésekkel kezdeni: „Úgy vélem”, „Azt hiszem”, „Mintha” (TRINGER 2007). Az érzelmre való reflektálást követően érzelmi reakciókra is lehet számítani (sírás, izgatottság, elkeseredés stb.), ezért ezt a mikroskillt csak akkor szabad alkalmazni, ha a tanácsadó képes le is vezetni a fellépő érzelmi reakciókat. Meggondolandó, hogy a negatív érzelmeket mennyire érdemes a figyelem ráirányításával felerősíteni.
- **Összegzés.** Az összegzés olyan visszatükröző mikroskill, amely egy-egy nagyobb témakör lezárására szolgál, és egy hosszabb beszélgetésrész után alkalmazható. Egybefogja az előzőleg már parafrázált gondolatokat és visszatükrözött érzelmeket. Rendszerezi a beszélgetés tartalmát, összefoglalja a közös elemeket, megmutatja a különbségeket, és tisztázza a helyzetet. Hatására kiemelődnek a leglényegesebb dolgok, és rendszerbe szerveződnek az egymástól függetlenül elhangzott tartalmak. Egy sikeres összegzést követően várhatóan a tanácskérő szülő is világosabban fogja látni a helyzetét.
- **Visszautalás:** Ez a mikroskill a beszélgetés korábbi szakaszában érintett témához való visszatérést jelenti, például: „Említette a beszélgetés kezdetén, hogy...”. A visszautalást akkor célszerű alkalmazni, ha a tanácsadó egy témát tovább szeretne bontani, és emiatt vissza szeretné hozni a beszélgetésbe. A visszautalás hatása, hogy az elejtett téma újra a beszélgetés fókuszába kerül, így a szülő részletesen kifejti, mire gondolt, ugyanakkor az az érzése is felerősödik, hogy a pedagógus figyelt rá. Hasonlóan hatékony eszköz ez a gondolkodtatásra, mint a nyitott kérdés. Ha a visszautalás önmagában nem eredményez részletesebb kifejtést, célszerű a visszautalást nyitott kérdéssel kombinálni.

Befolyásolási fogások

A befolyásolás elnevezés ebben az értelemben nem takar semmiféle manipulatív jelentést. A befolyásolási fogások olyan kommunikációs eszközkészletet jelentenek a pedagógus számára, amelynek segítségével véleményének, szakmai tapasztalatainak megosztása révén hatással

lehet a szülő gondolkodásmódjára, nevelői kompetenciáinak fejlődésére. Ezáltal válnak a beszélgetéseik személyközi befolyásolási folyamattá. Fontos, hogy a pedagógus belátó módon, a szülő és a gyermek érdekét szem előtt tartva éljen ezzel a személyközi befolyással. A befolyásolási fogások alkalmazásával a pedagógus az adó kommunikációs szerepébe lép, és tudását, tapasztalatait, információit osztja meg a szülővel.

- **Direktívák – instrukciók – útmutatások.** A direktívák tulajdonképpen finoman kért utasítások, instrukciók, amelyek irányítják a tanácskérőt, hogy valamit tegyen meg (például nézzon utána valamilyen információnak az interneten, vagy írjon önreflexiót valamiről). Bármilyen feladatot adunk, azt valószínűleg a direktívák segítségével tesszük. Észszerű és ügyes alkalmazásuk hatékony eszköz lehet az önálló problémamegoldás elősegítésében és a szülő aktivizálásában. Ugyanakkor túl gyakori használatuk kerülendő.
- **Tartalomközlés.** Amikor bármiről beszélgetünk, és elmondjuk saját gondolatainkat, tartalomközlést végzünk. A szakirodalom azokat a beszélgetésvezetési fogásokat nevezi tartalomközlésnek, amikor a tanácsadó a saját véleményét közli vagy információt ad. Magunk célszerűnek tartjuk elkülöníteni ezt a két mikroskillt, ezért az egyiket énközlésnek, a másikat pedig információadásnak hívjuk.
- **Tartalomközlés – énközlés.** Az énközlés olyan beszélgetésvezetési fogás, amely lehetőséget ad a pedagógusnak saját véleménye megfogalmazására, gondolatainak, érzéseinek feltárására. Például: „Nekem az a véleményem...”, „Szerintem...”, „Én úgy látom ezt a dolgot...”, stb. Ez a mikroskill lehetőséget ad a saját gondolatok, attitűdök, érzések kifejtésére anélkül, hogy a véleményt ráerőltetné a másira, vagy az ő nézőpontját hibásnak minősítené. Ennek a mikroskillnek a segítségével megmutatható, ha a pedagógus másként lát egy helyzetet, nevelési kérdést vagy bármi más, mint a szülő. Tartózkodni kell ugyanakkor a túl gyakori véleménynyilvánítástól, mert ez ellenállást válthat ki a szülőből, és visszafoghatja az önálló gondolkodását, kreatív problémamegoldását. A saját vélemény kifejtése előtt mindig célszerű a szülő véleményét is kikérni: „Ön hogyan látja ezt...? Kíváncsi lennék a véleményére...”, stb. És még ha nem is ért egyet vele, nem szükséges ezt direkt módon hangoztatni. Elég visszajelezni, hogy például „Érdekesen közelíti meg a kérdést, nekem azonban az a véleményem, hogy...”.
- **Információadás.** Az információadás különösen nagy jelentőségű mikroskill. Célja a tanácsadó pedagógus által ismert, a tanácskérő gyermekének fejlődésével összefüggésbe hozható releváns információk, ismeretek közlése. A tanácsadó az információadás keretében tájékoztathatja a szülőt, ismereteket adhat át neki. Az információadás módját és mértékét azonban mindig a tanácskérő szükségleteihez és személyiségéhez kell igazítani. A hangsúly itt sem tevődik át a tanácsadóra: a középpontban továbbra is a szülő, valamint a gyermek fejlődése áll, csak a tanácsadó pedagógus megosztja a szülővel azokat az ismereteket, amelyekről tudása van. Az információadás során a tanácsadó alkalmazhat információhordozó eszközöket, például internetes forrásokat, nyomtatott írásos anyagokat.
- **Visszacsatolás.** A visszacsatolás beszélgetésvezetési fogása tulajdonképpen visszajelzés a szülő számára. Segítségével a tanácsadó elmondhatja, hogy hogyan látja őt működni. Magunk a visszacsatolás módszerével inkább a pozitív elemek kiemelését és visszajelzését tartjuk célszerűnek a fejlődés elősegítése érdekében. Például: „Ahogy én látom, az egész család nagyon sok szeretettel és gondoskodással fordul a kisfiú felé. Ön pedig minden alkalmat megragad, hogy a legjobb szakemberekkel működjön együtt a gyermek fejlesztése érdekében.” A hiányok felismertetéséhez célszerűbb önreflexiót kérni. Például: „Említette, hogy nem nagyon tartanak otthon napirendet, és Tomika gyakran későn fekszik le. Hogyan reagál erre a gyermek?”

- **Önfeltárás.** Az önfeltárással a pedagógus saját élete tapasztalatait osztja meg a szülővel. Alkalmazása sosem lehet öncélú: mindig olyan személyes élményeket célszerű megosztani, amelyek relevánsak az adott téma szempontjából, és előremutatóak a gyermeknevelés szempontjából a szülő számára. Eagan az önfeltárás két fő funkcióját különíti el, a modellálást és az új perspektíva kialakítását (Eagan, idézi FONYÓ–PAJOR 2000). A mintaadási funkció (modellálás) alatt azt értjük, hogy a szülő is nyitottabbá válik, ha látja, hogy a pedagógus maga is nyitott vele szemben. Az új perspektíva kialakítását pedig azért segíti az önfeltárás, mert a szülő láthatja, hogy a pedagógusok sem mentesek a problémáktól, hogy nekik is vannak érzéseik, és felismerheti, hogy bizonyos problémák vagy tapasztalatok egyetemesek és kezelhetők. Az önfeltárás fokozza a pedagógus-szülő kapcsolat kölcsönösségét. Olyan élményeket célszerű megosztani a szülővel, amelyek pozitív példát jelenthetnek, előremutatóak az ő problémájuk szempontjából. A több önfeltárás nem lesz szükségszerűen hasznosabb, ezért óvatosan, csak indokolt esetben célszerű alkalmazni.
- **Konfrontáció.** Ezt a szót általában a szembeállítás, az álláspontok egymással való éles szembekerülése értelemben használjuk (BAKOS 2007). Ebből következően olyan beszélgetésvezetési fogásnak gondolhatnánk, melynek segítségével a pedagógus az ellenvéleményét mondja el a szülőnek. Ehelyett a konfrontációt mint beszélgetésvezetési fogást olyan értelemben használja a szakirodalom, mint az attitűdök, a gondolatok vagy a magatartások közötti ellentmondások kimutatását. A konfrontáció során az egyént közvetlenül szembesítik azzal a ténnyel, hogy ő netán mást mond, mint amit gondol, vagy mást cselekszik, mint amit mond (IVEY–DOWNING 1980). Például: „Azt mondja, mindent megtesz a gyermek fejlődése érdekében, az utóbbi hetekben azonban nem mennek el a logopédiai foglalkozásokra.” Tehát ha ellentmondás van a tanácskérő által mondottak között, vagy a tudatosan vállalt vélemény és viselkedés között, akkor a konfrontáció módszerével próbáljuk erre ráébreszteni. Borgen és munkatársai (1995) erőkonfrontációról beszélnek, melynek célja a saját erősségek felismertetése az ellentmondások felmutatásával. Például: „Azt mondja, nem ért a gyermekneveléshez, mégis olyan szeretettel bánik a kislányával, és ő olyan szépen fejlődik.” A konfrontáció elgondolkodtatja a tanácskérőt az ellentmondásról, és ennek felismerése hozzásegítheti a véleménye vagy a viselkedése megváltoztatásához. Egy megfelelő konfrontáció fejlődést eredményez és önvizsgálatra ösztönöz. Néha valósággal ártalmas lehet elmulasztani a konfrontációt. A konfrontáció elkerülését „néma effektus” néven ismerjük (ROSEN–TESSER 1970, idézi FONYÓ–PAJOR 2000). Általában az a hatása, hogy aki elől elhallgatják az ellentmondásokat, az kevésbé lesz eredményes, mint egyébként lett volna. A konfrontációt jól kell időzíteni, és hűnek kell maradni azokhoz az okokhoz, amelyek azt előidézték. Csak akkor szabad alkalmazni, ha a szülő és a pedagógus kapcsolata elég erős ahhoz, hogy a konfrontációt elbírsa. A konfrontáció az erősségekre és a gyengeségekre egyaránt vonatkozhat. Hosszú távon produktívabb az erősségekkel konfrontálni, mert ezek olyan erőforrások használatára készítetik a szülőt, amelyeket idáig elmulasztott alkalmazni. A konfrontáció tipikus szerkezete: „Őn azt mondta, hogy... De nézze...” Az első rész általában egy parafrázist tartalmaz, a második rész pedig a tanácskérő szavai és a tettei között mutatkozó eltérést vagy ellentmondást emeli ki (FONYÓ–PAJOR 2000). A jól időzített, megfelelően megfogalmazott konfrontáció elgondolkodtatja a szülőt a két dolog közötti ellentmondásról – lényegében egy felhívás, amely a véleményei és viselkedése megvizsgálására készíti, és ezáltal nyit teret a kívánt változásnak.
- **Folyamatmegfigyelés.** Akár egyéni, akár csoportos formában dolgozik a tanácsadó a tanácskérőkkel, a közös munkának mindkét esetben van egy feladatszintje és egy folya-

matszintje. A feladatszint tanácsadás esetében a probléma megoldására irányuló erőfeszítéseket, az elvégzendő feladatokat jelenti, például megbeszélni egy témakört, kitölteni egy kérdőívet, stb. A folyamatszint pedig a tanácsadás dinamikájára vonatkozó visszajelzés a személynek vagy a csoportnak. Például: „Úgy tűnt az együttműködésünk kezdetén, hogy nehéz volt segítséget kérnie, talán nem is bízott benne, hogy eredményes leszünk, de minél jobban előrehaladunk, annál bizakodóbbnak, lelkesebbnek látom.” Vagy: „Úgy látom, a szülőcsoportos foglalkozásainkon egyre nyitottabban őszintebben meg tudjátok osztani egymással a véleményeket.”

A beszélgetésvezetési fogások alkalmazása nem öncélú. Alkalmazásukkal a tanácskérő belső munkájának támogatását, gondolkodását, érzelmi munkáját segíti elő a tanácsadó. Kellő gyakorlással a mikroskillek alkalmazása készségszintre fejleszthető, és egy természetes, a másikra figyelő, meleg, barátságos beszélgetés benyomását kelti a tanácskérőben. [...]

Azt azonban tudnia kell a tanácsadónak, hogy az ilyen nondirektív jellegű beszélgetésvezetés kevésbé használható azokban az esetekben:

- ha konkrét információk adására vagy törvényes rendelkezések alkalmazására van szükség;
- ha a tanácskérő intellektuális kapacitása nem teszi lehetővé a „meggondolást”, mert például túl fiatal, értelmi fogyatékos vagy nem tudja jól használni a nyelvet, stb.;
- ha a tanácskérő megtagadja a beszélgetést, ha nem akar együttműködni (MUCHIELLI 1992).

A csoportos tanácsadás mikroskilljei

A csoportos tanácsadási helyzet új személyközi interakciós és kommunikációs mintázatot teremt. Az egyéni tanácsadás során használt mikroskillek a csoportos tanácsadásban is alkalmazhatók, de a csoporthelyzet kezelésére új mikroskillek elsajátítására is szükség van. Borgen (1995) és Amundson (2013) más kutatókkal közösen a mikroskillek három csoportját különítették el aszerint, hogy a csoportvezető reagál a csoporttagok mondanivalójára, és/vagy viselkedésére, aktivizálja a csoportot, vagy serkenti a tagok közötti interakciót.

Reagáló beszélgetésvezetési fogásoknak vagy reakciós képességeknek nevezik azokat a mikroskilleket, amelyekkel a csoportvezető a csoporttagok által elmondottakra, a csoportfolyamatra vonatkozóan reagál. Ide sorolják az aktív figyelem, az empátia, a tisztázó kérdések, a parafrázis, az összegzés és az információgyűjtés/információnyújtás készségeit. Ezeket a mikroskilleket az előzőekben már bemutattuk.

Interakciós fogásoknak vagy képességeknek hívják azokat a csoportvezetői készségeket, amelyek a csoporttagok együttműködését segítik elő. Ide tartozik a moderálás/közvetítés, az összekapcsolás, a blokkolás/megakasztás, a támogatás, a korlátozás, és a közvélemény-felmérés, melyeket az alábbiakban részletezünk.

- **A moderálás vagy közvetítés** az a készség, amelynek segítségével a csoportvezető azt biztosítja, hogy egy-egy kérdés minden oldalról meg legyen világitva, és a csoportban minden résztvevő szóhoz jusson. Ilyen lehet például a csoportos beszélgetés problémafeltáró körkérdését végigvezetni, vagy kikérni egy-egy habozóbb, visszafogottabb, passzívabb csoporttag véleményét.
- **Az összekapcsolás** a csoporttagok által képviselt vélemények közötti hasonlóság kiemelése, a közös elemek összefoglalása, esetleg a különbségek megmutatása.
- **A blokkolás/megakasztás** a csoportban jelentkező nem kívánatos, másokat sértő, nem etikus viselkedés leállítására, megakasztására. Például ha a csoporttagok bűnbakot keresnek

vagy rátámadnak valakire, akkor a csoportvezető felelőssége, hogy határozottan megállítsa ezt a viselkedést. „Látom, nem értetek egyet ebben a kérdésben, de ez nem adhat okot arra, hogy megbántuk egymást. Ha emlékeztek, megegyeztünk, hogy mindenkinek a véleményét tiszteletben tartjuk.” Fontos, hogy ez a megállítás határozott, de udvarias legyen, és ha nem elkerülhetetlen, akkor ne élezze ki a feszültséget. Sokszor segít a csoportszabályokra való hivatkozás.

- **A támogatás** a csoportkohézió és a hatékony működés érdekében a csendesebb, visszahúzódóbb tagoknak való támasznyújtás. Annak megerősítése, hogy az ő véleményükre is számít a csoport, hogy hasznos, amit mondanak. Ugyanígy a problémamegoldás és a csoport előrehaladása szempontjából fontos véleményeket is támogathat a tanácsadó, amennyiben a csoportnyomás azokat elsodorná. Például: „Nagyon fontosnak tartom Magdi véleményét az esti lefekvésről. Emlékeztek, elmondta a saját példáját, hogy mióta figyel rá, hogy este 8-ra ágyba kerüljön a gyerek, és azóta a kislány sokkal nyugodtabb, kiegyensúlyozottabb. Ez rámutatott arra, hogy a gyerekek magatartása és pihentégi állapota összefüggésben van egymással.”
- **A korlátozás** olyan mikroskill, amely a csoportműködés szabályaira, a csoport működési hatáira, kereteire utal, és védi a csoporttagok jogait. Ilyen például a csoportszabályokban való megegyezés. Például: „Ahhoz, hogy a csoportban mindenki nyugodtan el merje mondani a véleményét, fontos tudni, hogy az itt elhangzottak köztünk maradnak, nem visszük ki csoporton kívülre. Megállapodhatunk ebben?”
- **A közvélemény-felmérés** a csoporttagok bizonyos témával kapcsolatos álláspontját kéri ki. Ez gyakran egyszerűen egy körkérdés formájában valósul meg a csoportban. A szülőcsoportos beszélgetés végén, a személyes hozam megfogalmazására irányuló körkérdés például tipikusan ilyen mikroskillnek minősíthető.

Cselekedtető beszélgetési fogások vagy akciós képességek

Azokat a mikroskilleket sorolja ide a szakirodalom, amelyek segítségével a csoporttagok aktíválhatók, belső munkára, cselekvésre készíthetők. Ide sorolják a magas fokú empátiát, a kérdésés különböző formáit, a konfrontációt, az önfeltárást és a folyamatmegfigyelést, amelyeket az előző részekben már leírtunk. Ezekon kívül a cselekvőfogások közé sorolják még a célmegállapítást (vagy szerződés-kötést), a modellálást és a csoportdinamika feltárást.

A speciálisan csoporthelyzetben alkalmazható készségek közül még további kettőt külön azonosítanak, amelyek a következők:

- **A célmegállapítás (vagy szerződés-kötés)** általában a csoport elején rögzített megállapodás arról, hogy mit szeretnének elérni a csoporttagok a csoport segítségével. Bizonyos hosszabb ideig működő, intenzívebb gyakorisággal találkozó csoportoknál a szerződést írásban is rögzítik. A szülőcsoportos beszélgetések célmegállapítása szóban fogalmazódik meg a foglalkozás elején.
- **Modellálás** alatt a csoporttagok tanítását értik a vezetőakciókon keresztül. Ez jelentheti a csoportvezető konkrét viselkedésének megfigyelését egy feladathelyzetben (például ha egy álláshirdetésre jelentkezésnél az első interjúra készül a csoport, és a csoportvezető bemutat egy ilyen szituációban helyes magatartást). De a modellálás azt is jelenti, hogy a csoportvezető minden viselkedése, ahogyan a csoportban az emberekkel bánik, vagy ahogyan a gyermekekkel foglalkozik, mintát ad a szülőknek. Ennek a felelősségével csoportvezetőként tisztában kell lenni.
- **A csoportdinamika feltárása:** ez a mikroskill a csoport munkájára, dinamikájára vonatkozó visszajelzés az egész csoport számára. Egy „itt és most”-ra vonatkozó közvetlen

megállapítás arról, hogy mi is történik épp a csoportban. Például: „Mintha nem lenne világos, hogy mi a kis csoportok feladata. Sokkal nagyobb a tanácsstalanság a kis csoportokban, mint máskor. Jól látom? Mire van szükségetek?”

A beszélgetésvezetési fogásokat a teljesség igénye nélkül próbáltuk bemutatni.

A fent ismertetett beszélgetésvezetési fogások alkalmazása nagyban elősegítheti a pedagógiai tanácsadás sikerét. Fontos, hogy a tanácsadó pedagógus készségszinten tudja alkalmazni a beszélgetésvezetési fogásokat, és azokat sosem öncélúan, hanem a szülő személyes fejlődését szem előtt tartva, a szülői kompetenciák erősítése érdekében használja. A kommunikációs készségeket legeredményesebben speciális tréningeken lehet elsajátítani, ahol a szerepjátékokban van mód a mikroskillek gyakorlására és a visszajelzések révén az esetleges hibák korrigálására.

Reméljük, hogy könyvünk elolvasása után sokan speciális tréningek hiányában is sikerrel tudják alkalmazni a leírtakat, vagy egy-egy mikroskill alkalmazására épp jó időben kerül sor.

4.3.3. Öndefiníciós módszerek

Az önfelfogás fogalmát, amelyet magyarban inkább öndefinícióként vagy önmeghatározásként használunk, D. E. Super vezette be a pályalélektanba 1957-ben és 1963-ban megjelent munkájában. Ez az elmélet azt fogalmazza meg, hogy az önfelfogás mint önmagunkról alkotott kép nagymértékben meghatározza a pálya megválasztását (SZILÁGYI 2011). Arra mutatott rá, hogy a személyes tulajdonságok ismerete elősegíti az eredményes alkalmazkodást, a személyiséghez illeszkedő pálya választását. Az öndefiníció a személy önmagáról kialakított képét jelenti, azt hogy az egyén hogyan határozza meg önmagát, mit gondol arról, hogy milyen ember ő maga. Az „én”-re (szelfre) vonatkozó tudás ugyanakkor rendkívül komplex. Például a külső megjelenésre vonatkozóan is jellemezni tudjuk magunkat, van valami elképzelésünk az értelmi képességünkről, arról, hogy mennyire vagyunk szorgalmasak vagy kitartóak stb. A különböző helyzetekben, szerepekben különböző szelfrészletek jelennek meg, és az élet különböző területein sok-sok egymástól eltérő énünk nyilvánul meg. A szelfkomplexitás azokat az „én”-eket jelenti, amelyeket az emberek a különböző helyzetekben, tevékenységekben és kapcsolatokban fejlesztenek ki. A szelfkomplexitás egyénenként különbözik. Minél érettebb a személyiség, annál magasabb az énrészek száma, és annál differenciáltabban tudja őket használni a személy (BUDAVÁRI-TAKÁCS 2011).

A pedagógiai tanácsadás szempontjából a szülői szerepre vonatkozó önismeret fejlesztésének, illetve a gyermekre vonatkozó felismerések fejlesztésének van kiemelt jelentősége. Az önismeret elemei többféle forrásból származnak. Az öndefiníció alakulását elősegítő módszerek az egyén személyes tulajdonságainak felismerését, tudatosulását, az önmeghatározás pontosabb, részletesebb megfogalmazását teszik lehetővé. A pedagógiai tanácsadásban szükség van arra, hogy a tanácskérő elgondolkodjon olyan személyiségtulajdonságairól, melyek ismerete a problémája szempontjából fontos. Például ha a gyermeknek étkezési problémái vannak, és úgy jön a bölcsődébe, hogy még nem tud rágni másfél évesen, érdemes átgondoltatni a tanácskérő anyukával az egész család étkezési szokásait, a hozzátáplálás kialakításának kísérleteit. A tanácskérők többsége rendelkezik annyi tapasztalattal saját magára vonatkozóan, amely mentén helyesen ítélik meg önmagukat. Az öndefiníció alakulását elősegítő módszerek ezt a belső munkát – a saját magamról való gondolkodást – teszik lehetővé. Használatuk előnyét Szilágyi (1994) abban látja, hogy a tanácskérő szembesül olyan kérdésekkel, amelyeket azelőtt nem

tudott, vagy nem akart végiggondolni. Ezeket az öndefiníciós eljárásokat „önértékelő módszerek”-nek nevezi, és a magyar munka-pályatanácsadási gyakorlatban elsősorban a Szilágyi neve által fémjelzett kérdőívek terjedtek el. Gibson és Mitchell (1995) nem standardizált technikáknak hívja azokat a módszereket, amelyek segítségével egy-egy témakör átgondolható, és ezáltal a tanácskérő világosabban észlelheti önmagát és helyzetét. A nem standardizált eljárások közös tulajdonsága, hogy a kliens önbecsülésére építenek, s ebből adódóan szükségszerűen nagyobb a szubjektivitás szerepe, mint például a tesztfelmérésekben.

Az öndefiníció alakulását segítő módszerek alkalmazásának célja a kora gyermekkori pedagógiai tanácsadásban a következők:

- Segítsék elő, hogy a tanácskérők meg tudják fogalmazni azokat a pozitívumokat és hiányokat, amelyek a problémájuk és azok megoldása szempontjából fontosak (erősségek, gátlak felismerése).
- Segítse a tanácskérők öndefiníciós képességének kialakulását (SZILÁGYI 1994).
- Segítse elő, hogy a tanácskérők felismerjék az adaptív és a maladaptív szülői viselkedési mintáikat és attitűdjeiket, megteremtve ezzel a szükséges változtatások alapfeltételét.
- Járuljanak hozzá a gyermek jobb megismeréséhez is.

Az öndefiníciós eljárások alkalmazása során a hangsúly „a személyiség önmagáról vallott felfogásának – énképének – minél pontosabb és sokrétűbb meghatározásának támogatásán alapszik” (SZILÁGYI 1997, 4). A pedagógiai tanácsadásban alkalmazott nem standardizált eljárások olyan személyiségterületek, tulajdonságok, szokásrendszerek átgondolásához adnak segítséget, amelyek a gyermekkel kapcsolatos probléma megoldása szempontjából fontosak. [...]

Az önértékelő eljárások fontos eleme, hogy a feltárt ismeretet a tanácskérő önmagára tudja vonatkoztatni. Az egyén önmagáról kialakított képe és az önértékelő eljárás által kapott információ összeegyeztetése, illetve ütköztetése történjen meg, ezzel segítve elő az öndefiníció differenciálódását a tanácsadási folyamatban (SZILÁGYI 1997).

Az öndefiníciós eljárások alkalmazására a tisztázás lépésében kerül sor a tanácsadási folyamatban.

Az öndefiníciós eljárások két fajtáját különíthetjük el:

1. *Öndefiníciós kérdőívek.* Ezek meghatározott struktúrában állításokat, kérdéseket tartalmaznak, és a tanácskérőnek kell eldöntenie, hogy az adott állítás mennyire jellemző rá. A kérdőív kitöltése és eredményeinek a megbeszélése lehet a tisztázás lépésének egyik feladata.
2. *Öndefiníciós feladatok.* A tanácskérő problémájának jellege megkívánhatja, hogy az öndefiníció fejlesztése érdekében önreflexióra készítő feladatot adjunk neki. A kisgyermeknevelésben ilyen lehet például, ha arra kérjük a szülőt, hogy írja le a napirendjüket vagy a család heti rendjét. Annak a felismerése, hogy a napirend léte vagy nem léte milyen összefüggésben lehet a nevelési problémával, ugyanúgy a családi nevelésre, a szülői szerepre vonatkoztatott öndefiníciót fejleszti, mint bármelyik kérdőíves eljárás. A szülői szerephez adaptált reflektív technikák alkalmazása is az öndefiníciós feladatokhoz sorolható. Reflektív technikákra megkérhetjük a szülőt, például hogy írjon reflektív naplót vagy önértékelést a gyermekkel töltött minőségi időkről vagy a közös játékról, mesélésről stb. (SZIVÁK 2014).

Egy-egy módszer általában csak bizonyos területek felismerését segíti, ezért egy módszer nem alkalmazható a problémához kapcsolódó összes szubjektív elem megvilágítására. A tanácsadó szakmai feladata – a problémadefinícióból kiindulva – a megfelelő módszer kiválasztása. Az adekvát választáshoz a tanácsadónak ismernie kell a módszer produkciófelületét. A tanácsadónak tehát tudnia kell, hogy az adott módszer mire használható, milyen célt szolgál, és el kell döntenie, hogy ennek alkalmazása elősegítheti-e a probléma jobb megoldását.

4.3.4. Az információforrások kezelése

A kora gyermekkori nevelésre vonatkozó információk ismerete, kiemelten a kora gyermekkori intervencióra vonatkozó információk és információhordozók ismerete elengedhetetlen a sikeres pedagógiai tanácsadáshoz. A tanácskérő szülők azért fordulnak gyermekeik pedagógusaihoz tanácsért, mert bíznak benne, hogy a pedagógusok professzionálisan értenek a gyermekneveléshez, és rendelkeznek azokkal az információkkal, melyeket erről a témáról nevelőként indokolt ismerni. A szakmai képzés természetesen széles körű ismereteket ad e témakörben mind a kisgyermeknevelőknek, mind az óvodapedagógusoknak, ugyanakkor az információk sajátossága, hogy mindig megújulnak, és a pedagógusoknak követniük kell ezt a folyamatot. A tanácsadás három lépésében az információgyűjtés során kifejezetten az a feladat, hogy a tanácskérő problémahelyzetéhez illeszkedő szakszerű és korszerű információk kerüljenek be a folyamatba, elősegítve ezzel a kliens problémamegoldását. Például ha a szülő azzal a problémával keresi meg a tanácsadó pedagógust, hogy aggódik, mert a gyermek hamarosan óvodába megy, és még nem szobatiszta, akkor a pedagógusnak magának is tudnia kell a szobatisztaságra való érettség jeleit, a szobatisztaságra szoktatás optimális menetét és módszereit, esetleg ismernie kell azokat az eszközöket, amelyek segítik ezt a folyamatot. Ebben az esetben nemcsak a saját tudás megléte a fontos, hanem olyan információforrások ismerete is (könyv, internetes tájékoztatói lehetőség), amelyeket a szülőnek meg tud mutatni, hogy olvassa el, és beszélgethessenek róla. A tanácsadónak ezért naprakész információkkal kell rendelkeznie a kora gyermekkori nevelés kérdéseiről, és ismernie kell az ehhez kapcsolódó internetes és egyéb információforrások jelentőségét, valamint az információk feldolgozásának módját.

4.3.5. Mérlegelési eljárások

A tanácsadási folyamat a tanácskérő problémájának megoldására irányuló alternatívák felkutatását, kialakítását célozza meg. Jó esetben egyidejűleg több alternatíva is kínálkozik a probléma megoldására. Egyidejűleg azonban minden alternatíva nem valósítható meg (például nem járhat a gyermek egyszerre három óvodába), így elengedhetetlen, hogy a tanácskérő válasszon az alternatívák közül, és az egyetlen, a számára legoptimálisabb megoldás mellett köteleződjön el. Wiegiersma (1989) szerint a tanácsadási helyzet középpontjában a döntési problémák állnak. „A döntéshozatal olyan választási folyamat, amely különböző cselekvési lehetőségekre (beleértve a nem cselekvést is) terjed ki, és eredménye a döntés, vagyis valamilyen cselekvési lehetőség melletti állásfoglalás. A döntés tehát valamely cél elérésére irányuló kiállítás, általában alternatív lehetőségek közötti választás, amely többnyire meghatározza a cél elérésének a módját is. A döntés mindig kockázattal és felelősséggel jár” (CZUPRÁK–KOVÁCS 2017, 135).

Az alternatívák közötti mérlegelést elősegítő eljárások ehhez a döntéshez nyújtanak módszertani segítséget.

A döntési helyzetek csoportosíthatók aszerint is, hogy hány választási lehetőség rajzolódik ki:

- Az első, amikor nincs választási lehetőség; ilyenkor a helyzet átstrukturálására, szempontváltásra van szükség.
- A második az igen-nem típusú alternatívák, az olyan jellegű döntések, amelyekben a fő kérdés, hogy a tanácskérő megtegyen-e egy bizonyos dolgot, vagy ne. Ebben az esetben is, illetve a két alternatíva esetében is az előnyök-hátrányok mérlegelését célszerű elvégezni.
- A harmadik esetben több alternatíva is lehetséges. Ebben a több szempontos döntési módszerek eljárásait célszerű alkalmazni (SZATMÁRINÉ BALOGH 1998).

Az előnyök-hátrányok mérlegelése

Ezt az eljárást célszerű írásban elvégeztetni a tanácskérővel. Arra kérjük, hogy egy fektetett A/4-es lapot hajtson félbe. A két oldalra írja le a két alternatívát, majd mindkettőnél gyűjtse össze és írja le, hogy milyen előnyökkel, illetve hátrányokkal járna, ha az adott megoldást választaná. Az előnyök-hátrányok összeírása vizuálisan is szembeűnővé teszi, hogy melyik alternatíva kedvezőbb a tanácskérő számára. A vizuális megjelenítésen túl természetesen a választás megbeszélésére is szükség van a tanácskérővel.

Az előnyök-hátrányok mérlegelése	
Alternatíva 1	Alternatíva 2
<i>Előnyök</i>	<i>Előnyök</i>
<i>Hátrányok</i>	<i>Hátrányok</i>

Több szempontú döntési módszerek

Ez a mérlegelési eljárás lehetővé teszi az összes alternatíva egyidejű összehasonlítását. Akkor célszerű alkalmazni, ha három vagy több lehetőség között kell döntést hozni. A módszer segítségével az egyén számára a legoptimálisabb megoldási lehetőség kiemelkedik a többi közül. A tanácskérő feladata egy mátrix készítése, amelyben vízszintesen az alternatívákat jeleníti meg, a bal oldali oszlopban pedig függőlegesen a maga számára szubjektíve fontos mérlegelési szempontokat kell összegyűjtenie. Ezután a tanácskérő 0–5-ig terjedő osztályozással értékeli az alternatívákat a szempontok alapján, ahol az 5 a leginkább, míg a 0 a legkevésbé fontos szempont az egyén számára. Végül összesíti az alternatívákra adott pontszámokat. Ezen a módon a legkedvezőbb alternatíva kapja a legmagasabb pontszámot.

Döntési mátrix				
Mérlegelési szempontok	Megoldási lehetőségek			
	1. megoldás	2. megoldás	3. megoldás	4. megoldás

A feladat elvégzése után beszélgetésvezetéssel szükséges tisztázni, hogy a tanácskérő mennyire tudja elfogadni az eredményt. Amennyiben nem ért egyet a kapott eredménnyel, a döntési folyamatot más szempontok bevonásával meg lehet ismételni.

Az eredmények értékelésekor óvatosnak kell lenni, hiszen az eljárással összehasonlíthatóvá próbáljuk tenni a nem azonos mércével mérhető dolgokat (SZATMÁRINÉ BALOGH 1998). A mérlegelés a tanácsadás utolsó előtti szakasza. Ahhoz, hogy eredményesen legyenek használhatók a mérlegelési módszerek, feltétlenül fontos az előző lépések munkája. A megoldási alternatívák közötti döntést elősegítő módszerek a tanácskérőt abban segítik, hogy maga és gyermeke számára a legoptimálisabb megoldást válassza ki.

4.4. Az egyéni tanácsadás menete, lépései és azok dokumentálása

Az egyéni tanácsadás egy kétszemélyes interperszonális segítségnyújtási forma. Végső célja a tanácskérő intencionális (céltudatosan működő) személyiséggé alakulásának támogatása. Az intencionális egyén jellemzője a hatékonyság, hogy hosszú távú célokra tekint, képes alkalmazkodni a változó élethelyzetekhez, és az élet által adott problémákra rugalmasan, alternatív megoldásokat talál (IVEY–DOWNING 1980).

A pedagógiai tanácsadás során kiemelten a szülői kompetenciák fejlesztése kerül a fókuszba. A különböző pszichológiai irányzatok eltérő elméleti háttérrel, tanácsadási modellekkel és módszertani megközelítésekkel dolgoznak.

A tanácsadás három alapmodelljét Ed Schein írja le a tanácsadó és a tanácskérő mindenkori önmeghatározásának szemszögéből (idézi GARZ 1999):

- *A szakemberközpontú modellben* a tanácsadó a tisztázandó probléma professzionális szakembereként rendelkezik a szükséges információkkal, és ezeket rávezetések, javaslatok formájában adja tovább. Ebben az esetben a tanácskérő egyértelműen felismeri és megfogalmazza a problémát, értékeli a tanácsadó professzionális kompetenciáját, és elfogadja a probléma megoldásával járó következményeket.
- *Az orvos-páciens modell* a tanácsadó diagnosztikus képességén alapszik. A tanácskérő olyan problémától szenved, amelynek megoldásához nem rendelkezik a szükséges szakértelemmel. Ezért a megoldás felelőssége a tanácsadóra hárul – a tanácskérő függő helyzetben van. Ebben a modellben a diagnosztikus folyamatot önmagában is hasznosnak és segítőnek tekintjük, és a tanácskérő együttműködik mind a diagnózis felállításában, mind a megoldási javaslatok alkalmazásában.

E két megközelítés hierarchikus modellnek tekinthető, melyek kiindulópontja valamely világosan definiált probléma, amelyre a szakember egyértelmű megoldási és cselekvési lehetőségeket fogalmaz meg.

- *A folyamatorientált modell* célja annak elősegítése, hogy a tanácskérőnél elinduljanak a személyes változás folyamatai. A folyamatorientált modellek a probléma közös feltárásának és definiálásának elvéből indulnak ki, és a cselekvési lehetőségek közös felkutatása áll a középpontban. Az általunk kidolgozott pedagógiai tanácsadás modelljét a folyamatorientált modellek közé soroljuk.

A tanácsadási modellek keretbe foglalják a tanácsadási folyamatot és leírják annak lépéseit. Azt mutatják meg, hogy milyen folyamaton kell végigvezetni a tanácskérőt ahhoz, hogy megoldást találjon a problémájára. A tanácsadás eltérő megközelítései más-más tanácsadási modellel dolgoznak (FELTHAM–DRYDEN 2004). Más lehet a lépések sorrendje, más lehet a technika, amelyet használnak, és más lehet a világszemlélet, amelyre a tanácsadási modellt építik. Abban azonban szinte minden modell megegyezik, hogy a problémahelyzetből indul ki, és a probléma megoldására vonatkozó döntés kialakításához jut el.

Az általános tanácsadási modell azt a folyamatot írja le, amelyet a tanácsadás során mindenképpen végig kell vezetni, bármilyen elméleti keretben is gondolkodjon a tanácsadó, és bármilyen módszertant is használjon. Ez a modell a tanácsadás menetét 3 fő szakaszban mutatja be, amelyek a következők: (1) a probléma megfogalmazása; (2) alternatívák kitermelése és (3) a cselekvésre vonatkozó döntés kialakítása (IVEY–DOWNING 1980). Ez a modell jól átlátható, tömören mutatja a tanácsadás lényegét, de kevés támpontot ad arra vonatkozóan, hogy hogyan kell kidolgozni az alternatívákat. Az általános tanácsadási modellben a munkafázis túl nagy egységet foglal össze, ezért a legtöbb tanácsadási modell igyekszik apróbb lépésekre bontani a folyamatot.

Az egyéni tanácsadás feladatait saját pedagógiai tanácsadási gyakorlat alapján vesszük végig (VARGÁNÉ DÁVID 2002). Kidolgozásánál igyekeztünk olyan nyomon követhető lépéssorozatot kialakítani, amely kellően részletezi, hogy a tanácsadási folyamatban mikor, milyen feladatot kell végrehajtani, ugyanakkor könnyen áttekinthető. A pedagógiai tanácsadási modell alapját a tanácsadás általános modellje képezi, melyet más szerzők gondolatmenetével is kiegészítettünk. Brammer döntéshozatali modelljéből emeltük be saját modellünkbe a kapcsolatfelvétel lépését és a megoldás megvalósításának nyomon követését (Brammer, idézi IVEY–DOWNING 1980), Szilágyi Klára (1993) munkatanácsadási modelljéből pedig az alternatívák kidolgozásának menetét használtuk fel.

Ezek alapján a *pedagógiai tanácsadás modellje* három szakaszból és öt lépésből áll (VARGÁNÉ DÁVID 2002):

Első szakasz: kapcsolatfelvétel – problémafeltárás

1. lépés: problémafeltárás

Második szakasz: alternatív megoldások kidolgozása

2. lépés: tisztázás: a tanácskérő személyes tulajdonságainak feltárása
3. lépés: információgyűjtés: a tanácskérő személyiségéhez illeszkedő, a problémamegoldás szempontjából fontos információk beemelése a tanácsadási folyamatba
4. lépés: mérlegelés: a lehetséges megoldások összevetése

Harmadik szakasz: döntés – a cselekvési terv kidolgozása

5. lépés: döntés – a cselekvési terv kidolgozása

Negyedik szakasz: a megoldás megvalósításának nyomon követése

A továbbiakban ennek a modellnek megfelelően vezetjük végig az egyéni tanácsadás lebonyolításának lépéseit. [...]

4.4.1. Első szakasz: kapcsolatfelvétel – problémafeltárás

A kapcsolatfelvétel jellegzetességei a pedagógiai tanácsadás esetében mások, mint a hagyományos tanácsadási helyzetben. Hagyományosan a tanácskérő bejelentkezhet telefonon vagy személyesen, és ilyenkor egy ügyeletes munkatárs csak az adatokat veszi fel, időpontot egyeztet az első interjúra, a problémafeltáró beszélgetésre. A tanácsadó irodák esetében az is gyakori, hogy valamely intézmény kérésére levélben hívják be a tanácskérőt egy első interjúra.

Fontos, hogy ezek az első találkozások is jó benyomást keltsenek a tanácskérőben. A bánásmód bizalomkeltő legyen, ami azt sugallja, hogy a tanácskérő jó helyen van, és valóban segíteni fogják a problémája megoldását. Az igazi kapcsolat kialakítása az első találkozásnál történik, a problémafeltáró beszélgetésen. Az első benyomások és az, hogy a tanácsadó hogyan kezeli a tanácskérőt, hogyan strukturálja a helyzetet, a tanácsadás egész atmoszféráját meghatározhatják. Fontos, hogy a tanácsadó magatartása a problémamegoldási szakember (konzultáns) pozícióját sugallja, aki felelős a folyamatért (ülésekért), irányítja azokat, de nem vállalja át a probléma megoldását, a felelősséget a tanácskérő helyett. Az ülések irányítása a tanácsadó kezében van, de ez ne jelentsen túlzott kontrollálást – engedjen teret a tanácskérő kezdeményezésének is. A megfelelő atmoszféra kialakítása olyan aktív explorációs légkör megteremtését jelenti, amelyben a tanácskérő érezheti, hogy valami hasznos történik vele. A pedagógiai tanácsadás esetében az alaphelyzet kissé eltérő. A szülők a gyermekük pedagógusaival már feltehetően jó viszonyt alakítottak ki, megbíznak benne, s ezért fordulnak hozzá tanácsért.

A tanácsadás kérése ugyanakkor új helyzetet jelent a pedagógus-szülő kapcsolatában. Fontos, hogy a tanácsadó és a tanácskérő között egyetértés legyen a találkozások (konzultációk) jellemzőit, feltételeit, paramétereit illetően:

- A tanácsadás elején szükség van a struktúra tisztázására, az együttműködési keretek lelakására. A struktúra kialakításának egyik módja, hogy a tanácsadó tájékoztatja a klienst a tanácsadási folyamatról, és megbeszéli annak kereteit (FONYÓ–PAJOR 2000).
- Az idő szerepét is figyelembe kell venni. A beszélgetésre választott időpont mindkét félnek feleljen meg, hogy a tanácsadó és a tanácskérő egyaránt nyugodtan, a helyzetre koncentrálni tudjon jelen lenni a párbeszédben. Az egyes tanácsadói ülésekre szánt hatékonynak tekinthető időtartam 50 perc körül határozható meg.
- A fizikai környezet, a térbeli feltételek szempontjából kedvező az a hely, amely lehetővé teszi a meghallgatást, ahol nincsenek külső zavaró zajok, telefon vagy más személyek, amelyek félbeszakítanak a beszélgetést. Az egyéni tanácsadás kétszemélyes helyzet, ezért abban a szobában, ahol a tanácsadói beszélgetés zajlik, más nem tartózkodhat. A szoba nagysága és a berendezése a kétszemélyes helyzethez igazodjon. A túl kicsi szoba nyomasztó, eltereli a figyelmet, vagy korlátozza a mozgási szabadságot, míg a túl nagy, túl üres tér személytelenné teheti a kapcsolatot. A beszélgetőtársak egymáshoz képest elfoglalt térbeli helyzete a személyek egyenlőségének, együttműködésének benyomását keltse. Az a fizikai környezet segíti a tanácsadást, amely nem vonja el a témáról

a tanácskérő figyelmét. Ilyenek a kellemes megvilágítás, a nyugodt színek, a rend és a kényelmes bútorzat. A tanácsadó pedagógus és a szülő közötti optimális távolság körülbelül 75 és 100 cm közötti. A bútorzat elrendezésére leginkább két kényelmes szék (vagy fotel) ajánlott, egymástól 90 fokban elforgatva, hogy a tanácskérő a tanácsadóra vagy maga elé is nézhessen (FONYÓ–PAJOR 2000).

Első lépés: problémafeltárás

A problémafeltárás a tanácsadási folyamat első lépése. Célja, hogy mind a tanácskérő, mind a tanácsadó számára világosabbá, átláthatóbbá tegye az adott problémahelyzetet. A tanácskérő életében együttesen jelen lévő problémahalmazból kiemelve azt, ami a tanácsadás módszereivel hatékonyan kezelhető, és a megoldásától a többi probléma enyhülése várható.

Lehetővé kell tenni, hogy a tanácskérő elmondhassa a gondolatait, érzelmeit, és minden problématerület felderítése, körbejárása megtörténjen. Ez egy első beszélgetés 45-50 percig tart. Ez kellő időt ad arra, hogy átbeszélhessék a múltbéli eseményeket, különös tekintettel a gyermek megszületése óta eltelt időt. A jelen helyzet áttekintése is szükségszerű. Látni kell a családi helyzetet, a gyermek jelen állapotát és a család interperszonális kapcsolatait. Emellett szükséges a jövőre vonatkozó elképzelések, az esetleges konkrét tervek kibontása. Ebben a lépésben lényeges a személyen belüli folyamatok megértése, az érzések, a gondolatok feltárása, valamint annak felismerése, hogy ezek az érzések és gondolatok összefüggésben állnak az adott problémával.

A problémafeltárás fő módszere a beszélgetésvezetés, amelyben a tanácsadó elsősorban a figyelési fogások alkalmazásával segíti elő a tanácskérő önfeltárását, belső munkáját.

A beszélgetésben elhangzott adatokat [...] a tanácsadó naplójában rögzítjük.

A problémadefiníció megalkotása

A problémadefiníció megalkotásában az segít leginkább, ha a beszélgetésben a szülő által elmondottakat élettörténeti adatokra és szubjektív elemekre csoportosítjuk, és a tanácsadó naplójában rögzítjük: az élettörténeti adatokhoz a tényszerű megállapításokat írjuk (például életkor, iskolai végzettség). A szubjektív elemekhez pedig a tanácskérő személyes élményfeldolgozásában szereplő adatokat, hogy ő hogyan éli meg a helyzetet. A tanácskérőt foglalkoztató problémáknak ott kell szerepelni a szubjektív elemek között. Ezért a problémadefiníciót a szubjektív elemekből alkotjuk meg. A problémadefiníció a problémafeltárás lépésének az eredményeképpen születik meg. Ezzel zárul a problémafeltárás szakasza.

A problémadefinícióban való megegyezés úgy is felfogható tehát, mint a tanácsadó és a tanácskérő között a tanácsadási folyamatra kötött szerződés, illetve mint egy célkitűzés, hiszen ebben fogalmazódik meg, hogy mit szeretnének elérni a folyamat végére.

A problémadefiníció-alkotás fő szempontjai:

- A tanácsadó a problémafeltáró beszélgetésben kirajzolódott szubjektív elemekre építve áttekinti és rangsorolja a tanácskérőt foglalkoztató problémákat.
- A problémahalmazból kiemeli a legfontosabb problémát, ami a tanácsadó kompetenciahatárán belül van, és megoldásával a többi probléma is enyhíthető.
- Úgy fogalmazzuk meg a problémadefiníciót, hogy az pozitív irányt mutatva vetítse előre a tanácsadási folyamatot, adjon elérendő célt a szülő számára, az általa közölt adatokra támaszkodva, az ő igényeihez igazodva. Nem a problémát hangsúlyozzuk, hanem inkább a célt, a megoldás lehetőségét vetítjük előre, mint a tanácsadó-tanácskérő közös munkájának eredményét. Például: „Anyuka, megállapodhatunk-e abban, hogy a továbbiakban

megoldást keresünk arra, hogy a család hogyan tudná elősegíteni Peti önállóságának növelését?”

- Csak akkor kezdjük el a probléma megoldásán dolgozni, ha a tanácskérővel sikerült megegyezni a problémadefinícióban.

A problémadefinícióban való megállapodást követően célszerű meghatározni az időkereteket, hogy előreláthatóan hányszor, milyen időtartamban fognak találkozni, valamint azt, hogy ebben a folyamatban ki mit vállal a megoldás megtalálása érdekében. A problémadefiníciót rögzíteni kell a tanácsadó naplójában. Amennyiben a későbbi beszélgetések során újabb és fontosabb problémák merülnek fel, akkor a problémadefiníció módosítható.

4.4.2. Második szakasz: alternatív megoldások kidolgozása

Az első lépésben megalkotott problémadefiníció adja meg a tanácsadás irányát, és az alternatív megoldások kidolgozásának lépései ehhez igazodnak. Az alternatív megoldások kidolgozásának meghatározott menete van. A személyből indul ki, és utána tágitja a horizontot a külső világban megoldási lehetőséget kínáló információk irányába.

Második lépés: tisztázás

Ahhoz, hogy a megoldás személyre szabott, egyéni legyen, fontos a tanácskérő és gyermeke sajátosságainak feltárása, az erre vonatkoztatott önismeret fejlesztése.

A tisztázás lépésének célja tehát a problémadefinícióhoz tartozó szubjektív elemek feltárása, a tanácskérő öndefiníciójának fejlesztése és a döntés szempontjából lényeges szubjektív tényezők felszínre hozása. A kérdéscsoportok végiggondoltatásával a tanácskérő számára is világosabbá kell tenni a saját törekvéseit.

Módszertanilag a beszélgetésvezetéssel és az öndefiníció alakulását segítő eljárások felhasználásával tisztázhatók az egyénre jellemző szubjektív elemek. A beszélgetésvezetési mikroskillek közül a figyelési fogások dominálnak még ebben a lépésben is.

a) Felkészülés a tisztázás lépésére

Úgy képzelhető el a tisztázás lépésének lebonyolítása, hogy egy második alkalommal ismét találkozik a tanácsadó a szülővel, és ismét 45-50 percet beszélgetnek. A felkészülés során a tanácsadónak át kell gondolnia, hogy az adott probléma megoldásához milyen személyiségterületek megvilágítására van szükség. El kell terveznie a feltárandó témákat, és ki kell választania, hogy ezek átgondoltatására milyen módszert választ. A tisztázás során alkalmazhatja a beszélgetésvezetés módszerét, a tervezett beszélgetési témák kibontásával, vagy választhat az öndefiníció alakulását elősegítő kérdőívekből vagy feladatokból.

A tanácsadó naplójában rögzíteni kell a tervezett beszélgetésvezetési témákat és a tervezett öndefiníciós módszereket. Például ha a problémafeltárásnál említett problémadefinícióból indulunk ki, hogy „...a továbbiakban megoldást keresünk arra, hogy a család hogyan tudná elősegíteni Peti önállóságának növelését”, akkor beszélgetésvezetési témának érdemes betervezni a gyermek családjának jellemzőit, a családtagok nevelési szokásait, az öndefiníciós módszerek közül pedig ki lehet választani a napirend készítését vagy az önkiszolgálással, a szociális kapcsolatokkal kapcsolatos kérdőívet.

A tisztázás lépésében lefolytatott beszélgetés során természetesen a szülő is hozhat olyan új témákat, amelyekről eddig nem volt tudomásunk; ezeket nevezzük hozott témáknak. Például

ha az anyuka a második találkozás alkalmával mondja el, hogy kistestvért várnak, akkor természetesen erről a témáról is lehet beszélgetni, és a tisztázás eredményébe ezek az adatok is bekerülnek. A tisztázott szubjektív elemek mint a tisztázás lépésének eredményei ezekből a beszélgetési témákból vagy öndefiníciós módszerekből bonthatók ki.

b) A tisztázás lépésének lebonyolítása

- A tanácsadó először ellenőrzi a problémadefiníciót, hogy amiben megállapodtak az első alkalommal, aszerint haladhatnak-e tovább, vagy történt-e valami változás.
- Fejben összeállítja a tervezett beszélgetésvezetési témák és a tervezett öndefiníciós eljárások megbeszélésének sorrendjét.
- Nyitott kérdéssel bevezeti a témát, majd a tanult beszélgetésvezetési fogásokkal elmélyíti az interjút, és tisztázza a szubjektív elemeket.
- Az öndefiníciós módszereket úgy alkalmazza, hogy először kitöltésre odaadja az öndefiníciós kérdőívet (vagy öndefiníciós feladatot) a tanácskérőnek. A kitöltést követően kikéri a tanácskérő véleményét, hogy milyen volt kitöltenie az adott kérdőívet vagy feladatot. Megkérdezi, hogy a tanácskérő hogyan értelmezi az eredményt, van-e valamilyen kérdése, majd részletesen átbeszélik a kapott eredményeket.
- A beszélgetést úgy zárja le, hogy összefoglalja a tisztázott szubjektív elemeket, és előre vetíti, hogy a következő megbeszélésen már a külső információkon lesz a hangsúly.

A beszélgetésvezetés során a figyelem középpontjában a figyelési fogások alkalmazása áll.

A tisztázás lépésének eredményeként a szubjektív elemek tisztázásra kerülnek, és ezeket a tanácsadó naplóban rögzíteni kell.

Harmadik lépés: információgyűjtés

A tanácsadás során jelentős szerepe van a tanácskérő problémája szempontjából releváns információkkal való foglalkozásnak. Ebben a lépésben a tanácskérő személyiségéhez illeszkedő, a problémamegoldás szempontjából fontos információk beemelésére kerül sor a tanácsadási folyamatba a különböző információforrások felhasználásával.

a) Az információgyűjtés lépésének célja tehát, hogy a tisztázott szubjektív elemekhez kapcsolódó lényeges információkat megismerjük. Ebben a lépésben már a külső valóságon, a realitáson van a hangsúly, ezért a környezetben ténylegesen fellelhető, szóba jöhető megoldásmódok, lehetőségek kerülnek előtérbe. Például hogy a lakóhelyen van Ringató foglalkozás vagy logopédus, vagy hogy a családi nevelésben milyen módszerek facilitálják a gyermek beszédfejlődését.

Módszertanilag itt is a beszélgetésvezetés a tanácsadó fő módszere az információhordozók használatával együtt. A figyelési fogások alkalmazása mellett azonban a befolyásolási fogások is előtérbe kerülnek, elsősorban az információadás. Az információadás a beszélgetésvezetéssel nyújtott információ mellett más információhordozó használatára is kiterjedhet, például tájékoztató kiadványok, számítógépen elérhető információk, filmek stb.

b) Felkészülés az információgyűjtés lépésére

Az információk egyaránt származhatnak a tanácskérőtől és a tanácsadótól. A tisztázás lépésének eredményeként kirajzolódott szubjektív elemekre alapozva kell megtervezni a beszélgetési témákat és a feldolgozni kívánt információhordozókat.

- A tanácsadó naplóban az információgyűjtéshez olyan beszélgetési témaköröket kell tervezni, amelyek indirekt módon, de elősegítik, hogy a tanácskérő által tudott, de eddig esetleg a problémájával még kapcsolatba nem hozott információk a felszínre kerüljenek.
- A tervezett információhordozó eszközökhöz olyan tájékoztató anyagokon vagy internetes honlapokon található információk kerülhetnek, amelyek jól illeszkednek a tanácskérő problémájához és személyiségéhez, s amelyeket a tanácskérő önállóan is kezelhet, bővebben tájékozódhat segítségükkel. Az adott információhordozóknak is igazodniuk kell a tisztázott szubjektív elemekhez.

c) Az információgyűjtés lépésének lebonyolítása

- Az ülés elején a tanácsadónak célszerű visszaidéznie a problémadefiníciót, hogy miben állapodtak meg a tanácsadási folyamat elején, és mire keresnek megoldást. Emellett érdemes összefoglalni a tisztázás lépésének az eredményét, a tisztázott szubjektív elemeket.
- Ezt követően a fejen összeállított sorrendnek megfelelően, egymás után érdemes végigvezetni a tervezett beszélgetési témákat és a tervezett információhordozókról való beszélgetést.
- Az információhordozókban található információk feldolgozásának menete: a tanácsadó először időt ad a tanácskérőnek az információ elolvasására, majd megkérdezi, hogy mi a véleménye az olvasottakról. Talált-e olyan információt, amelyet ő is meg tudna valósítani? Ennek hogyanját átbeszéljük.
- Az információgyűjtés lépésének a végére a probléma szempontjából lényeges, konkrét, reális információkkal kell rendelkezniük, s ezeket a tanácsadási naplóban rögzítjük.

Fontos, hogy ebben a lépésben a megoldáshoz kapcsolódó valamennyi információ szóba kerüljön és rögzítve legyen a tanácsadó naplóban, hiszen a következő lépésben ezekből alakíthatók ki a konkrét alternatívák.

Negyedik lépés: mérlegelés

A mérlegelés lépése a lehetséges megoldások összevetését tartalmazza a mérlegelési eljárások alkalmazásával.

Célja: a tanácskérőhöz igazodó, valós, konkrét megoldási lehetőségek közötti választás elősegítése. A problémadefinícióhoz kapcsolódó valamennyi választási lehetőséget megjelenítve a tanácsadó megoldási hipotéziseket alkot, és amennyiben az alternatívák egymást kizárják, úgy mérlegelési eljárást kell terveznie, amellyel megkönnyíti a tanácskérő számára a tényleges döntést.

A mérlegelés lépésére való felkészülés alkalmával

- a tanácsadó átnézi a tisztázás során kapott szubjektív elemeket és a probléma szempontjából jelentős információkat, tényleges lehetőségeket. Ezeket kapcsolatba hozza egymással, és alternatív megoldási lehetőségeket alkot. Ezeket a tanácsadó naplóban rögzíti.
- Ha szükségét látja, mérlegelési eljárásokat tervez a megoldási lehetőségek közötti választás elősegítésére, valamint
- reális, megvalósítható feladatokat tervez. Tekintettel arra, hogy a tanácsadási folyamatban eddig csak gondolati síkon történt a problémamegoldás kidolgozása, fontos, hogy a végleges döntés kialakítása előtt a tanácskérő realitáspróbát végezzen, vagyis ellenőriz-

ze, hogy a megoldási hipotéziseket valóban meg tudja-e valósítani. Ezért fontos, hogy a valóságban is végezzen el valamilyen feladatot az adott megoldáshoz kapcsolódóan. Például menjen el megnézni egy Ringató foglalkozást.

A mérlegelés lépése tulajdonképpen a konkrét, reális, a tanácskérő életében valóban megvalósítható megoldási lehetőségek átbeszéléséről szól, beleértve azt is, hogy ha szükség van rá, döntenie kell két vagy több alternatíva között.

4.4.3. Harmadik szakasz: döntés – a cselekvési terv kidolgozása

A tanácsadás harmadik szakasza a tanácsadási folyamat zárását jelenti. Egyetlen lépésből áll, amelyben a realitáspróbát követően a végleges megoldás kiválasztása történik meg, és a tanácskérő annak a megoldási módját dolgozza ki a tanácsadó facilitálása mellett.

Ötödik lépés: döntés – a cselekvési terv kidolgozása

Ez a lépés a tanácsadási folyamat tulajdonképpeni lezárása. Célja a problémadefinícióhoz kapcsolódó legoptimálisabb alternatíva kiválasztása és a megoldás módjának kidolgozása. A végső döntés kialakításához célszerű megbeszélni a feladat elvégzése során szerzett tapasztalatokat, és amennyiben szükséges – ezen tapasztalatok alapján – ismét mérlegelni az előző szakaszban felszínre került alternatívákat. Amennyiben a tapasztalatok igazolják az előző szakaszban kiválasztott megoldás helyességét, úgy itt elsősorban a megvalósítás módját kell kidolgozni.

A cselekvési terv tulajdonképpen apró lépésekre bontja a probléma megoldásának menetét. Fontos tisztázni, hogy milyen tevékenységeket kell elvégezni a megoldás megvalósításához, és azokat milyen határidőhöz érdemes kötni. A fő módszer itt is a beszélgetésvezetés mind a figyelési, mind a befolyásolási fogások alkalmazásával. A cselekvési tervhez célszerű táblázatba rendezni a cél elérése érdekében elvégzendő feladatokat, azaz minden célhoz meg kell jelölni a tevékenységlistát és a tevékenység végrehajtásának határidejét is.

Ennek a lépésnek az eredménye maga a cselekvési terv, amely az alábbi táblázatos formába foglalható:

Cselekvési terv			
<i>Tevékenység a cél elérése érdekében</i>	<i>Határidő</i>	<i>Szükséges eszközök, információk, kapcsolatok</i>	<i>Eredmény</i>

4.4.4. Negyedik szakasz: a megoldás megvalósításának nyomon követése

Ez a lépés az úgynevezett „utógondozást” jelenti, melynek során a tanácskérő visszajelzést ad a tanácsadó számára a megoldás megvalósításának sikerességéről, a cselekvési terv végrehajtásának eredményeiről. Így a kapcsolatot fenntartva szükség esetén a tanácsadó ismételt segítséget nyújthat.

4.4.5. A pedagógiai tanácsadás kétülékes konzultációs modellje

A pedagógiai tanácsadás modelljében az általunk felvázolt tanácsadási folyamat 5 lépésből áll, és ez a gyakorlatban öt tanácsadási alkalmat jelenthet. A tapasztalatok szerint azonban a szülők és a pedagógusok is nagyon elfoglaltak ahhoz, hogy ezek a lépések a gyakorlatban megvalósuljanak. Ezért kifejlesztettünk egy rövidebb modellt, amely két találkozásból és a kettő között a tanácskérőnek adott otthoni feladatokból áll.

Az első konzultációs alkalom feladatai

- Problémfeltárás, a problémadefiníció megfogalmazása.
- A tisztázás beszélgetési témáival feltárható szubjektív elemek kiderítése.
- A tisztázás öndefiníciós eljárásainak és az információkeresés otthoni feladatainak előkészítése.
- A problémadefinícióhoz illeszkedő kérdőíves eljárások és információhordozó eszközök kiválasztása, és a kliens felkészítése arra, hogy otthon töltsse ki a kérdőíve(ke)t, illetve tanulmányozza az információs anyagokat.

A két ülés közötti önálló munka, a tanácskérő otthoni feladatai

- A tanácskérő kitölti az adott kérdőíveket, és elolvassa a tanácsadó által javasolt információs anyagokat, esetleg önállóan is informálódik.
- A tanácsadó felkészül a második ülésre.

A második konzultációs alkalom feladatai

- A tisztázás lépésének befejezése: a kérdőívben kapott eredmények és a tervezett beszélgetési témák segítségével a tisztázott szubjektív elemek pontosítása.
- Az információadás lépésének befejezése: az áttanulmányozott információhordozók és a beszélgetési témák alapján a szükséges információk beáramoltatása a folyamatba.
- Alternatívák megfogalmazása és mérlegelése.
- Döntés, a kiválasztott alternatívához cselekvési terv készítése.

Megítélésünk szerint egy ilyen rövidített tanácsadási folyamatban sok szülő szívesen kérné ki gyermeke pedagógusának a véleményét. Ezáltal javulhatna a szülők nevelési kompetenciája, sokkal jobban megvalósítható lenne az otthoni és az intézményi ráhatások egysége és a gyermekeket érő környezeti hatások optimalizálása.

4.5. A csoportos tanácsadás sajátosságai – a szülőcsoportos beszélgetések vezetése

A szülői csoportok vezetése speciális csoportdinamikai, csoportvezetési ismereteket igényel, amelyre a hagyományos képzések során nem voltak felkészítve az óvónők és a kisgyermek-nevelők. Ez a fejezet kifejezetten a szülőcsoportos beszélgetések vezetésének módszertanát mutatja be.

4.5.1. A pedagógiai tanácsadásban alkalmazott csoportmunka jellemzői

A különböző csoportok életünk szerves részét képezik. A családtól a tanulócsoporthoz és a baráti csoportokhoz keresztül valamennyi ember több csoportnak is tagja. A segítő szakmákban is elterjedtek a csoportmódszerek, és ezek sokféle változatával találkozhatunk a készségfejlesztő tréningcsoporttól a csoportterápiáig. A csoportmozgalom elterjedése a hazai gyakorlatban az 1980-as évek elejére tehető (BAGDY–BUGÁN 1997). Ekkor kezdődött meg az egészségesekekkel folytatott csoportmunka, és változatos módszertannal sokféle technika elterjedésének lehetünk szemtanúi. A tanácsadói csoportmódszerek alkalmazása az 1970-es években a pályaválasztás területén jelent meg. Az ifjúsági és felnőtt-tanácsadás az 1990-es években megújult, és a korszerű csoportos tanácsadási formák alkalmazása ekkor kezdett beépülni a gyakorlatba (SZILÁGYI 2000).

A csoportok méretük, szerveződésük és céljaik alapján is különbözőek lehetnek. A tanácsadás szempontjából szerveződő csoportok alatt elsősorban a kis csoportokkal való foglalkozást értjük. A tanácsadási csoportnak elég kicsinek kell lennie ahhoz, hogy az egyének identitása megmaradjon, ugyanakkor minden csoporttag valamilyen kölcsönhatásba kerülhessen a többi taggal. Az optimális munkához a szakirodalom 12 főben maximalizálja a csoportlétszámot (TROTZER 1992). Csoportos beszélgetés vagy csoportos foglalkozás esetén ez a létszám magasabb lehet, de a 20 főt akkor sem érdemes túllépni.

A csoportos tanácsadás a többi csoportfajtától a sajátos célrendszerével különíthető el. A csoportos tanácsadás középpontjában a problémák állnak, és a csoport ezek megoldási módjainak megtalálásán fáradozik. A csoportos tanácsadásnak „arra kell irányulnia, hogy segítse a csoporttagokat abban, hogy felkutassák és kifejezzék nehézségeiket, és erőfeszítéseket kell tennie arra is, hogy a csoporttagok az együttes munka segítségével megtalálhassák a nehézségek legyőzésének lehetséges útjait, és sokkal teljesebb és kielégítőbb életet élhessenek” (TROTZER 1992, 137).

A csoportos tanácsadás előnyei az egyéni tanácsadással szemben:

- a csoporttagok részéről kölcsönös segítség, támogatás jelenik meg, nem egyedül a tanácsadó jelent támaszt;
- biztosítja a tagok számára az összetartozás érzését; megtapasztalják azt, hogy elfogadják, megértik őket a szülőktársak, és megélik, hogy ők fontos tényezők, ezáltal a személyes identitás létrehozását is segíti;
- feedbacket, visszacsatolást biztosít a csoporttagok számára az egyenrangú társaktól; a szülők egymásnak adott visszajelzései befolyásolhatják azt, hogy a csoporttagok hogyan gondolkodjanak egy-egy nevelési kérdésről;
- védett környezetben teszi lehetővé a viselkedési, attitűdbeli változások kipróbálását;
- kialakulhatnak olyan társas normák – esetünkben a csoportban az optimális szülői nevelési módszerekre vonatkozó álláspontok –, amelyek viselkedésváltozásra sarkallnak, tehát arra ösztönzik a szülőket, hogy maguk is változtassanak a véleményükön, a nevelési szokásaikon (GIBSON–MITCHELL 1995).

A csoportvezető kisgyermeknevelőknek vagy óvodapedagógusoknak jelentős szerepük van abban, hogy ezek a csoportnormák a kisgyermek fejlődését elősegítő, hasznos és hatékony gyermeknevelési módszerekre vonatkozzanak. Például napjainkban a napirend kérdésében eléggé eltérő véleményeket hangoztathatnak a szülők. Amennyiben a csoportmunka során átbeszéljük, hogy a kisgyermek életében a rendszeresség, a kiszámíthatóság milyen biztonságot

jelent, és kitérnek rá, hogy a gyermekek viselkedése mennyivel nyugodtabb, kiegyensúlyozottabb, ha kipihentek és elemi szükségleteik kielégítettek (amit a jó napirend biztosít), akkor ezután valószínűleg azok a szülők is jobban odafigyelnek a családban a rendszerességre, akik előzőleg eltérő állásponton voltak. „Minden csoportmódszer alkalmazásának legfőbb vonása, hogy általa a személyiség tapasztalatot szerez önmagáról, másoktól e helyzetben, kapcsolati visszajelentést kap, valamit tanul, és ez a tanulás élményekbe ágyazódás. Ily módon sajátos jelentést kap. Ez a változás legfontosabb tényezője” (BAGDY–BUGÁN 1997).

A csoportos tanácsadás több szinten foglalkozik az emberi problémák megoldásának segítségével. Ez a három, eltérő mélységű és időtartamú csoportfajta: a csoportos beszélgetés, a csoportos foglalkozás és a csoportos tanácsadás.

A csoportos beszélgetés jellemzői (SZILÁGYI 1996):

- Egy problémakörre orientálódik, egy alkalomra szerveződik és meghatározott ideig, egy-másfél óráig tart. Ezt a résztvevők is tudják, ennek megfelelően lépnek be a csoportba.
- Az idő korlátozott volta miatt a csoportos beszélgetésben a probléma megoldásának módját általánosság szintjén járja körbe a csoport az elhangzott példákból; mindenki építkezhet belőle, de nincs rá mód, hogy hosszabban egy szülő problémamegoldásával foglalkozzanak.
- A csoportvezető feladata a felvett kérdéskör egyeztetése, megvilágítása, a beszélgetés koordinálása.
- A csoportos beszélgetés menete: a résztvevők körben ülnek. A csoportvezető és a csoporttagok részéről rövid bemutatkozással, majd a probléma megfogalmazásának elősegítésével indul a beszélgetés. Körkérdéssel célszerű a célokat, igényeket megfogalmaztatni, és ez a célmeghatározás lehet a csoport által elfogadott problémadefiníció. Ha homogén a csoport, egy problémadefiníció rajzolódik ki. Ha nem, akkor rangsorolnak, és az első helyre került problémát beszélnek meg. Ezt követően kerül sor a témához kapcsolódó információk áramoltatására, a tapasztalatok, vélemények megbeszélésére, és ezek összefoglalásával annak kiemelésére, hogy a témával kapcsolatban milyen megoldásokat talált a csoport.
- Amennyiben van olyan szülő, aki úgy érzi, hogy több segítségre van szüksége, a csoportos beszélgetés egyéni tanácsadással folytatható.

A csoportos foglalkozás jellemzői (Izsóné Szecsődi 2003):

- A csoportos foglalkozás tematikusan felépített, több alkalomból álló foglalkozássorozat, viszonylag állandó résztvevőkkel.
- Az adott problémakörhöz kapcsolódóan (például kisgyermeknevelés) meghatározott tematika alapján zajlanak a foglalkozások.
- A csoporttagok személyes módon jutnak olyan információhoz, amely a saját problémájuk megoldása szempontjából fontos; az információ elsajátítása során lehetőség nyílik arra, hogy a csoporttagok egymástól tanuljanak.
- A megelőző, fejlesztő jelleg dominál.
- Általában a vezető által irányított.
- Témára orientált, tervezett feladatok, aktivitások jellemzik.
- A csoportos foglalkozás vezetőjének a feladata, hogy a foglalkozások teljes időintervallumát végiggondolva előkészítse az egyes csoportfoglalkozásokat.

A csoportos tanácsadás jellemzői (TROTZER 1992, 147):

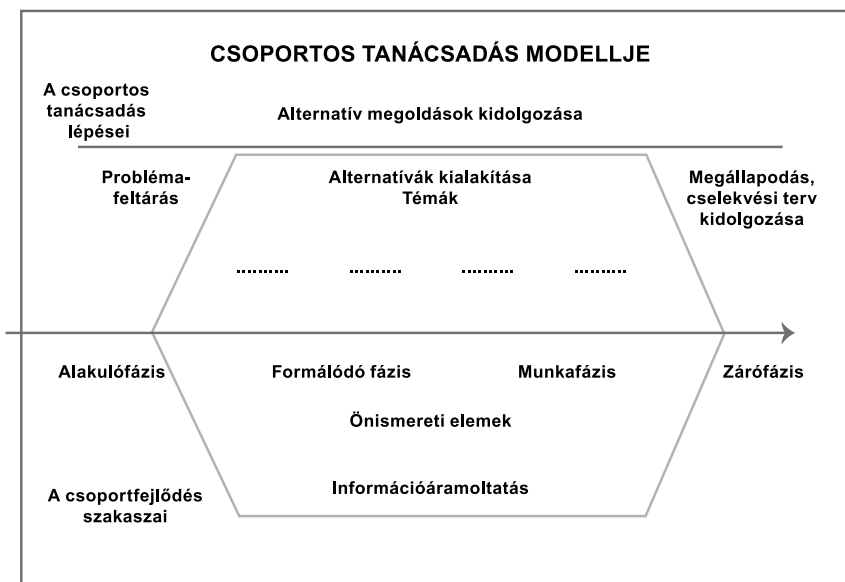
- Olyan személyek kerülnek a csoportba, akik hasonló típusú problémákkal szembesülnek az életükben.
- Problémaorientált, a csoporttagok szükségletei határozzák meg a központi kérdéseket. Azért szerveződnek csoportba, hogy megvitassák ezeket, a csoport pedig addig működik, míg a kérdéseket nagyrészt sikerül megoldani.
- A vezetés feladata: a serkentés. A témák kevésbé strukturáltak, a hangsúly a személyes kérdéseken van, a foglalkozások középpontjába maguk a csoporttagok kerülnek.
- A csoport zömében verbális technikákkal, tudatos elsajátítást szorgalmazva dolgozik.
- Jelenre orientált, viszonylag rövid folyamat (az esetleg évekre elhúzódó terápiákkal szemben).

A csoportos tanácsadás folyamatában egyrészt a kis csoportokra általában jellemző csoportfejlődési szakaszok jellemzőek, másrészt az általános tanácsadási modell lépései alkalmazhatóak (lásd 4. ábra).

A tanácsadó csoport tagjai két alapvető szükséglettel érkeznek a csoportba. Az egyik a problémahelyzetből adódó szükséglet, ami azt jelenti, hogy a csoporttagok az őket foglalkoztató problémákra válaszokat, megoldásmódokat szeretnének kapni.

A másik szükséglet a csoporttagságból ered, ez állandó és minden csoportra jellemző. Három fő eleme van: a csoportban részt vevőknek szükségük van arra, hogy befogadják őket (az odatartozás igénye), szükségük van az ellenőrzésre (a kontroll igénye), emellett természetes igényük, hogy a velük vagy a másokkal történtek befolyásolására való képesség érzetét fenntartsák. A bizalom olyan szükséglete a csoporttagoknak, hogy biztonságban és közel érezzék magukat másokhoz. A csoport vezetésében mind a két típusú szükséglet megértése lényeges (TROTZER 1992). A csoportos tanácsadás jellegét ez a tanácskerői igényekből származó kettősség határozza meg, amely a csoportfolyamatban és a csoport vezetésében is megmutatkozik.

4. ábra. A csoportos tanácsadás modellje (DÁVID 2004)



A csoportfejlődési szakaszok hasonlóak, mint minden más csoportban: az alakuló, vagyis a kezdeti szakasz, a csoporttá formálódás átmeneti szakasza, a munkaszakasz és a befejező vagy záró szakasz (AMUNDSON et al. 2013).

A csoportban szerepek alakulnak ki, létrejön a csoport struktúrája, és valamennyi csoportdinamikai elem megfigyelhető itt is. A csoportos tanácsadás specifikuma – hasonlóan az egyéni tanácsadáshoz –, hogy a problémamegoldó folyamatot is végig kell vezetni, csak éppen csoportos formában. Tehát a csoportot úgy kell működtetni, hogy a csoporttagok számára lehetőséget biztosítson a problémáik feltárására és az ezekhez kapcsolódó megoldási lehetőségek kidolgozására. A csoportos tanácsadás modellje ezt a folyamatot követi nyomon (DÁVID 2004).

Tananyagunkban a csoportos beszélgetés és a csoportos foglalkozás vezetésének módszertanát írjuk le. A csoportos tanácsadás elsősorban a pszichológusok kompetenciakörébe tartozik.

4.5.2. Szülőcsoportos beszélgetés a bölcsődében

A szülőcsoportos beszélgetés a bölcsődei nevelésben alkalmazott nondirektív csoportos tanácsadás módszere, ahol a kisgyermeknevelő a rogersi személyközpontú irányzatra jellemző kommunikációs technikával (empátia, hitelesség, feltétel nélküli elfogadás, értő figyelem) hozzásegíti a csoportjába járó gyermekek szüleit ahhoz, hogy a gyermekük nevelésével kapcsolatos dilemmáikat, problémáikat azonosítani tudják, és azok kezelésére, megoldására képesek legyenek hatékony stratégiákat és módszereket találni, kialakítani, alkalmazni. Ahogy korábban már kifejtettük, a direkt tanácsadást, receptadást kerülendőnek tartjuk a bölcsődében, bár a szülőknek gyakran kifejezett igényük van erre. A direkt tanácsadás előíró, normatív jellege miatt az abban megfogalmazódó tartalom nehezen alkalmazható, a dilemmával, problémával küzdő kompetenciaérzése csökken, a tanácsadó és a tanácsot kapó között pedig hierarchikus kapcsolat épül, ami nehezíti a partneri együttműködést más helyzetekben is.

A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja (a továbbiakban: Alapprogram) külön fejezetben mutatja be a családok támogatásának bölcsődei lehetőségeit és módszereit, melyek célja a család erőforrásainak feltárása és eredményes működtetése. A gyermek nevelésében elsődleges a család – a bölcsődei nevelés a családi nevelésre épül. A családdal való kapcsolattartásnak számos formája van, és mindegyik más-más szerepet tölt be, másban, más-hogy segíti az együttnevelést, ezért a sikeres együttműködés érdekében célszerű minél többet alkalmazni közülük.

A szülőcsoportos beszélgetések lényegét az Alapprogram külön alpontban ismerteti: „A szülőcsoportos beszélgetések a bölcsődei nevelési évenként legalább három alkalommal szervezett tematikus beszélgetések a csoportba járó kisgyermek szüleit foglalkoztató aktuális nevelési témákról. A csoportos beszélgetéseket a kisgyermeknevelők vezetik a szülővel kialakított partneri viszonyra építve. A problémák megosztása, egymás meghallgatása segíti a szülői kompetenciaérzés megtartását. Lehetőség van az egymástól hallott helyzetkezelési módok továbbgondolására, ezáltal a saját viselkedérepertoár bővítésére. A kisgyermeknevelőktől kapott indirekt megerősítések befolyásolhatják a szülők nevelési szokásait.”²⁹⁴

A szülőcsoportos beszélgetés módszertana mind időben, mind szakmai, módszertani kontextusban jóval tágabb keretekbe ágyazott, mint ahogy az a mindennapi szakmai munkából sejt-

²⁹⁴ A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja (2017). <https://www.magyarbolcsodek.hu/files/shares/Bolcsodei%20nevelés-gondozás%20országos%20alapprogramja%202017..pdf> (Letöltve: 2018. 02. 21.)

hető, ezért – céljának, funkciójának és szakmai árnyaltságának teljes megértése érdekében – fontosnak tartjuk ezt a fejlődésvonalat röviden összefoglalva bemutatni.

A szülőcsoportos beszélgetés módszerének kialakulása az 1990-es években

A családi és az intézményes nevelés kapcsolatát az 1980-as évek előtt hosszú évtizedekig az erős hierarchia jellemezte, melyben a vezető, fölérendelt szerep az intézményeknek jutott, hiszen az ott dolgozó szakemberek professzionális nevelők voltak a laikus szülőkkel szemben. Ez egyfajta kölcsönös távolságtartást, elzárkózást is jelentett a család és az intézmény között: az intézmény csekély mértékben támogatta a szülői bevonódást, a szülők pedig attól félve, hogy gyermeküket valamilyen hátrány érheti, gyakran igyekeztek minél kevesebbet mutatni az otthoni élet jellemzőiből (főleg probléma esetén). A bölcsődés gyermekek szüleinek feltételezhetően még kevesebb rálátása volt a bölcsődei életre, mint az óvodás és az iskolás gyermekek szüleinek az óvodában és az iskolában történetekre. A rendszerváltás előtt a bölcsődék az egészségügyi ellátórendszerbe tartoztak, emiatt és a kisgyermek fertőzésektől való védelme érdekében igen szigorú higiénés előírások voltak hatályban. A szülők be sem léphettek a gyermekek által is használt bölcsődei helyiségekbe, a meztelenre vetkőztetett kisgyermeket egy ablakon adták be a gondozónőnek. A bölcsődés gyermekek jellemzően nem tudnak beszámolni szüleinek a bölcsődei élményeiről, így a szülők csak a gondozónői beszámolókra támaszkodhattak.

A *család és a bölcsőde kapcsolata* címmel Ortutay Zsuzsa, a Magyar Vöröskereszt alelnökéként 1975-ben írt egy módszertani levelet (idézi STRÓBL 2010; KISSNÉ FAZEKAS 2010), melyben elemzi a bölcsődei beszoktatás nehézségeit. Kitér arra is, hogy az egymástól való elszakadás mind az anya, mind a gyermek számára megterhelő, és felhívja a figyelmet a bölcsőde és a szülők közötti együttműködés fontosságára. A Bölcsődék Országos Módszertani Intézetének *A fokozatos beszoktatás* című módszertani levele 1979-ben jelent meg. Ezt követően pár év múlva az intézet szakemberei a tapasztalatok és a további kutatások alapján kidolgozták a szülővel történő fokozatos beszoktatás módszerét, mely a bölcsődei nevelés-gondozás mai napig előírt módszere. „A szülővel történő fokozatos beszoktatás nemcsak a gyermek számára jelent előnyöket, hanem hatással van a család és a bölcsőde kapcsolatának alakulására, megváltoztatja a formális együttműködést azáltal, hogy lehetőséget nyújt a család és a bölcsőde gondozási-nevelési módszereinek összehasonlítására, a közös célok együttes megvalósítására. Azokban a bölcsődékben, ahol ezt a módszert már bevezették, tapasztalták azokat a pozitív jelenségeket, melyek során az adaptációs idő rövidült, a gyermekek fejlődése kiegyensúlyozottabbá vált, a szülő és a bölcsőde kapcsolata megváltozott”.²⁹⁵

A szülővel történő fokozatos beszoktatás az első nagy lépést volt a gondozónő és a szülők közötti kapcsolat egyenrangúbbá válásának folyamatában. A folyamatot segítette az 1980-as években napi gyakorlattá vált családlátogatás is, amelyre a bölcsődei jelentkezést követően, de lehetőség szerint a beszoktatás megkezdése előtt kerül sor. A családlátogatások megkönnyítésére szakmai útmutató²⁹⁶ is készült, mely konkrét, gyakorlati segítséget jelentett a gondozónőknek.

A szülőcsoportos beszélgetésekhez is a beszoktatással, annak szervezésével kapcsolatos tapasztalatok jelentették az alapot. A hagyományos szülői értekezleteket általában a bölcsődevezető vezette. Ezek funkciója elsősorban az általános tájékoztatás volt, a párbeszédet elsősorban a szülők kérdései és az ezekre adott vezetői válaszok jelentették. Ez aszimmetrikus kapcsó-

²⁹⁵ Bölcsődei adaptáció. Módszertani levél (1981). In *Előadások – Közlemények – Dokumentumok*. Budapest, Bölcsődék Országos Módszertani Intézete.

²⁹⁶ *Útmutató a bölcsődei gondozónők családlátogatásához* (1989). Budapest, Bölcsődék Országos Módszertani Intézete.

latot, kommunikációt jelentett. A beszoktatást megelőző szülői értekezletek eltérőek voltak ettől, hiszen ezeken a gondozónők is bekapcsolódtak a beszoktatás előkészítésébe, és a kérdések tartalma is sokkal inkább igényelte a valóságos párbeszédet (KISSNÉ FAZEKAS 2010). Ezeknek az élményeknek, tapasztalatoknak a hatására fogalmazódott meg az az ötlet, hogy bizonyos nevelési kérdésekről érdemes lenne közösen beszélgetni.

A szülőcsoportos beszélgetések módszertanának kidolgozása többéves kutató-fejlesztő munkát jelentett, melynek kiinduló feltételezése volt, „hogya ha a gondozónők saját szakmai kompetenciájukban megerősítést kapnak, képessé válnak arra is, hogy a szülők számára megadják azt a lehetőséget, hogy problémáikat, érzéseiket, örömeiket, indulataikat elmondhassák. Az érzések felismerésének folyamatában a problémák szabadon történő megfogalmazásával a megélt szülői, gondozónői mivoltuk hatékonysága növekszik. E kölcsönös saját szerepben történő megerősödés teremti meg a kapcsolat valódi egyenrangúságát, azt az új lehetőséget, amely a szükséges szemléletváltást megindítja” (RÓNAINÉ FALUSI et al. 1993, 308).

A szakmai módszerfejlesztés a következőképpen foglalható össze: „A gondozónők szakmai felkészítése esetmegbeszéléssel és tematikus felkészítéssel kezdődött, majd a Gordon-féle szülői eredményesség tréningen vettek részt. A bölcsődevezetők esetelemzéseket gyakoroltak, felkészítésük párhuzamosan történt a gondozónőkkel. A gondozónők instruktorkkal beszéltek meg szülőcsoportos élményeiket, és a szakmai követelményeket is velük pontosították” (STRÓBL 2010, 102).

A szülőcsoportos beszélgetések tapasztalatainak feldolgozása instruktorkok vezetésével történt, akik pszichológusok, pedagógusok vagy gyermekorvosok voltak a bölcsődei szakterületen; elvégezték a Gordon-tréninget, ezen túl más személyközpontú vagy más segítő beszélgetésekre felkészítő képzésekben vettek részt. A kutató-fejlesztő munka első két évében mintegy 100 szülőcsoportos beszélgetés szerveződött a programban részt vevő módszertani bölcsődék csoportjaiban, ami hozzávetőlegesen 800 szülő bevonódását jelentette. Minden beszélgetésről jegyzőkönyv készült (RÓNAINÉ FALUSI et al. 1993).

A kutató-fejlesztő munka során szerzett tapasztalatokra a szakemberképzés nagyon hamar reagált. Az 1991-ben kidolgozott érettségire épülő úgynevezett 4 + 3 éves képzési tantervben nagyobb hangsúlyt kaptak a családdal kapcsolatos ismeretek, és önálló tantárgyként bekerült a kommunikációs képességek fejlesztését célzó tréning.

A szülőcsoportos beszélgetések vezetésének elvi alapjai, megvalósításuk módszertani kérdései

A szülőcsoportos beszélgetések tematikus beszélgetések egy adott bölcsődei csoportba járó kisgyermekek szüleinek a részvételével, a kisgyermeknevelők vezetésével, a szülők érdeklődésére számot tartó gyermeknevelési témák alapján.

A szülőcsoportos beszélgetések célja a szülői kompetencia erősítése, a családban folyó nevelés segítése, a kisgyermeknevelők és a szülők partneri együttműködésének alakítása. Ennek megfelelően a beszélgetések témái olyan nevelési témák, melyek a szülők számára aktualitással bírnak. A kisgyermeknevelő nevelési kérdésekben kompetens.

Az 1990-es évek elején zajló kutatásban négy téma feldolgozására került sor, melyek a következők voltak:

- a családlátogatás és a beszoktatás tapasztalatai;
- alvás, félelem, szorongás;
- akarat, dac, agresszió;
- önállósodás, szobatisztaság (RÓNAINÉ FALUSI et al. 1993).

Ezek a témák valamilyen módon minden kisgyermekes szülőt érintenek. Az évek során újabb témakörök is fókuszba kerültek, például a tévé, a mesefilm, az infokommunikációs eszközök jelenléte a családok, a kisgyermekek életében; a napirend, a szokás- és a szabályrendszer kérdései; az idegen nyelvvél való ismerkedés kezdetei; a gyermek viselkedésének befolyásolása; a szokások és a szabályok a mindennapi életben és még sok más egyéb téma.

A témakörökről általában a kisgyermeknevelők és a szülők döntenek. A folyamat kezdődhet a kisgyermeknevelők javaslataival, melyek közül a szülők választanak, de fordított út is lehetséges: a kisgyermeknevelők először a szülők javaslatait gyűjtik össze, és azokból választanak. A tapasztalatok szerint érdemes a bölcsődébe kerülés során szerzett tapasztalatokkal, élményekkel kezdeni, melyeknek a szülőcsoportos beszélgetés keretei közötti feldolgozása, összegzése elősegítheti a pozitív élmények megerősítését, az esetleges dilemmák és feszültségek oldását. A bölcsődébe kerüléssel kapcsolatos pozitív gondolkodás alapvetően határozza meg a család és a bölcsőde együttműködését, a szülőknek a bölcsődéhez való viszonyát, a szülők és a kisgyermeknevelők közötti jó kapcsolatot.

Nem javasoltak azok a témák, melyek csak egy-két szülő számára érdekesek, mert a többi szülő hamar elvesztené érdeklődését a beszélgetés iránt, vagy a beszélgetés során sérülhet a témában érintett szülő kompetenciaérzése (a dolog csak neki probléma egyedül, mert ő nem képes a helyzetet kezelni). A szülőcsoportos beszélgetés nem fóruma a csoportban felmerülő esetleges problémák, konfliktusok direkt megbeszélésének (például problémás viselkedésű gyermek a csoportban, a gyermekek közötti konfliktusok miatt a szülők között kialakuló konfliktus, stb.). Célja és a kisgyermeknevelők szakmai kompetenciája miatt nem működhet terápiás csoportként.

Az eredményességet jelentősen befolyásolhatja, hogy érintetteknek (a szülőknek és a kisgyermeknevelőknek) mennyire vannak reális elvárásai és elképzelései a beszélgetések lehetséges hasznosulását illetően.

Az Alapprogram előírásai szerint minden nevelési évben legalább három szülőcsoportos beszélgetés szervezendő. Ezeket az alkalmakat időben célszerű a teljes évre elosztani. Az időpontok kijelölése a szülőkkel közösen történik. Az előzetes időpont rugalmasan (de nem túl rugalmasan) kezelendő. Minden szülőnek éreznie kell, hogy személy szerint az ő jelenléte is fontos, így az időpont kiválasztásánál az ő időbeosztását is figyelembe veszik. A sok változtatás azonban kedvezőtlenül befolyásolhatja a szülői érdeklődést. A konkrét kezdési időpont illeszkedik a szülők munkarendjéhez és az egyes családok napirendjéhez. Jó, ha mindenki kényelmesen oda tud érní, rá tud hangolódni a beszélgetésre, és a család otthoni esti szokásai nem sérülnek a bölcsődei program miatt. A javasolt időtartam hozzávetőlegesen 1 óra. A tapasztalat szerint ennél hosszabb idő nehezen illeszthető be a családok hétköznapi napirendjébe, és arról sem szabad megfeledkezni, hogy a szülők és a kisgyermeknevelők is fáradtak estére. A hosszú idő alatt ellaposodhat a beszélgetés, más esetekben a bőséges időkeretek szétfolyóvá tehetik a foglalkozást. A gyermekek számára gyermekfelügyelet biztosítható, így valószínűleg több szülő tud részt venni a beszélgetésen. A gyermekfelügyelet ideje alatt jó, ha a gyermekek halló- és látótávolságon kívül, lehetőleg egy másik gondozási egységben vannak, és olyan kisgyermeknevelő felügyel rájuk, akit ismernek.

A szülőcsoportos beszélgetés gondos szervezési és szakmai előkészítést igényel. Ezek megfelelősége döntően befolyásolja a szülőcsoportos beszélgetés sikerességét és hatékonyságát. A szervezési előkészületek közé tartozik még a fent említett időpont- és témaválasztáson, a gyermekfelügyelet megszervezésén túl a szülők személyre szóló meghívása (a szülő azt érezze, hogy tényleg számítanak a jelenlétére, tényleg várják), továbbá a terem kiválasztása és berendezése.

A beszélgetés helyszínének megválasztását nagymértékben meghatározzák a bölcsőde adottságai. Nagyon fontos az intimitás megteremtése, amelynek egyik feltétele a zavartalanság. A kiválasztott helyszín lehet a csoportszoba is (bár lehet, hogy itt túl sok a saját gyermekkel is összefüggésbe hozható elterelő inger), de a kisgyermeknevelői szoba, az étkező vagy bármilyen más, ahol a szülők jól érezhetik magukat. A szülőcsoportos beszélgetés felnőttprogram, ezért felnőtttszékeket és -eszközöket igényel.

A szakmai előkészítés az adott témából való felkészülést jelenti. A szülőcsoportos beszélgetés kettős vezetésű csoport: az egyik kisgyermeknevelő vezeti a beszélgetést, a kollégája pedig társvezetői teendőket lát el. A csoportban dolgozó két kisgyermeknevelő közösen dönti el, hogy melyik téma feldolgozásában ki milyen szerepet vállal; befolyásoló szempont lehet a szakmai érdeklődés és a tapasztalat. A témában való érintettség nem okvetlenül előny, mert lehet, hogy a túlzott érzelmi bevonódás nehezíti a tárgyilagosságot. Ezt minden egyes helyzetben érdemes mérlegelni.

A kisgyermeknevelők felkészülésének vannak egyéni és közös szakaszai. Közösen érdemes döntenie a szereposztásról, de a szerepek szerinti tevékenységekre érdemes külön-külön felkészülni, és a felkészülés után egyeztetni. A beszélgetést vezető kisgyermeknevelőnek érdemes egy rövid ráhangoló vitaindítóval készülnie. Ebben pár mondattal vázolhatja a téma egyik fontos aspektusát, konkrétan, a csoportba járó gyermekek és szüleik vonatkozásában. Például a szobatisztaság alakulásáról szóló beszélgetés bevezető gondolatai szólhatnak a csoportba járó gyermekek fejlődésének pillanatnyi helyzetéről; arról, hogy ez miért aktuális téma, hogy miért nehéz ennek a támogatása, alakítása a szülők és a kisgyermeknevelők számára; hogy milyen előnyei lehetnek a gyermekek, a szülők és a kisgyermeknevelők szempontjából a tapasztalatok és a dilemmák megosztásának. A bevezető semmiféleképpen ne legyen tudományos előadás, hiszen ez pontosan a szülőcsoport funkciója ellen hatna: a szülők a kisgyermeknevelő direkt módon hangsúlyozott szakmai kompetenciájával szemben a ténylegesnél kevésbé kompetensnek éreznék magukat. A tudományos előadás erősen normatív hatású is lehet, ami szintén elentmond a szülőcsoportos beszélgetés nondirektivitásának.

A bevezető gondolatokban – megfelelő hangsúlyokkal – helyet kaphatnak a kisgyermeknevelő szülői tapasztalatai az adott témáról. Az segíthet a szülőknek, ha a kisgyermeknevelő hitelesen beszámol a saját szülői dilemmáiról is, ennek hatására nem elsősorban a saját kompetenciahiányuknak tulajdonítják a nehezebb helyzetkezelést (hasonlóról számol be Kissné is; KISSNÉ FAZEKAS 2010), ugyanakkor ennek eltűzése a kisgyermeknevelő kompetenciáját csökkentheti (szakemberként a saját gyermekét sem tudja jól nevelni). A dilemmának valósnak kell lennie, és azt kell érzékeltetnie, hogy maga a helyzet számos ok miatt nem egyszerű.

A felkészülésnél érdemes a szakmai tudást is felfrissíteni az adott témakörben. Ehhez ajánlott a legfrissebb szakirodalmon kívül olyan újságokat, internetes blogokat is megnézni, amelyeket a szülők olvashatnak. Ebből a beszélgetés vezetője képet kaphat arról, hogy a szülők mit tudnak a témáról, és milyen szakmai vagy szakmainak látszó álláspontok befolyásolhatják nézeteiket.

A gyermeknevelést sokszor befolyásolják előítéletek, nevelési babonák, naiv nézetek, nemcsak a szülők, hanem a szakemberek körében is. A kisgyermeknevelés és gondozás kitüntetett területe ezeknek a hiedelmeknek. Jó, ha a beszélgetés vezetésére készülve a kisgyermeknevelő végiggondolja ezeket. Ez is lehet például a társ kisgyermeknevelő egyik feladata, hogy ezekben a helyzetekben aktívan segítsen.

A beszélgetés vezetésére készülve javasolt minden egyes gyermekkel és szülővel kapcsolatos témát érintő tapasztalatot, élményt végiggondolni. Ez segíthet az irányok és a prioritások

alakításában, és felhívhatja a figyelmet a csoport működése során felszínre kerülő és kezelendő kérdésekre, helyzetekre.

A beszélgetést vezető kisgyermeknevelő arra is javaslatot tesz, hogy a társ kisgyermeknevelőnek milyen szerepet szán a szülőcsoportos beszélgetésen. Jó, ha a segítő és a dokumentáló szerepek összekapcsolódnak.

A segítő szerepet vállaló kisgyermeknevelő felkészülése számos elemet tartalmaz a beszélgetést vezető kollégája felkészüléséből. Jó, ha ő is végiggondolja a témát, tájékozódik a szakirodalomban és a szülői blogokban, ha átgondolja a témához kapcsolódó saját tapasztalatait, a nevelési babonákat és az előítéleteket, valamint az egyes gyermekekről és a szülőkről szerzett tapasztalatokat. A segítő kisgyermeknevelő szerepe kettős: szükség esetén besegít a beszélgetést vezető kollégának. Az, hogy a „szükség esetén” mit is jelent, erősen helyzetfüggő. Egyes beszélgetésvezetők szinte folyamatos megerősítést igényelnek a társ kisgyermeknevelőtől, és gyakran direkt kérdéssel, megszólítással igyekeznek bekapcsolni kollégájukat a beszélgetésbe, míg mások jobban szeretik, ha a kollégájuk inkább csak azokban az esetekben veszi át a szót, amikor ők maguk nem tudják előmozdítani a beszélgetést, elakadnak, netán valamilyen nézeteltérés kezd kialakulni. A segítő kisgyermeknevelő másik szerepe a beszélgetés dokumentálása. Erre legmegfelelőbb a diktafonos hangfelvétel kiegészítéseként saját feljegyzések készítése. A csak írásos dokumentálás nem szerencsés, mert egyrészt lehetetlen minden lényeges dolgot leírni, másrészt nagyon zavaró lehet a beszélgetők számára egy folyton író kisgyermeknevelő látványa.

A két kisgyermeknevelő egyeztetése a tartalmi kérdésekre is vonatkozik. Természetes, hogy árnyalatnyi különbségek, hangsúlyeltolódások lehetnek a két szakember között, nagy nézetkülönbségek azonban nem jelenhetnek meg közöttük a szülőcsoportos beszélgetésen.

A beszélgetés lebonyolítását mindig nagy izgalom előzi meg. Akár többéves gyakorlattal rendelkező szakemberek is izgatottan készülnek a programra, hiszen a beszélgetés lényegében váratlan események láncolata: nincsenek kiosztott szerepek és gondolatok. Az, hogy kik jönnek el egy ilyen alkalomra és milyen az aktuális csoport összetétele, szintén jelentős befolyással van a csoport működésére. Egészen máshogy alakulhat a beszélgetés, ha például a mindenkit örököké kioktató szülő hiányzik, vagy ha a beszélgetést vezető kisgyermeknevelőt hozzászólásaikkal támogató szülők vannak többségben.

A legelső szülőcsoportos beszélgetés elején érdemes a közös csoportszabályokban megegyezni, melyekre minden egyes beszélgetés elején jó felhívni a figyelmet. A szabályokon a tapasztalatoknak megfelelően természetesen alakítani is lehet. A következő főbb szabályok közös elfogadása és betartása javasolt:

- Az időkeretek tartása.
- Nincs megszólaláskényszer, de elvárt, hogy mindenki mondja el a véleményét a beszélgetés folyamán legalább egy alkalommal, akkor, amikor a leginkább kedvet érez ehhez. A néma csoporttag nagyon zavaró a többiek számára – olyan, mintha kihallgatná őket.
- Abban is érdemes határt szabni, hogy mennyi ideig beszéljen valaki: ez néhány mondatnál ne legyen hosszabb, hogy mindenki szóhoz jusson.
- Ne csupán rövid, hanem a témához kapcsolódó legyen a mondanivaló.
- Mindenki jogosan várja el, hogy értő figyelemmel, csendben hallgassák a többiek.
- Lehet egymástól kérdezni az elhangzottakkal kapcsolatban.
- A reflektálásnál kiemelten fontos a tapintat: bármilyen nehezen elhíhető vagy elfogadható dolgot mond valaki, senkinek nem esik jól a lehurrogás, a kigúnyolás, a ledorongolás, a kioktatás.

- Javasolt a személyeskedés minden formájának elkerülése.
- A szülőcsoportos beszélgetés zárt csoport, melyen csak a kisgyermeknevelők és a csoportba járó gyermekek szülei vehetnek részt. Nem javasolt más családtagok meghívása vagy az intézmény vezetőjének jelenléte sem. Meghívott vendég lehet például egy gyakorlatát töltő hallgató vagy egy külső szakember, de bárki jelenlétéhez a csoport minden tagjának hozzá kell járulnia.
- Tájékoztatni kell a szülőket a beszélgetés dokumentálásának módjáról, arról, hogy a dokumentációba ki milyen módon tekinthet be, és kérni kell a hozzájárulásukat a felvétel elkészítéséhez, a megbeszéltek szerinti felhasználásához.
- A mobiltelefonok lenémítása.
- Megállapodás egymás megszólításában (az első beszélgetésen célszerű lehet a bemutatkozó kör is), megállapodás a tegeződést-magázódást illetően (ha még nem történt meg korábban).
- A titoktartás: ami a szülőcsoportos beszélgetésen elhangzik, nem kerül ki a csoportból. Minden résztvevőnek biztonságot ad, hogy senki nem él vissza a bizalmával.

Milyen nehézségekre számíthat a beszélgetést vezető kisgyermeknevelő?

- Kevesen jönnek el. Ilyen esetben javasolt azoknak örülni, akik ott vannak, és nem szabad rajtuk számonkérni a távollévőket.
- Valamelyik szülő túlzottan dominánssá válik a csoportban, és nem akar tudomást venni arról, hogy más is szeretne szóhoz jutni.
- Nehezen kezelhető nevelési babonák jönnek elő, és a csoport túl elutasítóan, intoleránsan, gúnyosan reagál.
- Nehezen kezelhető nevelési babonák jönnek elő, és a csoport láthatólag támogató, elfogadó ezekkel.
- A beszélgetés során a szülők elkalandoznak, nehéz mederben tartani a beszélgetést.
- Hosszú, kínos hallgatások vannak, a szülők közül többen nem igazán kívánnak bevonódni a beszélgetésbe. Esetleg csalódottak, mert másra számítottak.
- Valakinek negatív véleménye van az ilyen típusú beszélgetésekről, és ennek hangot is ad.
- A szülők konkrét tanácsot szeretnének kérni, mert a személyközpontú kommunikációra építkező nondirektív tanácsadással nem tudnak mit kezdeni, és bizonytalannak érzik a kisgyermeknevelőt. Sokszor el is hangzik a kérdés: „Akkor most mit csináljak ebben a helyzetben?”
- Valamelyik szülő olyan módszerrel számol be mint sikeres, jó megoldásról, amely szakmailag erősen megkérdőjelezhető vagy kifejezetten kerülendő, esetleg a bántalmazás kategóriájába tartozik. Például: „Én ilyenkor mindig rácsaptam a kezére. Ebből megtanulta, hogy nem szabad.” „Félóránként ráültettem a bilire, így hamar szobatiszta lett.” Stb.
- A szülők negatívan, esetleg gúnyral reagálnak valamelyik szülőtársuk megszólalására.
- Nézetkülönbség támad, ami meddő vitába vagy egymás legyőzésével való próbálkozásba torkollik.
- Olyan téma kerül szóba, vagy a beszélgetés olyan mélyre hatoló, ami meghaladja a kisgyermeknevelő kompetenciáját.

A beszélgetést vezető kisgyermeknevelő kommunikációja

A szakembertől elvárt a személyközpontú irányzat képviselői által (Rogers és Gordon) kidolgozott kommunikációs stílus alkalmazása. A személyközpontú irányzat az ember (önmagam és mások) tiszteletére építkezik, központi területe a kommunikáció, melynek sikerességétől függ az

egyén sikeressége. Rogers a sikeres kommunikáció három összetevőjét emeli ki: az empátiát, a feltétel nélküli elfogadást és a hitelességet (ROGERS 1962). Gordon (1989) a későbbiekben kiegészíti ezt az értő figyelemmel, ami a másik ember meghallgatására való képességet jelenti. Az 1990-es évek elejétől kezdve ez a szemlélet meghatározó szerepet kapott a pedagógiában, különösen a kisgyermeknevelés területén. Az eleinte továbbképzéseken, tréningeken megismerhető kommunikációs technikák igen hamar beépültek a szakemberképzés tananyagába önálló témakörökként, tréningekként, és bizonyos tantárgyak tananyagának feldolgozását megalapozó szemléletként is, ezért jelen írásunkban csak nagyon röviden foglaljuk össze az alapvető jellemzőket, és csak a témánk szempontjából fontos specifikumokat emeljük ki.

Az empátia a másik emberre való érzelmi ráhangolódás, beleérző képesség, mely a partner megismerését és megértését segíti, és képessé tesz arra, hogy be tudjuk mérni a partner várható viselkedését (Redmont, idézi ZRINSZKY 1993). Az empátia „a nem verbális és metakommunikatív közlések felfogásának, tudatosításának és visszajelzésének képességeként” is meghatározható (TRINGER 2007, 52). A szimpátia, a szociális helyzetértékelés és a tanult megértés nem rokonítható az empátiával. A nehéz helyzetben lévő kisgyermek sajnálata, a sorsa feletti szomorkodás nem empátia. Az a személy, aki felé az empátia (vagy az annak tűnő) viselkedés irányul, nagyon jól érzi az együttérzés és a sajnálkozás közötti különbséget.

A személyközpontú irányzat talán legnehezebben értelmezhető és ezért gyakran félreértelmezett fogalma a *feltétel nélküli elfogadás*. Rogers (1962) az elfogadás fogalmát a szeretettel rokonítja, a szeretet szót a teológiai fogalom, az agapé értelmében használva. Ezt a gondolatot tovább elemezve, értelmezve azt mondhatjuk, hogy a feltétel nélküli elfogadás a másik ember emberi mivoltának tisztelete. Ez egyfajta pozitív beállítottság a másik iránt, függetlenül attól, hogy szimpatikus-e vagy aktuálisan jól, jól cselekedett-e. A feltétel nélküli elfogadás pozitív odafordulás, nyitottság, őszinte érdeklődés a másik ember iránt; az embernek szól, és nem zárja ki azt, hogy az illető konkrét viselkedésével kapcsolatban negatív érzéseink legyenek.

A kongruencia vagy hitelesség azt jelenti, hogy „a beszélő fél verbális és nem verbális közlései egymással és a személy belső állapotával fedésben vannak” (TRINGER 2007, 72). Ez a kommunikációban az őszinteségben nyilvánul meg, ez az őszinteség azonban spontán, erre az egyén tudatosan nem törekszik.

Az empátia a kommunikációs készséggel, a feltétel nélküli elfogadás az attitűdökkel, a kongruencia pedig a kommunikáló személyiségével hozható leginkább összefüggésbe; a három változó alakulása nem független egymástól (TRINGER 2007).

De mit is jelentenek ezek a jellemzők a szülőcsoportos beszélgetés, kicsit tágabb kontextusban a kisgyermeknevelő-szülő kapcsolat vonatkozásában? Néhány általunk fontosnak tartott jellemző:

- A szülők (minden szülő) iránti feltétel nélküli elfogadás, előítélet-mentesség, még akkor is, ha a szülők értékrendje nem egyezik a kisgyermeknevelő értékrendjével, ha másképp nevelik gyermeküket, mint ahogy az szakmailag elfogadható, támogatható lenne. Ez azonban természetesen nem jelent szemet hunyást, nem jelenti a beavatkozás elmulasztását azokban az esetekben, amelyekben a gyermek jólléte, egészséges fejlődése azt megkívánja. Gyakran tapasztalható a szülők iránti előítélet, a szülők (le)értékelése a mindennapokban, a kompetenciájuk megkérdőjelezése (PODRÁ CZKY–NYITRAI 2015).
- A szülői kompetencia elismerése és a szülők gyermekük iránti szeretetének alapfeltételezése.
- Őszinte, partneri együttműködés felkínálása a szülőknek.
- A szülők értő figyelemmel történő meghallgatása.

- Őszinteség, a kölcsönös bizalom megteremtése és erősítése.
- Problémaérzékenység és a problémák empatikus kezelése. Ebbe beletartozik annak elismerése, hogy az adott dolog, helyzet a másoknak gondot, problémát okoz, és az is, hogy a gyermek épülését, fejlődését nem szolgáló szülői-nevelői eljárások kerülésére tapintatosan vezeti rá a szakember a szülőt, hogy tartózkodik a direkt minősítésektől és a kioktatástól.
- A közléssorompóktól való tartózkodás. Kissné a közléssorompók több formáját is említi, például:
 - utasítás: „Szerintem próbáld meg így, a te helyedben ezt így csinálnám/nem csinálnám így...”
 - minősítés: „Ez így nem jó szerintem. Ez így butaság.”
 - megszegényítés: „Ilyet (mármin ilyen butaságot) még életemben nem hallottam.”
 - sértő általánosítás, diagnosztizálás: „Neked ez mindig probléma. Eltúlzod a dolgokat.”
 - bagatellizálás: „Túl nagy ügyet csinálsz ebből a kis semmiségből. Ez semmi ahhoz képest, hogy...”
 - faggatózás: „De miért gondoltad ezt így?” (KISSNÉ FAZEKAS 2010)

Pozitívnak ható közléssorompók is vannak. Például a hangsúlyos direkt dicséret: „Ezt nagyon jól csinálod...”, vagy a hízélgés: „Te olyan jó megoldásokat találsz, mondasz...”, stb. Ezek mögött sejtethető az a tartalom, hogy mások viszont nem ennyire jók, ügyesek. Ez sértheti, megbillentheti az egyenrangúság érzését, és a magukban bizonytalanabb vagy kevésbé jó megoldásokat alkalmazó szülőket elnémíthatja.

Az alábbiakra törekedjünk:

- A pozitívumok észrevétele, megerősítése.
- A beszélgetés pozitív irányba történő továbbvitele.
- Hiteles reagálás a szülők által elmondottakra.
- A személyes tapasztalatok, meggyőződések átadása.

Ha a kommunikációs technikák oldaláról közelítünk, akkor a szülőcsoportos beszélgetés eredményessége szempontjából a következők emelhetők ki:

- értő figyelem, aktív hallgatás;
- a csoport megszólítani tudása;
- az elmondottakra reagálás: összefoglalás, a pozitívumok megisméltése, újrafogalmazás, sűrités;
- segítő, bátorító, pontosító kérdések megfogalmazása;
- a lényeges elemek, érzések visszatűkrözése;
- közös problémafelismerés, azonosítás;
- a beszélgetés mederben tartása indirekt módszerekkel (visszakanyarodás valamilyen lényeges gondolathoz; új, a témához kapcsolódó érdekes szál említése stb.);
- a jó megoldások közös kiválasztásának indirekt elősegítése;
- tartózkodás a kész, konkrét javaslatoktól, a direkt tanácsadástól.
- [a gondozónő] „Konkrét tanács/megoldás kérése esetén többféle megoldással élhet: kérheti a többi szülőt, hogy ők mit gondolnak egy olyan helyzetről, mit tennének, vagy a kérdezőt kérdezi meg, hogy ő mivel próbálkozott már, a gondozónő is elmondhatja, hogy ő azt hogy oldaná meg, vagy szakirodalomból mit tud arról. (Információkat, tényeket, saját tapasztalatot mondhat a gondozónő.) Fontos azonban, hogy előbb a szülők szóljanak,

nehogy a »szakember« véleménye azonnal lezárja a problémáról való diskurzust. Az igazi változás a szülők gondolkodásában, érzelmi hozzáállásában történő áthangolódás eredményeként jön létre, a kész recept ezt a gondolkodási/áthangolódási folyamatot zárja rövidre” (BIMBÓ é. n., 8).

A tanácsadás során alkalmazott hatékony kommunikációs technikákat a „Beszélgetésvezetés” című alfejezetben már részleteztük.

Milyen pozitív hatásai, eredményei lehetnek a szülőcsoportos beszélgetéseknek?

- A beszélgetések hatására erősödhet a szülők és a kisgyermeknevelők közötti kölcsönös bizalmon alapuló partneri viszony, az együttműködés.
- A részt vevő szülők megerősítést kaphatnak szülői kompetenciáikat illetően.
- A szülő számára megnyugtató lehet, hogy nincs egyedül a gondjával, problémájával; a gyermeknevelés során jelentkező nehézségek jó része a mindennapok természetes velejárója; a sok nehézség a fejlődés adott állomásán a gyermekek többségénél természetesen jelentkezik (természetesen a szélsőséges és állandósulni látszó helyzeteket illetően más a helyzet).
- A szülő elfogadóbbá válhat a gyermeke iránt.
- A szülőknél nőhet a bölcsődék iránti bizalom, és csökkenhet a szorongás.
- A szülők választ kaphatnak neveléssel kapcsolatos dilemmáikra, és hallhatnak mások tapasztalatai között olyanokat, amelyeket jó ötletnek tartanak, és szívesen kipróbálnak.
- A szülő számára jó érzés, hogy meghallgatják – az elfogadó, támogató közegben anélkül beszélhet a dilemmáiról, nehézségeiről, hogy szülői kompetenciája sérülne.
- A kisgyermeknevelők jobban megismerhetik a csoportjukba járó gyermekek szüleit, családi hátterét.
- A kisgyermeknevelők elfogadóbbá válhatnak az egyes gyermekek iránt.
- A szülők számára nyilvánvalóbbá válik, hogy a gyermeküket nevelő szakemberek hogyan is gondolkodnak nevelési kérdésekben.
- A szakmailag támogatható pozitív helyzetmegoldási minták eljutnak a szülőkhöz.
- Indirekt módon sikerül csökkenteni a kisgyermekneveléssel kapcsolatos helytelen elképzeléseket, nevelési babonákat.
- A szülők egymással való kapcsolata is gazdagodik. Az egymás iránti nyitottság következtében otthonosabban érzik magukat a bölcsődében, esetleg bölcsődén kívüli közös gyermekes programokat is szerveznek.
- A kisgyermeknevelők egymással való kapcsolata is gazdagodik.

A szülőcsoportos beszélgetésekről készített dokumentáció elemzése hozzásegíthet a saját módszertani kultúra gazdagításához.

Egy lehetséges szempontsor ehhez:

„Ajánlott szempontsor vezetőknek, gondozónőknek, a szülőcsoportos beszélgetések elemzéséhez és dokumentálásához:

- Mi volt a téma? Miért ezt választottátok? Mi volt a célotok a beszélgetéssel? Elérte ezt a célt?
- Kinek milyen szerepe volt a szervezésben, előkészítésben, vezetésben?
- Milyen légkörben zajlott a beszélgetés?
- Milyen érzéseket fedeztetek fel a szülőknél?

- Mi jellemezte a kommunikációt (iránya, módja, verbális, nonverbális, metakommunikáció stb.)?
- Milyen szerepek alakultak ki a csoportban (kezdeményező, támogató, domináns, »megmentő«, hallgató, visszahúzó, okoskodó stb.)? Okoztak ezek nehézséget? Hogyan sikerült megoldani?
- Milyen fontos információt kaptatok a családi nevelésről, a szülő-gyerek kapcsolatáról?
- Milyen szülői attitűdöt, szülői nevelési módszereket ismertetek meg? Elhangzott olyan nevelési módszer, amit nem tartunk helyesnek? Hogyan reagáltatok erre?
- Miből érezhették a szülők, hogy értitek a dolgokat, hogy szakmailag kompetensek vagytok?
- Milyen hatással volt a beszélgetés a kapcsolatokra (szülő-szülő, szülő-gyerek, szülő-gondozónő, gyerek-gyerek, gondozónő-gyerek, gondozónő-gondozónő kapcsolatok)?
- Milyen beszélgetésvezetési módszereket, technikákat alkalmaztatok és hogyan? Mi ment könnyen, és mi ment nehezebben?
- Volt-e nehéz, váratlan helyzet? Hogyan sikerült megoldani?
- Mit csinálnál legközelebb másképpen? Miért?
- Milyen segítséget igényeltek a következő beszélgetéshez?" (KISSNÉ FAZEKAS 2010, 151–152).

A bölcsődében pedagógus munkakörben dolgozó kisgyermeknevelők 2016. január 1. óta a pedagóguséletpálya-modell hatálya alá tartoznak. A minősítésre felkészülést segítő Útmutató részletes leírást ad a minősítéshez készítendő dokumentumokról is. A speciális, vagyis a kötelezően választandó dokumentumok között a szülőcsoportos beszélgetésre való felkészülés is szerepel. Az Útmutató kiegészítése a következőket tartalmazza:

„A szülőcsoportos beszélgetésre való felkészülés és megvalósítás

I.

- A bölcsőde rövid, lényegre törő bemutatása
- A szülőcsoportos beszélgetés általános gyakorlatának bemutatása az adott bölcsődében (alkalmazott módszerek, lebonyolítás, sajátosságok)

II.

- Saját élményű szülőcsoportos beszélgetés témájának meghatározása
 - Mi adja a téma aktualitását?
 - Hogyan konvertálják át a kisgyermeknevelők kérdésekké a meghatározott témát?
- Mit szeretnének elérni a beszélgetéssel?

III.

- A szülőcsoportos beszélgetés tervezésének menete, feladatok
 - időpont meghatározásának szempontjai;
 - helyszín kiválasztásának szempontjai;
 - esetleges vendég(ek) meghívásának szempontjai.
- Munkamegosztás, feladatok, határidők felosztása és meghatározása a szülőcsoportos beszélgetés levezetői között
- Munkaformák kiválasztása – indoklás
- Időkeret meghatározása – indoklás
- Esetlegesen szükséges eszközök meghatározása – indoklás

- Felkészülés folyamatának bemutatása

IV.

- A helyszín kialakítása, elrendezése
- Hangulatteremtés eszközei, módszerei

V.

- A szülőcsoportos beszélgetés menetének részletes, tényszerű leírása
- Résztevők száma, résztvevői kör rövid meghatározása
- Feldolgozott téma, problémafeltárás menete, módja
- Alternatívák keresése
- Lezárás
- Adminisztrációs teendők

Reflexió a szülőcsoportos beszélgetés témához (feltöltése önálló/külön file-ban):

- A saját élményű beszélgetés rövid értékelése, személyes tapasztalatok, konzekvenciák
- A választott eszközök, módszerek, munkaformák bevalása a beszélgetés során
- A beszélgetés, a lebonyolítás tanulságai
- Célkitűzések megvalósulása
- Korrekciók, lehetséges variációk, továbbfejlesztési lehetőségek
- A tervezés és megvalósítás folyamán felmerülő problémák, nehézségek felismerése, megoldási alternatívák bemutatása
- Segítő és hátráltató tényezők
- Hogyan segíti a szülőcsoportos beszélgetés a szakmai munkáját?
- Hogyan segíti a szülőcsoportos beszélgetés az együttműködést a résztvevőkkel?" (BATA et al. 2016, 42–43).

4.5.3. A szülőcsoportos beszélgetés lehetőségei az óvodában

A szülőcsoportos beszélgetés nem teljesen ismeretlen az óvodai nevelésben, de nem jellemző és nem is kötelező módszer. Vannak óvodák – közöttük is felülreprezentáltak a család-óvoda kapcsolatának megújítására törekvő, kísérletezőbb kedvű intézmények, amelyek különböző témákban beszélgetőköröket vagy a szülőkkel együttes, kötetlen tevékenységeket szerveznek, aminek része a beszélgetés.

Ezek a beszélgetőkörök a szülőcsoportos beszélgetésnél kevesebb szabályt használnak, és sokkal jobban kitettek a kezdeményező pedagógus érzékenységének, mint a szakmai felkészültségnek, mert a beszélgetésvezetésre való felkészítés jelenleg nem része az óvodapedagógusok képzésének.

A szülőcsoportos beszélgetésnek az óvodában is helye lehetne, mert nagyon jó keretet biztosítana a szülői kompetencia indirekt erősítéséhez, a megtervezése során azonban számolni kell az óvodai nevelés néhány sajátosságával:

- Az óvodai gyermekcsoportok létszáma a bölcsődei csoportok létszámának másfél-kétszerese, ami esetenként 22–28 gyermeket és a szüleit jelenti. A nagyobb létszámú szülői kör számára lényegesen nehezebb ilyen jellegű beszélgetésekhez megfelelő időpontot találni, továbbá ez a létszám a beszélgetést és annak vezetését is megnehezíti/lehetetlenné teszi.

- Az óvodai csoportok jó része életkor szerint vegyes csoport. Ez a minden szülő számára érdekes és aktuális téma megtalálását is nehezíti, hiszen más nevelési dilemmái vannak a 3,5 éves gyermekek szüleinek, mint mondjuk az 5 éveseket nevelő családoknak.
- Az óvodai nevelés normatív jellege markánsabb.
- A bölcsődei nevelésben elsősorban a korosztály életkora miatt hangsúlyos a szülőkkal való együttnevelés, az otthoni nevelési szokások megismerése és a lehetőségek szerinti ehhez való igazodás. Az óvodai nevelésben kitapinthatóbbak az intézményhez való igazodással, alkalmazkodással kapcsolatos elvárások, ami a nyitottság gátja lehet.
- Az óvodának meghatározó szerepe van a gyermek iskolaérettségéről való döntésben, ami egyes szülőket zárkózottabbá tehet a nevelési dilemmákról való beszélgetést illetően.
- A szülőcsoportos beszélgetés felkészítést igényel, amit a szakemberképzésben és a továbbképzésben is úgy érdemes átgondolni, hogy e sajátosságokat szem előtt tartjuk.

4.5.4. Kompetenciafejlesztő szülőcsoportos foglalkozások jellemzői és tervezésük

A szülőcsoportoknak, a szülőkkal való „beszélgetéseknek” általában az a célja, hogy a pedagógusok mint a gyermeknevelés képzett szakemberei támogatást nyújtsanak a szülőknek, ha kisgyermeknevelési kérdésekben elbizonytalanodnak, ezzel segítve elő szülői kompetenciájuk megerősödését. „Legyen egy hely (szülők csoportja), ahol nyíltan és őszintén lehet beszélni a gyermeknevelés során megélt elakadásokról, gondokról, az ezek nyomán keletkező kapcsolati és belső (intrapaszichés) konfliktusokról. A rossz érzések ventilálhatnak, a terhek megoszthatók a hasonló helyzetben lévőkkel, és közösen kielégítő megoldásokat lehet találni. Fontos, hogy az anyák, apák egyre inkább érezzék jól magukat új – szülői – szerepükben. Ennek hatása játékosan jelenik majd meg a gyermek viselkedésében, fejlődésében” (BIMBÓ Z.-NÉ É. N., 4).

A csoportos beszélgetés módszerén túl a csoportos foglalkozások is kiválóan alkalmasak lehetnek a szülők szülői szerepében való megerősítésére, az őket foglalkoztató gyermeknevelési kérdésekben a szükséges információk feldolgozására. A szülőcsoportos foglalkozások a pedagógus által működtetett segítő csoportokként definiálhatók: „Olyan problémacentrikus, céltudatosan vezetett csoport, mely során a csoportvezető programtevékenységen keresztül a csoportdinamikai elemeket ismerve és értve, megfelelő attitűdkészlettel segíti a csoportot a célok elérésében és a problémák kezelésében” (HADNAGY 2003, 7).

A csoportos foglalkozások során a szülők a témával kapcsolatban nemcsak körben ülve, az egész csoport figyelmétől kísérvé beszélgethetnek, hanem a csoport céljának megfelelően kis csoportokban, párban vagy egyénileg is dolgozhatnak; változatos munkaformákban, változatos tevékenységekben vehetnek részt. A 10-12 fős csoportban történő beszélgetés során az egy főre jutó megszólalások száma szükségszerűen kevesebb lehet, mintha 3-4 fős csoportokban vagy párban beszélgetnek egymással a szülők. A kis csoportos feladatmegoldás a szülőket aktivizálja, így kevesebb ember előtt a visszahúzódozó tagok is könnyebben megnyílhatnak, ugyanakkor a csoportos vagy páros feladatok utáni tapasztalatok meghallgatása miatt mégis az egész csoport profitál az elhangzottakból. A feladatok a témához kapcsolódó információk feldolgozását segítik elő, például jó gyakorlatok gyűjtését, vagy hogy kinél milyen módszerek váltak be bizonyos kisgyermeknevelési kérdéskörben, de feladat lehet például egy-egy rövidebb információs szöveg feldolgozása, megbeszélése is. Az ismeretfeldolgozásban alkalmazott feladattípusok lehetnek: gyűjtés, csoportosítás, rangsorolás, összehasonlítás, közös lista készítése, videófilm megtekintése és elemzése, információs anyag elolvasása, megbeszélése stb. (LZSÓNÉ SZECSŐDI 2003).

A feladatokat mindig a foglalkozások céljához és a szülőcsoporthoz illeszkedően kell kitárlani és megválasztani. A szülőcsoportos foglalkozásokra való felkészülés a pedagógusoktól sok kreativitást és az információknak való utánajárást igényel. Minden témánál célszerű átgondolni az óvodapedagógusnak, kisgyermeknevelőnek, hogy milyen információknak kellene mindenképp szóba kerülni a szülőcsoportos foglalkozáson, hogy a szülők viszonylag teljes képet kaphassanak az adott problémakorról. Például ha a foglalkozás témája a szobatisztaság, akkor érdemes szóba hozni, hogy milyen jelei is vannak a szobatisztaságra való érettségnek a gyermeknél, hogy mi a szobatisztaságra szoktatás optimális menete, s hogy milyen eszközök állnak a szülők rendelkezésére, amelyek elősegíthetik a szobatisztaság kialakulását. Minden témakörhöz külön feladat tervezhető.

Az iskoláskor előtti nevelésben részt vevő szülők számára azért is indokolt a csoportos foglalkozássorozat tervezése, mert az azonos csoportba járó gyermekek szülei 2-3 éven keresztül évente többször is találkoznak. A pedagógusnak érdemes átgondolnia, hogy ebben az időintervallumban hogyan fog együtt dolgozni a szülőkkel, hogyan fogja segíteni őket a gyermeknevelésben. Célszerű egy nevelési évre vonatkozóan kialakítani a szülőcsoportra vonatkozó koncepciót, figyelembe véve a gyermekcsoport jellemzőit (például életkor) és a szülők igényeit is. Érdemes igényfelmérést végezni a szülőcsoport tematikájának kialakításánál.

A szülőcsoportos beszélgetések és/vagy foglalkozások tervezése, szervezése, lebonyolítása során figyelembe kell venni a csoportfejlődési szakaszok jellegzetességeit.

A csoport indulásánál, az alakuló, vagyis a kezdeti szakaszban figyelni kell arra, hogy a feladatok segítsék elő, hogy a szülők bemutatkozassanak, megismerjék egymást, és egyenrangú, bizalommal teli csoportlétkör alakuljon ki. Fontos a csoportkontextus megteremtése és az alkalmazott módszerek egyeztetése a csoporttal. A csoportszabályok megbeszélése is az indító foglalkozás feladata.

A csoporttá formálódás átmeneti szakaszában célszerű minél több interaktív feladattal elősegíteni az együttműködést. Törekedni kell a csoportkohézió létrehozására, és elő kell segíteni a csoporttagok „mi” érzésének kialakulását/erősödését. Ha a csoportalakulás sikeres volt, akkor a munkaszakaszban – amely a leghosszabb ideig tart –, egy jól működő kis csoporttal dolgozhat a pedagógus, és lehetősége van a programterv végigvitelére a csoport igényeinek megfelelő esetleges változtatásokkal. Az egyéni és a csoportcélok elérése érdekében a csoporttagok kölcsönösen támogatják egymást.

A befejező vagy a záró szakaszban lehetőséget kell biztosítani a csoport által megélt tapasztalatok összefoglalására, a csoport felbomlásának átélésére, az egymástól való elkészülésre, valamint a természetes kölcsönös segítségnyújtó rendszer további működési lehetőségeinek feltárására, megtalálására.

A strukturált csoportfoglalkozások felépítése

A munka-pályatanácsadás területén Szilágyi Klára (2000) és munkatársai alakították ki a strukturált csoportfoglalkozás menetét, amelyet a kora gyermekkori nevelésről szóló szülőcsoportokra is jól adaptálhatónak tartunk. A szülőcsoportos foglalkozás időtartama – hasonlóan a szülőcsoportos beszélgetésekhez – egy, maximum másfél óra lehet.

Minden egyes foglalkozást célszerű az alábbi struktúra szerint felépíteni:

- **Hangulatteremtés:** A foglalkozás indításakor a szülők különböző helyekről érkeztek, és eltérő érzésekkel, gondolatokkal ültek be a szülőcsoportba. A hangulatteremtéssel a figyelem a témára irányítható, a jó indítás „összekapja” a csoportot, és felkelti a szülők érdeklődését. (Hangulatteremtő feladat lehet például egy versrészlet felolvasása a pe-

dagógus által, vagy a gyermekcsoportról készült fényképek nézegetése, egy rövid videó stb.). A hangulatteremtő feladatnak egyáltalán nem kell hosszúnak lennie: elég az első 4-5 percet erre szánni, és máris oldottabban, felszabadultabban, ugyanakkor a témára hangoltan kezdődik a munka.

- **Célkitűzés:** Ez általában a csoportvezető pedagógus pár mondatos közlése arra vonatkozóan, hogy az adott foglalkozás miért jött létre, és mit szeretnének elérni a kitűzött téma feldolgozásával (2-3 perc).
- **Ismeretfeldolgozás:** Ez a szülőcsoportos foglalkozás leghosszabb szakasza, körülbelül 45-50 perc, amely több feladatot is magában foglal. Mindenképpen a problémafeltárással érdemes indítani, ami általában egy egyszerű körkérdés arról, hogy az adott témával kapcsolatban a szülők milyen nehézségekkel küzdenek. Mire lennének kíváncsiak? Mi érdekli őket? Mire szeretnének választ kapni a szülőcsoporttól? A körkérdésekre kapott válaszokat összefoglalva a csoportvezetők meghatározzák a problémadefiníciót. Az információfeldolgozás második részében a csoport ehhez a problémadefinícióhoz keres alternatív megoldási lehetőségeket, általában több feladaton keresztül. Az információáramoltatás során a csoporttagok megosztják egymással a tapasztalataikat, feldolgozzák a témához kapcsolódó információs anyagokat, és segítik egymást a felmerülő problémák megoldásában. A végén a lehetséges alternatívák felmutatása történik meg egy csoportvezetői összefoglalással.
- **Személyes hozam:** A csoportos foglalkozás végén érdemes lehetőséget adni a résztvevő szülőknek arra, hogy az aktuális csoportfoglalkozással kapcsolatban megfogalmazzák a véleményüket, az érzéseiket. Erre általában a zárókör ad lehetőséget, melyet egy csoportvezetői körkérdés vezet be. Gyakori megoldás az is, hogy a csoportvezetők zárás-ként mondatbefejezést kérnek a szülőktől. Például: „A szülőcsoportos beszélgetésről azt viszem magammal, hogy...” A személyes hozam megfogalmazására csoportlétszámtól függően 5-10 percet érdemes hagyni.
- **A következő foglalkozás előkészítése:** A foglalkozás zárásaként a csoportvezető pedagógus is elköszön, és pár mondatban (maximum 2-3 perc) utal arra, hogy mikor várható a következő foglalkozás, mi lesz a témája, s hogy esetleg a szülőknek van-e valami teendője addig. [...]

A szülőcsoportok vezetése nehéz, és komoly szakmai felkészültséget igényel. A csoportvezetés tanulásában fontos szerepe van a tapasztalati tanulásnak, amelyet nagyban elő tud segíteni a foglalkozások folyamatelemzése – a szülőcsoportos foglalkozások hatékonyságára vonatkozó pedagógiai önreflexió.

A szülőcsoportos foglalkozás folyamatelemzését a szülőcsoport befejezését követően, lehetőleg még aznap célszerű elkészíteni. A folyamatelemzés célja, hogy segítsen átgondolni a foglalkozás sikerességét, értékelni a kisgyermeknevelő felkészülését, csoportvezetését, segítsen tudatossá tenni az erősségeket és az esetleges hiányosságokat, lehetőséget teremtsen ezzel a szakmai önreflexióra. [...]

4.6. Tanácsadás a munkatársi közösségen belül – a nevelőközösség együttműködése

Miközben természetesnek vesszük és el is várjuk, hogy betegség esetén az orvos konzíliumot kér, ha olyan specializált tudás bevonását tartja szükségesnek, amivel ő nem rendelkezik, a

hagyományos pedagógiai kultúráról idegen, hogy a pedagógus egy-egy nehéz helyzet vagy probléma esetén a saját munkatársi közösségében kérjen segítséget. Ez azt eredményezi, hogy a pedagógus magára marad a gondjaival, s mivel a problémák megosztásának nincs formalizált tere és helye, előbb-utóbb rossz pedagógusnak érzi magát, mert elvárásként azt tapasztalja, hogy minden felmerülő kérdést meg kellene tudnia oldania – egyedül.

A következőkben azt tárgyaljuk, hogy ennek a szemléletmódnak és gyakorlatnak a megváltoztatása nagy előrelépést és komoly belső erőforrást jelentene a pedagógusközösségek számára, továbbá bemutatunk néhány módszert, amely a bölcsődei-óvodai nevelőközösségekben alkalmazható.

4.6.1. Magányosság versus együttműködés és társas támogatás

A tanári munkával kapcsolatban gyakran elhangzik, hogy magányos tevékenység. Az órák kezdetén az ajtók bezárulnak, s hogy azután mi történik, az a pedagógus és az osztály belügye. A kisgyermeknevelés intézményeinek működése ettől mindenképpen eltér annyiban, hogy legalább kettő, optimális esetben három ember lát bele egymás munkájába: a pedagógusok az úgynevezett átfedési vagy ölelkezési időben, a dajka pedig a nap egésze folyamán. Mondhatnánk, hogy ez az alaphelyzet önmagában kizárja a magányosságot, mégsem jelenthetjük ezt ki határozottan. Előfordul ugyanis, hogy a probléma vagy az elakadás hármuk közül csak az egyik szereplőhöz kapcsolódik, míg a többiek ugyanazzal a jelenséggel vagy viselkedéssel jól boldogulnak. Ez hosszú távon frusztrálja az érintettet. Az is lehetséges, hogy az ugyanabban a csoportban dolgozó nevelőpár mindkét tagja úgy érzi, hogy nem találják az eredményre vezető megoldást. Kihez fordulhatnak segítségért? Jó esetben a vezetőhöz, de ez nem minden esetben és nem minden intézményben vezet el a probléma megoldásához.

Tény, hogy a pedagógiai kultúrának tradicionálisan nem része sem az együtt gondolkodás, sem az együttműködés. Ugyanígy nem része az örömök és nehézségek egymással való megosztása, egymás előtti felvállalása, és nem része az egymástól való segítségkérés sem (SZEBÉNYI 2012).

Természetesen léteznek olyan intézmények, ahol a problémák megbeszélésének ideje és helye van, elszórtan esetmegbeszélő csoportok is működnek, ezek azonban korántsem általánosak és főleg nem széleskörűen elterjedtek. Az esetmegbeszéléseken, esetkonzultációkon a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok főként a családsegítő szolgálatok vagy a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységéhez kapcsolódva vesznek részt meghívottként. A szupervízió része a szociális szakma továbbképzési módszereinek, és az egészségügyben is egyre szélesebb körben alkalmazzák. Lehetősége a pedagógusok számára is nyitott, akkreditált továbbképzésként igénybe vehető, a köznevelés területén azonban általánosan nem elterjedt (JÓZSEF 2006).

A következőkben röviden arra világítunk rá, hogy mely fejlesztő módszereknek lehetne helye az iskoláskor előtti nevelés intézményeiben.

4.6.2. A bölcsődében-óvodában alkalmazható módszerek

A bölcsődében, óvodában alkalmazható módszereket Barcy Magdolna és Szamos Erzsébet munkáira támaszkodva tekintjük át. A módszerek a segítség célja szerint különbözőek. A segítség fókuszában állhat:

- a fejlesztés (képzés, tanítás);

- a támogatás (szupervízió, konzultáció) és
- a korrekció (krízis, a károsodások csökkentése, terápiája) (BARCY–SZAMOS 2009).

Első lépésként azt érdemes tisztázni, hogy mi(k) a cél(ok). A pedagógusok, illetve a nevelőtestületek esetében a fejlesztésnek és a támogatásnak van relevanciája. A tanításnak, fejlesztésnek, képzésnek kulcsszerepe van a szakmai személyiség kialakulásában és a további építésében is, azt célozva, hogy a pedagógus „többé, jobbra, képesebbé” váljon (BARCY 2012, 49).

A kisgyermeknevelés intézményeiben a különböző műfajok közül leginkább a teammunka, a szakmai műhelyek, a munkacsoportok és a szupervízió alkalmazható.

Teammunka

„A teammunka olyan emberek együttműködése, akiknek képzettsége, szemlélete különböző, és tudásukat, képességeiket egy közös probléma (cél, feladat) megoldására fordítják. Általában együtt dolgozó emberek kis csoportja, amely önkéntes, nem felülről szervezett társulás [...]. A teammunka célja összetett (sokféle felkészültséget igénylő), újszerű (addig ki nem dolgozott) és nem ismétlődő (egyedi ötleteket igénylő) problémák gyors és jó hatásfokú megoldásának elősegítése” (BARCY 2012, 55).

A team és a teammunka jellemzői:

- feladatuk az ötletadás;
- működésük az adott témával kapcsolatos, ezért ideiglenesen működnek;
- önszabályozott, autonóm kis csoportok, amelyek feladat- és/vagy problémaorientáltak;
- általában interdiszciplinárisak, különféle tudások és szakértelmek adódnak össze bennük.

Teamet egy-egy feladat vagy probléma kreatív megoldása érdekében érdemes működtetni. Az interdiszciplináris jelleg érvényesül például olyankor, ha egy problémás gyermek kapcsán a lehetséges alternatívákról együtt gondolkodik az érintett pedagógus, gyógypedagógus, pszichológus, fejlesztőpedagógus, szociális munkás stb.

Szakmai műhelyek

A nevelőtestületek belső erőforrásainak megsokszorozását a szakmai műhelyek jelentenék. Ez a forma tenné lehetővé például, hogy a kollégák a különböző területeken megszerzett tudásokat és tapasztalatokat összegyűjtsék, és azokat egymással, esetleg a szélesebb szakmai nyilvánossággal megosszák. „Szerveződhet műhely például tanácsadás célzattal: ebben az esetben az a dolga, hogy aktuális feladatok és problémák megoldására alternatívákat termeljen ki. [...] A rendeltetésük lehet szakmai elemzés, ilyenkor a résztvevők adatokat, információkat, tevékenységeket, folyamatokat és eredményeket rendszerezzenek, következtetéseket levonjanak, és mindezt publikálják is” (BARCY 2012, 60).

Munkacsoportok

Inkább eseti problémák megoldására lehetnek alkalmasak a munkacsoportok, melyek szintén szerveződhetnek egy munkahelyen belül. A munkacsoportokat elsősorban az különbözteti meg a teamektől, hogy azok nem önszerveződéssel, hanem általában a formális vezetőtől érkező feladat kijelölés alapján jönnek létre.

Szupervízió

A szupervízió a szakmai munkában felmerülő problémák megbeszélésére ad lehetőséget egy olyan szakemberrel, aki a szakterületen és a szupervízióban is jártas. A szupervízió célja a kisgyermeknevelést végző intézményekben elsősorban a szakmai kompetencia és identitás erősítése, a szakmai segítségnyújtás lehet. Történhet egyéni és csoportos formákban. Az utóbbiak közé tartozik például az esetmegbeszélő szupervízió. A szupervízió:

- a pedagógusnak segítséget, tanácsot, útmutatást adhat;
- lehetőség az elakadások, kudarcok, szakmai megoldások megbeszélésére, a szakmai gondok, nehézségek, szorongás oldására;
- ráirányíthatja a figyelmet arra, ami elkerülte a pedagógus figyelmét;
- segítséget és támogatást adhat a pedagógusnak szerepei és motivációi átgondolásában (SZÓNYI 2005; BARCY 2012).

A módszernek helye lehet a pályakezdők és a már tapasztalt kollégák támogatásában is (MAJZIKNÉ LICHTENBERGER 2012).

A segítőnek a saját mentálhigiénéjével is komolyan foglalkoznia kell. Ennek négy fontos oldala van: a szakmai közösség, a „sivatag”, a továbbképzés és a nem szakmai élet. Süle (2009) a szakmai közösség alatt olyan hasonló munkát végző emberekből álló munkaközösséget ért, akik időszakosan találkoznak, és lehetőségük van a problémáik megbeszélésére, így nyújtanak szakmai támogatást egymásnak. A „sivatag” azt jelenti, hogy a tanácsadónak is szüksége van időnként visszavonulásra, egyedüllétre, külső ingermentességre, hogy saját magát is foglalkoztathasson. Ezt általában nyugodt, természeti környezetben lehet elérni. A szakmai továbbképzés során olvasással, konferenciákon való részvétellel, tapasztalatcserékkel érheti el a tanácsadó, hogy a tudása bővüljön, hogy új módszereket ismerjen meg, illetve saját eredményeit is a szakmai közvélemény elé tárja. A nem szakmai élet a magánéleti részt, a családi, baráti kapcsolattartást jelenti. Mindezen területek egyensúlyban tartásával kerülhető el a kiégés (burn-out) szindróma, vagyis a segítő szakmákban nem lehet támogatás nélkül dolgozni, mert ez a személyiség sérüléséhez vezet.

A vázolt módszerek is segíthetnek abban, hogy a nevelőközösségek olyan támogató közösséggé váljanak, ahol a problémák jelzése és megoldása ugyanolyan természetes, mint az örömök és a sikerek megosztása.

15. A GYÓGYPEDAGÓGIAI TANÁCSADÁS SAJÁTÓSÁGAI

BORBÉLY S. (2018): A szülőkkal való együttműködés dilemmái. In MESZÉNA T.-NÉ (szerk.) (2019): *Kaleidoszkóp – Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög*. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 74–76. p.

A konkrét témakörökben gyakran a kis lépések művészete a téma, nem úgy általában, hanem konkrétan, egy nevelési vagy fejlődési folyamatot kis részekre bontva. Amikor a szakember munka közben egy-egy területen szülői ellenállást tapasztal, ezt észlelni kell, s valamilyen formában vissza is kell jelezni. Itt igen fontos, hogy az ilyen megtorpanás nevesítése soha ne legyen bántó. Ahogyan a lassan vagy a nehezen fejlődő gyermekek problémáival kapcsolatban is rendszeresen kifejezzük, hogy „még nem tart itt vagy ott”, úgy a nevelés területén is hasonlóképpen fogalmazhatjuk meg a dilemmát: „Talán még nem aktuális, hogy itt most változtatni akarunk.” A szülőre vonatkozó mögöttes gondolataink viszont mások, mint amikor egy gyermek még nem tud, vagy nem akar valamit végrehajtani. A nevelés területén szembe találhatjuk magunkat a szülő tőlünk eltérő értékrendjével, amit alapjában véve tiszteletben kell tartanunk. Ugyanakkor egy ilyen természetes szembesülés egy másik értékrenddel a szülőben is ébreszthet új gondolatokat. Amikor a szakember képes megállni, megjegyezve, hogy itt talán másképpen gondolja a szülő a dolog jelentőségét, mint ahogyan ő, akkor a szülő jó esetben kíváncsi lesz, és megszeretné tudni, hogy akkor mi az, amit a másik fél gondol ugyanerről. A jól kézben tartott, de nem szigorúan irányított tanácsadásban a szülő megtanulhatja saját nevelési dilemmáit más oldalról látni, s eszközöket is kap ahhoz, hogy azokat másképpen kezelje.

A gyógypedagógiai tanácsadás különbözik a pszichológiai tanácsadástól (ÓNODI SZABÓ 2011). Jelentősége ott van, ahol konkrét problémákból kiindulva a szülőknek konkrét kapaszkodókat ad. Igaz, a felek beszélgetés közben kitérhetnek működésbeli vagy értékrendjükkel kapcsolatos dilemmákra is, és az érzelmi problémák sem kerülhetők el. A szülő érzelmeitől nem szabad félni; ha ez lenne egy szakember gondja, akkor ő szorulna segítségre. De egy dolog a szülő érzelmeit megérteni és elfogadni, és egy másik dolog az érzelmei területén szerződést kötni azzal a céllal, hogy a szülő valamit másképpen érezzen, értékeljen. Még egyszer: a tanácsadás lehet a szülő számára terápiás hatású, de nem a szülő gyógyítása a cél, hanem a szülő és a gyermek optimális együttműködése. Ha út közben, a tanácsadások során egyre jobban érzi magát a szülő is, az örömteli mellékterméke a gyógypedagógiai tanácsadás folyamatának.

15.1. Közelség, távolság – az intimitás dilemmája

Amikor felajánljuk a tanácsadás lehetőségét, a szülőnek a konkrét nevelési helyzet felvázolásához egy bizonyos szintig ki kell tárulkoznia, hiszen a nevelési gond csak tágabb, de konkrét összefüggésekben lesz érthető. Egy sérült gyermek családjának helyzete már anélkül is sajátos, hogy más emberek is részei lettek volna ennek a rendszernek. A szülők eddig is jártak orvosról orvosra, és a fejlesztőmunka is már extra anyagi és energiabefektetést jelenthetett a számukra, ami az egész családi rendszert érintette.

A tanácsadás intim helyzetévé válhat tehát. Sok információt mond el az, hogy egy szülő szeret vagy nem szeret a gyermekével együtt aludni, vagy ha a szülő azt mondja: „Nem szoktunk együtt ebédelni, amúgy sem.” Mind a két fél zavarban lehet ilyenkor. Ez az újfajta „indiszkreció” nyomaszthatja a szakembert is, aki úgy érezheti, ha a szülő már ennyit elmondott, a minimum az, hogy a tanácsai által sikeres legyen. A szakemberek tehát azonosulhatnak a szülőkkel, ami akár terhessé is válhat. Fontos tisztázni, hogy amikor valaki kvázi belép egy család életébe, hol vannak e közelség határai. Miről beszélhetnek, mit választhatnak témának, s a szakemberek meddig mehetnek el kérdéseikkel, válaszaikkal és tanácsaikkal. Egy tanácsadás jellegű beszélgetésnek hasonló lehet a célja, mint a fejlesztéseknek, de különbözhet is tőlük. Különbözik például, amikor egy család szokásrendjével foglalkozik. Amikor a szakember szerint szükség lenne arra, hogy egy gyermek máskor és másképpen egyen, aludjon vagy játsszon, mint ahogyan ezt teszi. Ezek a változások akarva-akaratlanul más családtagokat is érintenek, és a szakember ezért kényelmetlenül is érezheti magát tanácsadói pozíciójában.

15.2. Amikor értékrendbeli különbségek vannak szülő és szakember között

A szakemberek a szülőkkel való egyéni beszélgetésekben élesen szembe kerülhetnek önmagukkal, saját, netán a maguk előtt is rejtett szemléletükkel. Ez jó, ez fontos! De fordítva is elképzelhető: például egy elvárás, egy fejlesztő mozzanat szerves része a szakember saját értékrendjének, de nem fontos a szülőknek. A szakembernek mankó lehet a saját értékrendje, de nem biztos, hogy ez másnak is az. Ha például úgy gondolja, hogy természetes dolog, hogy a sérült gyermek érdeke az elsődleges, nehéz helyzetbe kerülhet akkor, amikor olyan családokkal találkozik, ahol ezt másképpen gondolják. Vagy fordítva, amikor a sérült gyermek körül forog minden, miközben a szakember azt képviselné, hogy ez hosszabb távon senkinek nem jó. Elképzelhető, hogy a kapcsolat érdekében a saját vélekedéseit igyekeznek visszatartani, de nem biztos, hogy ez sikerülni fog. Egy merev arckifejezés, egy „habozás” akkor, amikor a szülő választ vár egy konkrét kérdésre, már elárulhatja a szakembert. Olyan dolog is kiderülhet például, hogy a szülők órákra a lakásba zárják az amúgy magatehetetlen gyermeküket azért, hogy az ügyeiket elintézzék. Ebbe vajon beleszólhat a szakember?

Mit kezdjen a szakember azzal, ha a szülők és a saját értékrendje éppen azon a területen különbözik, ahol együtt kellene működniük? Egy szakember közvetlenül nem foglalkozik a család értékrendjével, közvetetten viszont számtalan lehetősége nyílik erre. Amikor már kialakult a kölcsönös bizalom szülő és szakember között, a szülők felvállalhatják, hogy nem tudják, hogyan és mennyire kell vagy kellene a sérült gyermek érdekeit képviselni úgy, hogy az ne, vagy kevésbé történjen a többi családtag rovására. És az sem biztos, hogy a sérült gyermek érdeke az, hogy a szülője folyamatosan vele foglalkozzon. Bár maga az arányosság-aránytalanság dilemmája gyakran központi kérdés a segítségre szoruló családokban, ez önmagában mégsem olyan probléma, amivel elkezdődhet a tanácsadási folyamat. Túl messzire visz, és túl kevés a konkrétum benne.

A helyzet kevésbé fenyegető, amikor a felek, a szülő és a szakember, először egy részterületet találnak, amiben sok apró kérdés merül fel: például amikor a szülők tanácsot kérnek arra vonatkozóan, hogy gyermeküknek bizonyos étkezési problémái hogyan értékelhetők, és miként befolyásolhatók. Ilyenkor beszélhetnek arról, mire hogyan lehet a gyermeket megtanítani, szoktatni; mikor következhet a kanálhasználat a pohárhasználattal együtt; hogyan lehet elősegíteni az önállóságra való törekvést, vagy a ráigást mikor mivel kell kiváltani. Ezzel már érintődik a

szülők értékvilága. A konkrét kis lépések mögött a szakembernek egy bizonyos szemlélete rejlik, és erre könnyebben vevők a szülők, mint amikor általánosságban arról beszélünk, hogy nekik mi a legfontosabb.

A nevelési tanácsainkkal átmenetileg több munkát, energiát és gondolkodást igénylünk a szülőktől. A várható eredményeknek köszönhetően viszont idővel csökkenhetnek a nevelési problémák. A tanácsadás befektetés. A tanácsadó beszélgetések révén, ha a felek jól egymásra találnak, a szülők idővel időt és energiát nyerhetnek, és életük az eltérő fejlődést mutató gyermekükkel az életvezetés szintjén könnyebb lesz. Ha viszont egy adott helyzetben nem hasonlóképpen értékelnek egy bizonyos problémát, és a szülők a problémával kapcsolatos teendőket hosszabb távon is másképpen látják, mint a szakember, akkor ezt észre kell venni. A szülőkkal is és önmagukkal is tisztázniuk kell, hogy itt miről van szó, ellenállásról vagy értékrendbeli különbségről. Ha a szakember azt tapasztalja, hogy a beszélgetések során a szülőkből sok ellenállás van – például azért, mert másképpen látják, máshová helyezik a hangsúlyokat a gyermekkel és más kérdésekkel kapcsolatban –, akkor előfordulhat, hogy a tanácsadás nem kezdődhet el, vagy nem folytatódhat. Nem könnyű úgy kommunikálni, hogy ne maradjon rossz szájíz senkiben sem. Ezt a rizikót viszont fel kell vállalni... Annak ellenére, hogy a tanácsadás komplexebb és így nehezebb része a „korai” munkának, hosszabb távon gyümölcsözőbb lehet. Ha a tanácsadást szakmailag el lehet kezdeni, jó, ha a fejlesztések utolsó percei a szülőkkal való beszélgetéssel telnek.

A szakember milyen messze mehet el abban, hogy ő azt képviseli, hogy a speciális szükségletű gyermek felnevelése csupán extra áldozatokat igényel a szülőktől? Hol húzódnak a befolyásolás határai? A szülők éles helyzetben vannak. Az ellenállás vagy az értékrendbeli különbségek pedig könnyen megakadályozhatják a közös munkát.

15.3. A tanácsadás egyéb lehetséges buktatói

Amikor a szülő érzése még ambivalensek arra vonatkozóan, hogy megéri-e neki a fáradságot, hogy kitárulkozzon, vagy azt éli meg, hogy a tanácsok gyakorlati megvalósításáért meg kell küzdeni másokkal (férj, nagyszülők), akkor könnyen látszat-együttműködés jöhet létre közte és a tanácsadó között, aminek nincs értelme. A szülő ilyenkor követheti is a kapott tanácsokat, meg nem is. Ez a látszat-együttműködés a későbbiekben azt eredményezheti, hogy a tanácsok pozitív hatása elmarad: a szülő egyáltalán nem vagy nem motiváltan használja őket a gyakorlatban, és ezt a gyermek is érzékeli. A hatás elmaradása viszont negatív indulatokat szülhet mind a két félben. A szülő akár el is maradhat, és a tanácsadás megszakadhat. A szakembernek azonban nem szabad magára vennie az ilyen jellegű „kudarckokat”. Ilyen helyzet ugyanis sok esetben előállhat. Gyakori jelenség, hogy a bajban lévő szülő segítséget kér úgy, hogy még saját magával sem tisztázta a kérdést: képes-e egyáltalán mások véleményét gondolati-érzelmi szinten „befogadni”, esetleg elfogadni. Elképzelhető, hogy a belső „kontrollja”, az önértékelése még nem engedi, hogy tanácstalannak lássa magát, s hogy csak a ránehezedő külső „kontroll”, a családtagok vagy az orvosok hatására kezd a szakemberekkel ilyen jellegű kapcsolatot. Az „igen, de...” játszmák mögött ilyen jellegű érzelmek húzódnak meg.

A fejlesztő kapcsolat szimmetrikusabbnak tűnik, mint a tanácsadás, amennyiben az előbbi tulajdonképpen egy adok-kapok játék. A szülő időt, energiát és pénzt fektet a gyermekébe, és cserébe gyógypedagógiai munkát kap. Az aszimmetria a kapcsolatban addig dilemma, amíg nem teljes a szülő bizalma. Kevésbé érett szülők esetében azonban ez az alaphelyzet önmagában is megakadályozhatja a sikeres tanácsadást. Merthogy miközben a tanácsokat adó

szakemberek belelátanak a szülők kapcsolat- és értékrendjébe, a család működésébe, ennek a fordítottja nem valósul meg: a szakemberek családi élete nem tárul ki a szülők előtt. Ez olyan aszimmetriát jelent a segítő kapcsolatban, ami ambivalenciát kelthet a szülőben. A sikeres tanácsadás tehát összetettebb és pszichológiai szempontból nehezebb munka, ugyanakkor eredményesebb, mint a „csak” fejlesztés.

- AMUNDSON, N. – BORGEN, W. A. – POLLARD, D. E. – WESTWOOD, M. J. (2013): *Csoportos tanácsadás. Kézikönyv csoportvezetőknek*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- BAGDY E. (2009): Pszichoterápia, tanácsadás, szupervízió, coaching: azonosságok és különbségek. In KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- BAGDY E. – BUGÁN A. (1997): A pszichológiai csoportmunka mint a személyiség fejlődésének, fejlesztésének színtere és eszköze. In BAGDY E. (szerk.): *A pedagógus hivatásmélysége*. Debrecen, KLTE Pszichológiai Intézet.
- BAKOS F. (szerk.) (2007): *Idegen szavak és kifejezések szótára*. Budapest, Akadémiai.
- BARCY M. (2012): *Segítő módszerek, fejlesztő-támogató eljárások. Hatékonyságuk, alkalmazásuk, technikáik (egyéneknek, csoportoknak és közösségeknek)*. Budapest, ELTE TáTK.
- BARCY M. – SZAMOS E. (2009): *Fejlesztő-támogató programok hatékonysága, működtetése*. Budapest, Mediare Kisebbségi Mediációs Intézet.
- BATA T. et al. (2016): *KIEGÉSZÍTŐ ÚTMUTATÓ az Oktatási Hivatal által kidolgozott Útmutató a pedagógusok minősítési rendszeréhez című felhasználói dokumentáció értelmezéséhez. A bölcsődében, mini bölcsődében pedagógus munkakörben foglalkoztatottak részére*. Budapest, Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/pem/bolcsode.pdf (Letöltve: 2018. 02. 21.)
- BÁTHORY Z. – FALUS I. (szerk.) (1997): *Pedagógiai Lexikon*. Budapest, Keraban Könyvkiadó.
- BIMBÓ Z.-NÉ (é. n.): *A beszélgető szülőcsoport*. (Kézirat.) Eger.
- BORGEN, W. A. – POLLARD, D. E. – AMUNDSON, N. E. – WESTWOOD, M. J. (1995): *Képességek összefoglalása*. (Kézirat.) Munka-pályatanácsadó szakpszichológusi képzés anyaga.
- BUDA B. (1986): *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Budapest, Animula.
- BUDA B. (2009): A lelki segítség alapkérdései. In KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 11–59. p.
- BUDAVÁRI-TAKÁCS I. (2011): *A tanácsadás szociálpszichológiája*. TÁMOP-4.2.5.B-11/1-2011-0001 Tudományos és felsőoktatási tartalmak központi elektronikus közzétételének biztosítása című projekt keretében digitalizált tartalom. Budapest, Szent István Egyetem. https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/11904/2010-0019_A_tanacsadas_szocialpszichologiaja.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltve: 2022. 05. 10.)
- CZUPRÁK O. – KOVÁCS G. (2017): *A szervezetvezetés elmélete. A közszolgálati szervezetek vezetésének alapjai*. Budapest, Dialóg Campus Kiadó.
- DÁVID M. *lásd még* VARGÁNÉ DÁVID M.
- DÁVID M. (2004): *Tanulási hatékonyság fejlesztése a felsőoktatásban csoportos tanácsadás módszerével*. Doktori (PhD) értekezés. Debrecen, Debreceni Egyetem.
- DÁVID M. (2012): *A tanácsadás és konfliktuskezelés elmélete és gyakorlata*. Budapest, Szent István Társulat.
- DOBOS Á. – TISZA G. – TÓTH J. J. (2011): Reflektivitás – pedagógus tréningek tükrében. *Felnőttképzési Szemle*, 5(1–2), 53–59. p.
- FELTHAM, C. – DRYDEN, W. (2004): *Dictionary of Counselling*. 2nd ed., London–Philadelphia, Whurr Publishers.
- FODOR L. – KRISKÓ E. (2014): *A hatékony kommunikáció alapjai*. Budapest, Noran Libro Kiadó.

- FONYÓ I. – PAJOR A. (szerk.) (2000): *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- GARZ, H.-G. (1999): A tanácsadás koncepciói és modelljei. In ZÁSZKALICZKY P.– LECHTA V. – MATUSKA O. (szerk.): *A gyógypedagógia új útjai. Rendszerfejlesztés, tanácsadás, integráció*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- GIBSON, R. L. – MITCHELL, M. H. (1995): *Introduction to Counseling and Guidance*. Indiana University – Merill an imprint of Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey – Columbus, Ohio.
- GORDON, T. (1989): *T. E. T. A tanári eredményesség tanulása*. Budapest, Gondolat.
- GORDON, T. (1990): *P. E. T. A szülői eredményesség tanulása*. Budapest, Gondolat.
- HAÁSZ S. (2011): *Reflektív intencionalitás az élményközpontú segítségben*. Doktori téziszfüzet. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Nyelvtudományi Doktori Iskola.
- HADNAGY J. (2003): A témacentrikus csoportfoglalkozások jellemzői. In VARGÁNÉ DÁVID M. (szerk.): *Pályaorientációs foglalkozások és a munkaerőpiacon való eligazodás támogatása az iskolában*. Eger, BAZ Megyei Munkaügyi Központ – EKF.
- IVEY, A. E. – DOWNING, L. S. (1980): *Tanácsadás és pszichoterápia*. Budapest, Orvostovábbképző Egyetem Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszék.
- IZSÓNÉ SZECSÓDI I. (2003): A csoportos foglalkozás. In VARGÁNÉ DÁVID M. (szerk.): *Pályaorientációs foglalkozások és a munkaerőpiacon való eligazodás támogatása az iskolában*. Eger, BAZ Megyei Munkaügyi Központ – EKF.
- JÓZSEF I. (2006): A pedagógusok szakmai személyiségének újszerű fejlesztési lehetősége: a szupervízió. *Képzés és Gyakorlat*, 4(2), 39–41. p.
- KISSNÉ FAZEKAS I. (2010): Szülőcsoportos beszélgetések a bölcsődében. In KISSNÉ FAZEKAS I. (szerk.): *Iránytű antológia*. Szeged, Típegő Szegedi Bölcsődei Alapítvány – Bába Kiadó, 142–152. p.
- KOVÁCS I. É. (2007): Az egy- és a kétirányú kommunikáció. In MÉSZÁROS A. (szerk.): *Kommunikáció és konfliktusok kezelése a munkahelyen*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 71–82. p.
- MAJZIKNÉ LICHTENBERGER K. (2012): *A szupervízió valódi segítség lehetne a pedagógusoknak*. Az V. Miskolci Taní-tani Konferencián 2012. február 3-án elhangzott előadás szerkesztett változata. Taní-tani Online: http://www.tani-tani.info/a_szupervizio_valodi (Letöltve: 2018. 01. 25.)
- MCLEOD, J. (2003): *An introduction to counselling*. London, Open University Press.
- MUCHIELLI, R. (1992): Célzott beszélgetés a segítő kapcsolatban. In RITOÓKNÉ ÁDÁM M. (szerk.): *A tanácsadás pszichológiája*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- MURÁNYI I. A. (2006): A tanácsadás pszichológiája. In BAGDY E. – KLEIN S. (szerk.): *Alkalmazott Pszichológia*. Budapest, Edge 2000 Kiadó.
- ÓNODI SZABÓ K. (2011): *A gyógypedagógiai tanácsadás mint a korai intervenció szerves része*. Oktatási segédanyag. Budapest, BGGYF.
- PINTÉR G. (2009): Személyközpontú pszichoterápia és tanácsadás. In KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 79–110. p.
- PODRÁZKY J. – NYITRAI Á. (2015): „Ezek a mai szülők!” – Kisgyermekkel foglalkozó pedagógusok szülőképeinek néhány jellegzetessége. *Képzés és Gyakorlat*, 13(1–2), 359–372. p.
- RITOÓK M. (2009): Új tendenciák a pszichológiai tanácsadás fejlődésében. In KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 221–254. p.
- ROGERS, C. (1962): The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 42, 416–429. p.
- ROGERS, C. (1996): A személyközpontú megközelítés alapjai. In HARDAY I. (szerk.) *A személyközpontú megközelítés elmélete és alkalmazása a segítő szakmában*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.

- RÓNAINÉ FALUSI M. – NÉMETH M. – STRÓBL M. – SZEGEDI J. (1993): Bölcsődei gondozónők újszerű kapcsolata a szülőkkel. *Gyermekgyógyászat*, 44(4), 306–311. p.
- SOÓS NÉ FARAGÓ M. (2003): *Mentálhigiénés pedagógiai szociálpszichológiai fogalomtár*. Budapest, Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum.
- STRÓBL M. (2010): A család és a bölcsőde közötti együttműködés eredményei. In KISSNÉ FAZEKAS I. (szerk.): *Iránytű antológia*. I–II. Szeged, Bába Kiadó
- SÜLE F. (2009): Tanácsadás a jungi pszichoterápia szemszögéből. In KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 111–146. p.
- SZATMÁRINÉ BALOGH M. (1998): *Készség és személyiségfejlesztés*. Eger, EKTF Líceum Kiadó.
- SZEBÉNYI Cs. (2012): *Esetmegbeszélő csoport – szupervízió – tréning*. Taní-tani online: http://www.tani-tani.info/esetmegbeszelo_csoport (Letöltve: 2018. 01. 25.)
- SZILÁGYI K. (1993): *Tanácsadási elméletek*. Gödöllő, GATE, Gazdaság és Társadalomtudományi Kar Tanárképző Intézete.
- SZILÁGYI K. (1994): *A tanácsadás módszerei I. Tanácsadó tanár szakosok számára*. Eger, Eszterházy Károly Főiskola.
- SZILÁGYI K. (1997): *Az egyéni tanácsadás. Módszertani kézikönyv a munkavállalási, munkapályatanácsadók számára*. Gödöllő, GATE, Gazdaság és Társadalomtudományi Kar Tanárképző Intézete.
- SZILÁGYI K. (2000): *Munka-pályatanácsadás mint professzió*. Budapest, Kollégium Kft. Kiadó.
- SZILÁGYI K. (2011): *Felnőttképzési szolgáltatások*. Gödöllő, Szent István Egyetem. https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/11954/2010-0019_Felnottkepzesi_szolgaltatasok.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltve: 2022. 05. 10.)
- SZIVÁK J. (2014): *Reflektív elméletek, reflektív gyakorlatok*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- SZŐNYI G. (2005): *Csoportok és csoportozók: a lélektani munkára építő csoportok vezetése*. Budapest, Medicina.
- TRINGER L. (2007): *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, Medicina.
- TROTZER, J. P. (1992): A tanácsadó és a csoport. In RITOÓKNÉ ÁDÁM M. (szerk.) *A tanácsadás pszichológiája*. Szöveggyűjtemény. Budapest, Tankönyvkiadó.
- VARGÁNÉ DÁVID M. (2002): A tanácsadás elmélete és módszertana pedagógusoknak. In ESTEFÁNNÉ VARGA M. – LUDÁNYI Á. (szerk.): *Esélyteremtés a pedagógiában*. Tanulmánykötet. Eger, EKf – BVB Nyomda és Kiadó Kft., 5–68. p. /Szakmódszertani sorozat, II./
- VÁRY A. (2012): A pályaaorientációs feladatokat ellátó szakemberekkel szemben támasztott követelmények. In SZILÁGYI K. (szerk.): *A pályaaorientáció szerepe a társadalmi integrációban*. Budapest, ELTE TáTK, 59–70. p.
- WIEGERSMA, S. (1989): Hogyan adjunk pszichológiai tanácsot. In RITOÓK P.-NÉ – GILLEMONTNÉ TÓTH M. (szerk.): *Pályalélektan*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- ZRINSZKY L. (1993): *Bevezetés a pedagógiai kommunikáció elméletébe*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.

Jogszabályok és egyéb szabályozók

- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- 363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról.
- A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja, 2017. <https://www.magyarbolcsodek.hu/files/shares/Bolcsodei%20nevelés-gondozás%20országos%20alapprogramja%202017.pdf> (Letöltve: 2018. 02. 21.)

6. TÉMAKÖR

A SZÜLŐK TÁMOGATÁSA

VISSZAJELZÉS A SZÜLŐKNEK GYERMEKÜK FEJLŐDÉSÉNEK ALAKULÁSÁRÓL

NYITRAI Á. – KORINTUS M.-NÉ – HAJDÚNÉ HOLLÓ K. – JÓZSA K. – RÓZSA S. – KERÉKI J. (2021): *A gyermekfejlesztési kérdőív alkalmazása a bölcsődében és az óvodában*. Budapest, Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft., 32–35. p.

Feltételezésünk szerint minden szülőnek természetes igénye a gyermeke fejlődéséről való tájékozódás. Ezzel kapcsolatban azonban a szülők, a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok gyakran számolnak be hiányérzetről: a szakemberek nem minden esetben tartják eléggé érdeklődőnek és fogadókésznek a szülőket, a szülők pedig sokszor kevesellik és/vagy nehezen tudják értelmezni a gyermekük nevelőjétől kapott információt, sőt egyes esetekben kifogásolják annak tartalmát is.

A fejlődésről való visszajelzés a bölcsődében

A bölcsődei szakmai-módszertani kultúra nagy hangsúlyt fektet a szülők és a kisgyermeknevelők közötti partneri viszony kialakítására. A partnerség alapja, hogy mind a két fél rendelkezik speciális, csak rá jellemző, a kisgyermek fejlődésének támogatása szempontjából alapvető fontosságú kompetencia-többséggel: a szülő ismeri a legjobban a gyermekét, a kisgyermeknevelő pedig a korosztály professzionális nevelője.

A család–bölcsőde kapcsolatának működtetéséhez kapcsolódó szakmai-módszertani kultúra megújulása az 1970-es évek végén kezdődött a fokozatos beszoktatás, majd a szülővel történő fokozatos beszoktatás bevezetésével. A rendszerváltást követően a rogersi személyközpontú irányzat térhódítása és általános elfogadása következtében a kommunikációra felkészítés beépült a szakemberképzésbe és továbbképzésbe is; az évtizedek óta töretlen népszerűségnek örvendő Gordon-tréningeket pl. több száz kisgyermeknevelő végezte el.

A bölcsődei alapprogram a szülővel való kapcsolattartás hét formáját nevesíti, melyek a következők: családlátogatás, beszoktatás, napi kapcsolattartás, egyéni beszélgetés, szülőcsoportos beszélgetés, szülői értekezlet, indirekt kapcsolattartási formák.²⁹⁷ A szülővel való kapcsolattartás leginkább támogatott formái a személyes találkozások, míg az írásbeli kommunikációs lehetőségeket azok kiegészítéseként, de semmiféleképpen nem kizárólagos pótlásaként, helyettesítőként tartja számon a módszertani kultúra. Az egyes kapcsolattartási formák konkrét kezelésében elvárt a szakmai kompetencia szinte automatikus alakulása a szakmai tudás, a megfelelő attitűdök megléte és a személyes kommunikációs kultúra valamiféle egyéni ötvöződése alapján. Bizonyára ennek is köszönhető, hogy miközben a szakmai-módszertani kultúrában az egységesen elfogadott szemléletmód évtizedek óta jelen van, a mindennapok gyakorlatában nagyon különböző színvonalon realizálódik.

²⁹⁷ A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja (2021). Budapest, Magyar Bölcsődék Egyesülete. https://issuu.com/magyarbolcsodekegyesulete/docs/bolcsodei_orzagos_alapprogram_oldalak (Letöltve: 2021. 08. 21.).

A jelenleg hatályos szakmai szabályozók értelmében a kisgyermeknevelő minden „saját”²⁹⁸ gyermekről fejlődési naplót vezet: a gyermek 12 hónapos koráig havonta, utána háromhavonta foglalja össze a fejlődés legfontosabb jellemzőit, e szakmai dokumentum alapján pedig feljegyzést készít a szülők számára az üzenő-/családi füzetbe. A fejlődésről való tájékoztatás a szülővel történő beszélgetések során is megjelenik: bizonyos mozzanatok, aktuális érdekességeket a mindennapi találkozások során is megemlítenek (főleg a pozitív újdonságokat), míg a hosszabb elbeszélgetésnek a „róla”-órák lehetnek jó alkalmak.

Természetesen az egyes konkrét helyzetekben a szülő gyermeke fejlődéséről való tájékoztatása igen sokféleképpen valósul meg, hiszen a szakemberek között is jelentős különbségek lehetnek abban, hogy ki, mit és hogyan tart közlésre érdemesnek a szülő felé. Emellett a szülői elvárások is nagyon különbözőek a „Minden rendben van” és a „Szépen fejlődik” típusú, valójában semmitmondó általánosításokkal való megelégedettségtől a mélyreható szakmai elemzés elvárásáig. Külön nehézséget okoz az atipikus fejlődésre utaló jelek megfogalmazása és fogadása. A gyermek fejlődéséről való tájékoztatás nehézkességét az is okozhatja, hogy a bölcsődei módszertani elképzelések a szülővel való személyes beszélgetéseket helyezik a középpontba, az írásbeli kommunikációnak ehhez képest másodlagos szerepet szánnak. Ez azonban a gyermek fejlődéséről való tájékoztatás során pont fordítottan működik: az írásbeli jellemzés a részletes és a kötelező, a leírtakról vagy a leírtakon túli beszélgetés lehetséges kiegészítésként van jelen, elsősorban problémás fejlődési utak, atipikus fejlődés esetén.

Nem könnyű értelmezni a kétféle fejlődési naplót, és nehéz műfaji különbséget tenni a megfigyelésen, saját tapasztalatokon alapuló szakmai fejlődési napló és a szülő számára írt tájékoztató jellegű fejlődési napló között, ezért a szakemberek sokszor elbizonytalanodnak, és a munka felesleges duplázódásának érzik a kétféle írásbeli összefoglaló elkészítését. A helyzetet nehezíti a dokumentációkészítéssel, az adminisztrációval kapcsolatos averzió is.

A fejlődési dokumentáció vezetéséről kevés szakirodalmi forrás áll rendelkezésre; ezek közül kiemelkedő részletettséggel tárgyalja a témakört Kissné Fazekas Ibolya (2010) üzenőfüzetek elemzésére épülő tanulmánya.

A havi személyiségkép Kissné Fazekas értelmezésében több célt is szolgál. Ezek közül a gyermek megismerése, a családi és a bölcsődei nevelés összehangolása, a gyermek fejlesztésének segítése áll a középpontban, de lényeges a bejárt fejlődési útra való visszatekintés lehetősége is, ami sokszor szakmai segítség is lehet, ezen túl pedig mindenképpen szép emlék a család számára. Elkészítéséhez az elméleti felkészültség mellett nélkülözhetetlen a jó megfigyelőkészség, a vizuális és auditív emlékezőképesség, a jó írásbeli kifejezőkészség, továbbá elvárás a nyelvtanilag helyes szövegalkotás is. Kissné Fazekas fontosnak érzi a saját érzések kontrollját, a szubjektivitás és az előítéletek kizárását is.

Véleménye szerint az írások jelentős hatással bírhatnak a szülőkre is: növelhetik biztonságérzetüket, figyelmüket a gyermekre irányíthatják, és erősíthetik a szülői felelősséget (KISSNÉ FAZEKAS 2010).

A direkt és az indirekt tartalommal szemben megfogalmazott követelményei jól illeszkednek a bölcsődei nevelés-gondozás alapelveihez és a személyközpontú kommunikáció főbb kritériumaihoz. Felhívja a figyelmet a metaszavak alkalmazásával kapcsolatos körütekintés szükségességére. Ezek a szavak („még”, „már”, „még csak”, „még mindig”, „már nem” stb.) elutasítást, nemtetszést, túlzott elvárást stb. közvehetőnek, és nehezíthetik a gyermekhez való viszonyt, valamint a fejlődés optimális támogatását.

²⁹⁸ Az adott kisgyermeknevelő által beszoktatott és az „ölelkezési időben” általa ellátott alcsoport, max. 6-7 gyermek (az ölelkezési idő a napnak az a szakasza, amikor a csoportban minden kisgyermeknevelő jelen van).

A fejlődési napló vezetéséhez a Bölcsődék Országos Módszertani Intézete által kiadott módszertani útmutató (BOMI 1986) a maga idejében korszerű szakmai dokumentumként próbált a gondozónőknek segítséget nyújtani, azonban napjainkra a fejlődési dokumentáció vezetéséhez kapcsolódó módszertani kérdések koherens és korszerű szakmai koncepció mentén történő újragondolása megkerülhetetlenné vált. Erre kedvező próbálkozás körvonalazódik a kisgyermekről vezetett dokumentációra vonatkozó, szakmai ajánlásokat tartalmazó, jelenleg kipróbálás alatt álló módszertani levél tervezetében, amely az egyéni fejlődési dokumentáció vezetésének céljaként annak az egyéni bánásmód megalapozásában játszott szerepét emeli ki (GÖNCZINÉ SÁRVÁRI et al. 2019).

A fejlődésről való visszajelzés az óvodában

A szülő joga, hogy gyermeke fejlődéséről, magaviseletéről rendszeresen részletes és érdemi tájékoztatást, a neveléséhez tanácsokat és segítséget kapjon.²⁹⁹ A gyermek nevelése elsősorban a család joga és kötelessége, ebben az óvodák kiegészítő, esetenként hátránycsökkentő szerepet töltenek be.³⁰⁰ A szülőknek történő visszajelzés a család és az óvoda nevelési gyakorlatának összehangolása szempontjából alapvető fontosságú.

Az *Óvodai nevelés országos alapprogramja* nem nevesíti a szülőkkel való kapcsolattartás lehetséges formáit, de a változatos formákra történő utalással megadja az együttműködés további szabályozásának kereteit. A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet alapján az óvodák helyi pedagógiai programjukban határozzák meg a szülők és pedagógusok együttműködésének formáit.

A fejlődés nyomon követésének dokumentációja óvodánként különböző, és a szülők tájékoztatására sem alakult ki egységes óvodai gyakorlat. Intézményenként eltérő lehet a visszajelzés formája, módja, időtartama és gyakorisága.

Tapasztalatok alapján az óvodákban a napi kapcsolattartáson túl egyre több szülő él a fogadóórák lehetőségével. Ezek az alkalmak a tartalmas, kölcsönös tájékoztatás és a fejlődésről való visszajelzés diszkrét szinterei.

A gyermekek fejlődésével kapcsolatos szülői tájékoztatás az óvodákban törvényi kötelezettség. Mivel az óvodapedagógusok a fejlődés eredményeit nevelési évenként legalább kétszer írásban rögzítik, az óvodák többségében a szülők tájékoztatásának ütemezését is az írásbeli értékelések időpontjához igazítják. Bevett gyakorlat, hogy a tájékoztatás tényét a szülők aláírásukkal igazolják, és az aláírt értékelések vagy az erről szóló feljegyzések a fejlődést nyomon követő dokumentáció részét képezik.

Az óvodai fejlesztő programban részt vevő hátrányos helyzetű gyermekek fejlődésének értékelésére és esetükben a szülők tájékoztatására is gyakrabban kerül sor. Az oktatásért felelős miniszter által kiadott program szerinti egyéni fejlesztési terv alapján történő haladásukat, fejlődésüket, továbbá az ezeket hátráltató okokat az egyéni fejlesztésben részt vevő pedagógusok legalább háromhavonta értékelik. Az értékelésre meg kell hívni a gyermek szülőjét.³⁰¹

A szülőkkel kialakított partneri viszony és kiegyensúlyozott kapcsolat a gyermek megismerésében is segítheti az óvodapedagógust, léteznek ugyanis olyan viselkedésformák, amelyek

²⁹⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 72. § (5) b).

³⁰⁰ 363/2012. Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról, 1. b).

³⁰¹ 20/2012. EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról, 173. § (5).

az óvodában nem figyelhetők meg, így ezekről csak a szülőktől kaphat tájékoztatást. A pozitív hangvétel és a kongruens kommunikáció a bizalom megnyerésének feltételei.

Nyílt, őszinte, elfogulatlan visszajelzésre csak felkészült, szakmai kompetenciahatárait ismerő óvodapedagógus képes. A túlzott óvatosság, a szülői reakcióktól való „félelem” különösen az atipikus fejlődés gyanújeleinek közlése esetén megértésbeli problémát okozhat a szülő és a pedagógus között. Kerülni kell a minősítésnek tűnő, kemény hangvételű visszajelzéseket, mert ezek nem várt, esetleg szélsőségesnek tűnő reakciókat válthatnak ki a szülőkből. Az információ minősége mellett figyelni kell annak mennyiségére is. A szülők igénylik a visszajelzést gyermekük fejlődéséről, de a hiányzó vagy a kevés információ, a szűkszavú tájékoztatás bizonytalanságot okozhat. Az óvodapedagógus és a szülő eredményes kommunikációjának kötelező eleme a diszkréció, a kölcsönös bizalom fenntartásához elengedhetetlen a pedagógiai tapintat és az objektivitás.

Az iskolába lépés közeledtével a szülői érdeklődés fokozódik, és a fejlődésről való visszajelzés az iskolakészültség szempontjából nagyobb hangsúlyt kap. A nagycsoportos gyermekek szüleinek tájékoztatása során ki kell térni az iskolai élet megkezdéséhez szükséges fejlődési jellemzőkre, a gyermek testi, lelki és szociális érettségének aktuális állapotára. Amennyiben erre a visszajelzésre a nevelési év első harmadában sor kerül, a fejlettség szerinti iskolakezdéssel kapcsolatos szülői döntést is segítheti.

Néhány javaslat a kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok számára

Szakmai álláspontunk szerint a gyermek fejlődésének nyomon követéséhez és a szülőnek a gyermeke fejlődéséről való tájékoztatásához mind a bölcsődében, mind az óvodában elsődlegesen a következő célok kapcsolhatók:

1. informálódás és informálás a gyermek fejlődéséről;
2. a gyermek fejlődésének jellemzői alapján a nevelés adaptivitásának növelése, a fejlődés egyénre szabott segítése érdekében mind a bölcsődei, mind a családi nevelés folyamatában;
3. a szülői kompetencia erősítése.

A kisgyermeknevelőnek/óvodapedagógusnak abból érdemes kiindulnia, hogy minden szülőnek alapvető igénye a gyermeke fejlődéséről való tájékozódás. Ha ezt nem tudja kifejezésre juttatni, akkor annak feltételezhetően elsősorban nem a közöny az oka.

A szülő máshogy látja a gyermekét, és ez természetes is. A szülő és a gyermek közötti erős érzelmi kötődés átszínez bizonyos jellemzőket, emellett nyilvánvaló, hogy a gyermek más élethelyzeteket él meg, és természetesen máshogy viselkedik, tevékenykedik otthon, mint a bölcsődében vagy az óvodában. Ha a szülő hitetlenkedve fogadja a gyermekéről szóló beszámoló valamely részletét, annak pl. nem a minden realitást nélkülöző elfogultság az oka.

A kisgyermeknevelő/óvodapedagógus és a szülő között lehetnek egyéni érzékenységbeli különbségek, hangsúlyeltolódások az egyes területekhez kapcsolható fejlődési folyamatok fontosságát és konkrét alakulásának megítélését tekintve (pl. az önállóság nagyobb hangsúlyt kaphat az intézményben az otthoni neveléshez képest, vagy előfordulhat, hogy a gyermek beszédfejlődésének alakulását az egyik fél átlagosan megfelelőnek tartja, míg a másik esetleg elmaradásra gyanakszik).

A gyermek fejlődésének alakulása és jellemzése érzelmi hatásokat is kivált, és befolyással lehet a gyermekhez való viszonyulás alakulására is mind a szülő, mind a kisgyermeknevelő/óvodapedagógus esetében.

A szülőknek szánt tájékoztatásban érdemes kerülni a szakkifejezéseket. Ez a pedagógiában nem egyszerű, hiszen e tudományterület igen gyakran alkalmaz köznyelvi szavakat, és nehéz annak a megítélése, hogy mennyire érthetők a leírtak, elmondottak a szülő számára. Az érthető fogalmazás azonban sosem jelentheti a mondanivaló lebutítását vagy a lényeges elemeket kihagyó egyszerűsítést.

A kisgyermeknevelő/óvodapedagógus mondanivalójában – szakmai kompetenciahatárain belül – együttesen legyen jelen a pozitívumokra támaszkodás elve és a realitás. Ennek különösen nagy jelentősége van az atipikus fejlődés gyanúja esetén, hiszen csak így kerülhető el a diagnosztizálás, ami sem a szakmai felkészültség, sem a szakmai szerep alapján sosem lehet a nevelő feladata. A fejlődés elmaradása vagy atipikus fejlődési út esetén a pedagógus feladata a tapintatos jelzés és a legmegfelelőbb gyermekút megtalálásában való közreműködés (KEREKI et al. 2019), ugyanis ezek tartoznak szakmai kompetenciájába. A szülők felesleges ijesztgetése vagy a kényes téma érintésének kerülése, a problémagyánú jelzésének halogatása egyaránt súlyos szakmai és erkölcsi hiba.

A pontos, egyértelmű kommunikáció, az értelmezési keretek tisztázása, a tapintatos, kontrollált őszinteség és a pozitív szakmai hit fontos jellemzői a szakember kommunikációjának. A megfelelő kommunikáció a helyzet árnyalt megértésében segítség a szülő számára, a kisgyermeknevelő/óvodapedagógus pozitív szakmai hite pedig segít azoknak a pozitívumoknak a meglátásában és megláttatásában, amelyekre a szülők építközhetnek (KEREKI–MAJOR 2014; KERÉKI–TÓTH 2019).

Az egyéni fejlődési utak helyes értelmezéséhez nélkülözhetetlen a magas szintű elméleti felkészültség is.

A közlésen túl fontos feladat a szülő segítése a közöltek értelmezésében és kezelésében. A fejlődés aktuális jellemzőinek a készségprofil alapján történő összefoglalására épülő írásos elemzés és a tapasztaltakról való személyes beszélgetés jó alap lehet erre. Fontos, hogy a szülő visszajelezhessen a leírtakkal/elmondottakkal kapcsolatos érzéseiről, megfogalmazhassa kérdéseit, esetleges dilemmáit, aggályait, és a pedagógussal közösen gondolkodhasson arról, hogy mit is jelenthetnek a gyermek fejlődésének aktuális jellemzői a család, a gyermeknevelés mindennapjaiban. A beszélgetések során a kisgyermeknevelő/óvodapedagógus kiemelt feladata a szülő megnyugtatója, a gyermek fejlődésével kapcsolatos reális optimizmus további erősítése és az esetlegesen jelentkező negatív attribúciók enyhítése (pl. *„Biztosan a nagyszülői kényeztetés miatt alakult ez így”*, vagy *„A családi krónika szerint az apja pont ilyen volt”*, stb.). Ezekre azért érdemes kiemelt figyelmet fordítani, mert az aktuális viszonyulás, a helyzetkezelés torzításán túl konfliktusokat is generálhatnak.

A pedagógus – a pozitív szuggesztió hatására támaszkodva – tudatosan olyan elemeket is beépíthet a közlendőjébe, melyek pozitív hatást váltanak ki a szülőkből. Ez jól alkalmazható például a gyermek lassúbb fejlődése esetén. Ilyenkor érdemes megemlíteni a pozitív változás bekövetkezésében való bizonyosságot, ami a szülő számára nem csupán megnyugtató lehet, hanem egyúttal motiváló is a gyermek fejlődésének adaptívabb támogatásában (CsÖRGŐ 2019).

A keretfüggetlenség elősegítheti a megszokott értelmezési keretektől való óvatos és megalapozott kitekintést (KEREKI–MAJOR 2014), ez pedig akár a fejlődés aktuális jellemzőinek értelmezésében, akár az adaptív pedagógiai válaszok megtalálásában is hasznos lehet.

A szülőnek a gyermeki fejlődésről való tájékozottsága és a gyermeke fejlődéséről történő tájékoztatása fontos szerepet játszik a szülői kompetencia erősödésében (LANNERT 2015; Har-

per–Brown 2104, idézi Cs. FERENCZI–CSÁKVÁRI 2019a; Kas et al. 2015, idézi Cs. FERENCZI–CSÁKVÁRI 2019a), emellett nagy szerepet játszik abban, hogy a szülő a gyermek fejlődését optimálisan támogató környezetet tudjon biztosítani gyermeke számára. A gyermek fejlődéséről való tájékoztatás fontos szülőedukációs funkcióval is rendelkezik, melynek hosszú távú kihatásai lehetnek a gyermek fejlődésének alakulására.

ILYÉS-DUBECZ D. – MAGYAR E. – VIDÁNE UGRIN E. (2018): *Szülőedukációs csoportok – „SZÜLŐSÉG, GYÖNGYHALÁSZ”*. Módszertani háttéranyag. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 5–28. p.

Útmutató a módszertani háttéranyaghoz

A Szülőedukációs munkacsoport azt a feladatot kapta, hogy egységes szellemben állítson össze két különböző célcsoportnak hasonló, mégis specializált tartalmú képzéseket. Szakemberként és szülőként egyformán fontosnak tartottuk, hogy legyen egy hiánypótló találkozási lehetőség a szülők számára, mert úgy tapasztaltuk, hogy többnyire egyedül maradnak a problémáikkal. Minden szakmának megvan az iskolája, ahol kiképződünk a választott szakmákra, de szülőként többnyire semmilyen célzott képzésben nem részesülünk.

Különösen nehéz helyzetben vannak azok a családok, akik megkésett/eltérő fejlődésű gyermekeket nevelnek. Az ő speciális szükségleteiket és igényeiket figyelembe véve alakítottuk ki a nekik készített másik tematikát.

Így a szülőedukációs csoportok célcsoportja egyrészt a fogantatástól kisiskoláskorú gyermekek szülei, családtagjai, másrészt a megkésett/eltérő fejlődésű gyermekeket nevelő családok.

Az első a „Szülőség” címet, míg az utóbbi a „Gyöngyhalász” címet kapta.

A módszertani háttéranyag mindkét szülőedukációs képzés módszertanát tartalmazza.

1. A szülőedukációs csoport célja

Elképzelésünk szerint mindkét csoportban cél a személyes kompetenciák növelése, az önbecsülés és az önbizalom erősítése, amit konkrét témák feldolgozásával kívánunk elérni. Fontosnak tartjuk továbbá, hogy a pozitív példaadás erejével szemléletformáló, érzékenyítő hatást érjünk el.

Szakemberként azzal szembesülünk, hogy a „szülőség” (parenting) olyan szakma, amihez nincs iskola... az „élet” dönti el, hogy mennyire hatékonyan tanulunk a tapasztalatainkból. A szülővé válás folyamata már a gyermekkorunkban elkezdődik, és a saját szüleink, családtagjaink által nyújtott mintákon keresztül, a saját szerepjátékaink gyakorlásával csak felnőttkorunkban válik „élessé”. Gyakran saját gyermekeink megszületésekor dől el, hogy mennyire használhatók az előzetes tapasztalataink. Saját önismereti szintünk határozza meg, hogy mennyit használunk a mintákból, és mit változtatunk rajtuk saját, egyedi élethelyzetünknek megfelelően. Nehéz megtalálni az egyensúlyt a „határozott” és a „mrev”, a „rugalmas” és az „engedékeny” szülői reakciók között. Csoportunk résztvevőit segíteni szeretnénk abban, hogy önismeretük növelésével megtalálhassák és megerősíthessék saját szülői szerepüket.

2. Nyitott vagy zárt csoportként működnek a szülőeducációs tematikus foglalkozások?

Mindkét variációnak megvan a maga szakmai szempontja és előnye.

A nyitott folyamat (szülőklub) alkalomról alkalomra kínál bekapcsolódási lehetőséget a szülőknek, így nem teszi függővé a folyamatos részvételtől a foglalkozás téma szerinti látogatását. Ez különösen a sérült gyermeket nevelő szülőnek vagy a spontán beosztásban dolgozó résztvevőnek kedvez, hiszen sokszor adódik váratlan, kiszámíthatatlan élethesemény, ami miatt nem tud jelen lenni a teljes folyamaton, de szívesen bekapcsolódik, amikor erre lehetősége van. A nyitott csoport nem zárja ki az előre nehezen tervezhető, problémásabb élethelyzetben lévő résztvevőket. Azt is megengedi, hogy valaki később kapcsolódjon be a csoport életébe, ha az első alkalommal nem tud jelen lenni. Így a résztvevők bátran elhívhatják családtagjaikat, barátait, ismerőseiket, akikről – személyes tapasztalatuk alapján – úgy gondolják, hogy az ő élethelyzetükben is segítséget adhat a közös csoportélmény és a csoportban végzett munka. Ez egyfajta természetes fluktuációt eredményez minden előnyével és hátrányával. Ebben az esetben inkább klubszerű működésről beszélhetünk.

Ugyanakkor csoportdinamikailag lényegesen biztonságosabb egy olyan foglalkozássorozatban részt venni, ahol állandó csoporttagok vannak, akik a teljes folyamatra elköteleződtek, és a megbeszélte csoportszabályokat (például a titoktartást) elvárható módon betartják.

A zárt csoportok lényegesen nagyon bizalmi hőfokot tudnak generálni, melyre szükség is van a pszichés mélyüléshez és a komolyabb önismereti munkához. Ebben az esetben kulcsfontossága van az első alkalomnak, amikor megállapodnak az alapvető keretekben és a csoportszabályokban; ezt követően bezár a csoport, és új tagot már nem tud fogadni.

Mindkét folyamatnak vannak hozadékai, és a tematika mindkét típusú szervezést lehetővé teszi.

3. A szülőeducáció mint fogalom

Az „educáció” eredeti jelentése: „nevelés”. Ez itt félrevezethet bennünket, mert mi nem „nevelni”, pláne nem „nevelgetni” szeretnénk a szülőket. A pontosabb és a lényegre mutató kifejezés sokkal inkább a „képessé tevés” (*empowerment*). A „képessé tevés” a szülőeducációban azt jelenti, hogy egymás szülői mintájával, gyakorlatának megismerésével, saját szülőszerepük megerősítésével, fejlesztésével segítjük a szülő-gyermek kapcsolat alakulását. A tréner a képzés során a külső szem objektivitásával támogatja a résztvevőket saját szülőségükben. A szülőeducáció olyan segítő, szemléletformáló információcsere, amely a kölcsönösségen és a bizalmon alapul.

Egymást neveljük saját tapasztalatainkkal.

4. Néhány gondolat a nevelésről/növelésről

A szülők a szülőiséget mindig mintakövetés útján, a saját szüleiktől tanulják, illetve azoktól, akik őket szülői szerepekben nevelték (nevelőtanárok, gondozók, gyermekfelügyelők). Ez a mintakövetés elég volt addig, amíg a szülőkkel és a gyermekekkel kapcsolatos elvárások nem növekedtek, amíg a leendő szülők többé-kevésbé ugyanazokat a mintákat követték, mint a szüleik, a nevelőik.

Nézzük meg kicsit részletesebben a mintakövetést! Magyarországon még ma is gyakran találkozhatunk az erősen beágyazódott, nagy hagyományokkal rendelkező hierarchikus, tekintélyelvű, poroszos nevelés (MIHÁLY 1989) maradványaival iskoláinkban és a családokban egyaránt. Erre a nevelésre jellemző volt, hogy a felnőttest megfellebbezhetetlennek állította be, a gyermekre pedig az alkalmazkodás és az engedelmesség szerepét osztotta. Egyik legfőbb célként a „járt utat” tűzte ki: a gyermekek általában a szülei útját követték: a fiúk felnőve gyakran apjuk életét, foglalkozását vitték tovább, a lányok pedig családanyaként anyáik nyomdokaiba léptek.

Roppant nagy féltreértés, hogy az engedelmességnek és a minták utánzásának feltétlenül egyenlőnek kell lennie a passzív alkalmazkodással. Ha vannak mintáink, akkor azt is tudhatjuk, hogy mitől akarunk eltérni, és hogy mit fogunk személyre – megfelelő önismeret birtokában a saját szülői személyiségünkre – szabni, vagy mik lesznek azok a minták, amiket mi is helyesnek, használhatónak és adaptálhatónak gondolunk.

A változást a nyugati nyelvekkel való újraismerkedés, az utazások és a lefordított gyermekneveléssel kapcsolatos irodalom indította el az 1980-as évek végétől. Megjelent Magyarországon a személyközpontú (Rogers), *angolszász nevelési módszer*. Ez a módszer a szülő által kijelölt egy stabil keretet, de a kereten belül nagy szabadságot biztosít a gyermeknek, tehát nem mondja meg, hogy mit és hogyan kell csinálnia.

Ez nagyon vonzó lehet a szigorúan, tekintélyelv alapján nevelkedett szülőknek. Elhatározzák ugyan, hogy kipróbálják saját gyermekeiken, de hiányzik hozzá a saját tapasztalásuk, a könyvekben pedig nincsenek útmutatások, minták a konkrét helyzetekhez, az érzelmi nehézségek (például a tehetetlenség) elviseléséhez. Így amikor nehéz helyzetek adódnak, nem képesek kellően hatékonyan kommunikálni gyermekeikkel, és automatikusan visszanyúlnak a tekintélyelvű eszközökhöz oly módon, ahogyan azt a szülei is tették. Ez zavarodottságot, büntudatot tud okozni a szülőben és a gyermekben egyaránt.

Az új módszerek bevezetésében problémát okozhat az is, hogy kitől lehet segítséget kérni és kapni. A nagyszülők más nevelési elveket vallottak/vallanak, így ha tőlük kérünk tanácsot, az konfliktusokhoz vezethet.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy az elmúlt évtizedekben hihetetlenül megnőtt az elvárás a gyermekek és a szülők irányában is. Jóval kevesebb gyermek születik egy-egy családban, így most sokszor egy gyermeknek kell a szülők összes elvárását beteljesíteni, amelyeket a szülők vélten vagy valóságosan a társadalom felől érzékelnek, illetve ők maguk állítanak a gyermek elé.

A szülők részéről megjelent a szükséglet az iránt, hogy értsék gyermekeiket, és hogy tudatosan segíthessék őket az új és megnövekedett elvárások teljesítésében. Ehhez számos fejlődéslélektani, kommunikációs, érzelmi intelligenciát érintő ismeretre van szükség, valamint arra, hogy meg tudják osztani a saját tapasztalataikat, és meghallgathassák másokét. Ma ezért rendkívül népszerűek a szülői és a gyermeknevelési blogok, ahol a szülők beszámolnak a személyes tapasztalataikról, és kérdezni is tudnak egymástól.

Szülőcsoportjainkban ezt az élményt szeretnénk biztosítani – a virtuális találkozások mellett/helyett szakemberek vezetésével valódi találkozásokat kínálunk.

5. Képzéseink alapja: a tapasztalati tanulás Kolb modellje alapján

A szülőket a gyermekükkel együtt egyrészt lehet oktatni arra, amiben nem vagy kevésbé járatosak, másrészt szakemberként felajánlhatjuk a segítségünket, de kiindulhatunk abból is, hogy a szülő is szakértője a saját gyermekének, tehát itt a lehetőség, hogy tanuljanak egymástól. Eb-

ben az esetben mindkét félnek tisztában kell lennie azzal, hogy kényelmetlen témák is előkerülhetnek, például a háritás, a projekció, a bűnbakkeresés, amelyek csak pozitív hozzáállással és kölcsönös bizalommal kezelhetők. Nincs alá-fölérendeltség, mert mindenki másban szakértő: a szakember a szaktudását kínálja, a szülő pedig a tapasztalatait. Alapkérdés, hogy mit szeretne a szülő, és miben tudna együttműködni a szakemberekkel.

A tréning módszertanát alkotó saját élményű tanulási modellben megvalósul a megélt gyakorlat és a téma egymást erősítő szinergiája.

Módszereit illetően a képzésen belül a gyakorlati feladatok megoldása a Kolb által leírt tanulási ciklussal jellemezhető:

1. Tapasztalat, élmény
2. Feldolgozás, értékelés (reflexió)
3. Következtetések, tanulságok levonása (Mit csinállok legközelebb másként?)
4. Korrekció a viselkedésben – és újra az első pont ↻
5. *Ennek tudatos alkalmazása attitűd- és kompetenciaalakító hatású.*

Az elméleti ismeretek átadásában is építünk az előzetes ismeretekre, a saját élményű tapasztalatokra és az egymástól tanulás elvére. Így az elméleti ismeretek összegyűjtése mindig nagy csoportos beszélgetéssel indul, amelyet a tréner irányít, és kiegészíti, rendszerezi az összegyűjtött ismereteket. Ezeket vagy az adott szakaszban készített tacepaón, vagy az előre elkészített fólián PowerPoint-vetítés/-prezentáció során rögzíti.

A tanulás lehet szándékolt, előre megtervezett, de lehet reaktív jellegű is. A tapasztalat *tanulási lehetőséggel kínál meg*, amellyel élhetünk. Maga a tapasztalati tanulás (megfelelő feldolgozás) minden esetben megváltoztatja, „többé teszi” az embert, alakítja a megismerését, a gondolkodását, a viselkedését. Tapasztalataink, az átélt események, a leszűrt következtetések stb. hatása alól egyszerűen lehetetlen kivonni magunkat: ha megfélemedezünk róluk, akkor tudatlan folyamatokon keresztül befolyásolják a cselekedeteinket, ha pedig szándékosan figyelmen kívül hagyjuk őket, akkor éppen ezen a módon hatnak a viselkedésünkre. Bizonyos értelemben tehát az ember rabja a saját tudásának, amennyiben képtelen elszakadni tőle, képtelen úgy gondolkodni és cselekedni, „mintha nem tudná azt, amit tud”.

Tematikus nyitott csoportjainkban az *interpretatív* (értelmező, magyarázó) megközelítés szerint az intervenciók, illetve a fejlesztői technikák mindig a folyamathoz igazodnak, így nem a módszer határozza meg a folyamatot, hanem a folyamatnak van elsőbbsége a módszerrel szemben.

A saját viselkedésünket magyarázó és meghatározó elméletek felépítése többnyire tudatlanul zajlik, és a végtermék részben jellemzi alkotóját, de gondolhatunk egy közösség „kollektív szubjektumára” is.

Milyen befolyásoló tényezőket kell figyelembe venni?

- *Belső konzisztencia* (következetesség): az önellentmondás hiánya, a szituációra vonatkozó előfeltevéseink ellentmondás-mentessége.
- *Kongruencia*: viselkedésünk feszültségmentesen illeszkedik a világról alkotott elképzeléseink rendszeréhez, másrészt az elképzelés, illetve általában a belső folyamatok és a cselekvés összhangja.
- *Hatékonyság*: cselekvéseink során igyekszünk az azokat irányító elméletünk fő változóit a hatékonyságot biztosító értékhatárokon belül tartani.
- *Tesztelhetőség*: a teória helyességének elméleti/tapasztalati ellenőrizhetősége.

Gyakran előfordul, hogy az előfeltevések pontatlanok, nem felelnek meg teljes mértékben a valóságnak. Ebben az esetben a viselkedés „hozzáidomítása” a helytelen elmülethez nem jelenthet megoldást, sőt inkább további torzulásokat okoz. Ilyenkor mélyen gyökerező előfeltevéseinket összhangba kell hoznunk a bennünket körülvevő valósággal. Tudatosan kell reflektálnunk a tapasztalatokra, és a levont következtetéseket be kell építenünk az irányító és magyarázó elméletekbe. A folyamat lényege a *cselekvés* és a mögöttes *elmélet* állandó *interakciója*, a tapasztalat és a teória szakadatlan egymáshoz igazítása: ez a *tapasztalati tanulás*.

A tapasztalati tanulás: „élünk – beleélünk – megélünk – kiélünk”.

Kolb a tapasztalati tanulás 4 fő jellemzőjét emeli ki (*KOLB* 1984):

A tanulás:

- folyamat, ami tapasztalaton alapul (és a tapasztalatok meghatározzák, hogyan viselkedünk az elkövetkező helyzetekben, és hogyan értelmezzük a szituációkat, tehát a jövőbeli „tapasztalásokat”);
- feltételezi a tanulás négy, páronként ellentétes módszerének kiegyensúlyozott használatát (ezek a konkrét tapasztalás és az absztrakt elméletalkotás, illetve az aktív kísérletezés és a reflektív megfigyelés képességei);
- alapja az egyén és a környezete közötti interakció;
- az ismeretek, a tudás „megalkotásának” folyamata (*process of creating knowledge*).

A tapasztalati tanulás folyamatában az egyén a környezettel való interakció során észleli a környezetből származó visszajelzéseket, feldolgozza azokat, és beépíti a világról és az eseményekről, illetve a saját és a mások cselekvéseiről alkotott elképzeléseibe (amelyek kognitív sémák, „elméletek”). Ezek az elképzelérendszer azután a tapasztalat hatására módosulhatnak, átalakulhatnak, de mindenképpen meghatározzák az egyén jövőbeli cselekvéseit és helyzetértelmezéseit.

A szülőedukáció során a folyamatbeli jelenlét önmagában biztosítja, hogy az egyéni tapasztalatok kollektívvá váljanak a megosztással és a közös értelmezéssel. Fontos, hogy ez a munka értékítélet és minősítés nélkül történhessen – a tréner felelőssége az optimális tanulási környezet biztosítása.

Előfordulhat, hogy viselkedésünk, reakcióink módosításán túl – amely maga a változás – kénytelenek vagyunk tudatosan reflektálni a világban (a csoportunkban) lezajló eseményekről szóló előfeltevéseinkre, és ha szükséges, kisebb-nagyobb mértékben ki kell egészítenünk, esetleg át kell alakítanunk azokat. Az önismeret, az önbecsülés segíti ezt a reagáló folyamatot.

5.1. Változáselmélet

A változás két alapvető fajtájának létezésére következtethetünk: az egyik az adott rendszer nyújtotta kereteken belül zajlik – ezt *elsőfokú változásnak* nevezhetjük –, a másik magát a rendszert változtatja meg – ez a *másodfokú változás* (*WATZLAWICK–WEAKLAND–FISCH* 1990).

A változás és a tapasztalati tanulás kapcsolatát vizsgálva ez utóbbi az igazán érdekes számunkra. Mint láttuk, ha a felmerülő nehézségek kezelésében a viselkedéskészleten belüli elemek eltérő kombinációi nem vezetnek eredményre, tehát az elsőfokú változás elégtelen, akkor szükségessé válik a viselkedést szabályozó előfeltevés-rendszer – vagyis az „elmélet a gyakorlatban” (*theory-in-use*) – és a háttérben álló elmélet (*espoused theory*) kiigazítása, azaz a másodfokú változás. Tulajdonképpen ez a tapasztalati tanulás lényegesebb területe, hiszen

gyakran csakis ez, más terminológiával a „*kéthurkos tanulásnak*” (*double-loop learning*) nevezett változás jelenthet továbblépést a megoldás felé. Sokszor előfordul, hogy az önmaga által meghatározott kereteken belül a kérdés végigfut az összes elképzelhető alternatíván, mégsem sikerül megoldást találni a problémára. Ilyenkor azt mondhatjuk, hogy a rendszer beheragadt egy vég nélküli játékba, amely „nem hozza létre önmagából saját maga megváltoztatásának feltételeit: nem tudja generálni azokat a szabályokat, amelyek megváltoztatják a szabályait” (WATZ-LAWICK–WEAKLAND–FISCH 1990).

Ilyen esetekben egyedül a keretek megváltoztatása, a másodfokú változás emelheti ki a rendszert az ördögi körforgásból (a prioritások megállapításához segíthet például egy új szemléleten alapuló, eltérő nézőpont bevezetése). Mivel az ilyen vég nélküli játékokban, játszmákban rekedt rendszerek többnyire nem képesek saját erőből véghez vinni a változást, ez csak külső segítséggel, szakember bevonásával sikerülhet.

A megértés következménye egy új, jobb, személyes gyakorlat megalkotása.

5.2. Tréneri reakciók

A szülőeducációs csoportok résztvevői számára a képzési napok témái bizonyára ismerősek lesznek, és a résztvevők számos saját tapasztalattal is rendelkeznek. A tréningen a megértést tudjuk leginkább támogatni, részben egymás tapasztalatainak meghallgatásával, a trénerek előadásaival és az egyes témák értelmezésével. A tréner reakciója mintaként is szolgál arra, hogy hogyan lehet/kell reagálni egyes kérdésekre, érzékeny problémákra.

5.3. Nyitottság

Egy bizonyos mértékig mindnyájan rendelkezünk személyes, speciálisan ránk jellemző előfeltevés-rendszerrel, ami meghatározza, tudattalan folyamatokon keresztül determinálja, hogy hogyan észleljük és értelmezzük a bennünket körülvevő valóságot, és hogyan reagálunk rá. A nyitottság azt jelenti: megértjük és elfogadjuk, hogy mások másként láthatják a világot, másként gondolkodnak róla, más módon és eltérő szempontok szerint értelmezik az eseményeket, jelenségeket. De a nyitottság még sokkal többet is jelent. Nemcsak elfogadjuk, hogy léteznek a miénktől különböző és a megalkotóik számára, az ő szemszögükből esetleg teljesen adekvát és pontos világszemléletek (hiszen nem választható el egymástól az észlelő és az észlelés tárgya), de meg is nyitjuk „elménk kapuit” az alternatív elképzelések, értelmezések előtt, és természetes ellenállásunkat levetkőzve megpróbáljuk ezeket szinte a tudatlan naivitás hozzáállásával vizsgálni. A naivitás persze nem lehet egyenlő a kritikátlansággal, de ha más egyének vagy más közösségek nézetei között olyan elemekre lelünk, amelyeket magunk is hasznosíthatnánk viselkedésünk, alkalmazkodási mechanizmusaink megszervezésében, ne féljünk, és ne habozzunk elfogadni azokat.

A nyitottság tehát ebben az olvasatban a miénktől eltérő értelmezésekkel (interpretációkkal) szembeni elfogadó és aktívan érdeklődő hozzáállást jelenti.

5.4. Elkötelezettség

Az eltérő értelmezések lehetőségének felismerése örömmel tölt el: ez a tanulás, a megismerés öröme.

5.5. Reflektív jelenlét

A tapasztalati tanulás állandó önreflexiót is jelent, azaz nemcsak előfeltevéseinkre kell reflektálnunk, hanem fel kell ismernünk belső állapotainkat: érzelmeinket, hangulatunkat, motivációinkat is, amelyek szintén befolyásolják az észlelést és a situációhoz való viszonyunkat, tehát az interpretációk sajátosságait is.

5.6. Tudatosság

A tapasztalati tanulás és a másodfokú változás elveit tudatosan alkalmazzuk, a gyakorlatban, tehát tudatosan keressük a környezetből érkező visszajelzéseket, és ezeket felhasználjuk hibás adaptációs mechanizmusaink korrigálására, önmagunk mélyebb megismerésére és fejlesztésére.

5.7. Alázat, tisztelet, elfogadás, tolerancia

Végül a tapasztalati tanulás tudatos alkalmazása feltételezi a nyitottság képességével összefüggésben álló értékeket: az alázat, a tisztelet, az elfogadás és a tolerancia birtoklását. Az alázat képessége lehetővé teszi, hogy a világról alkotott mentális modelljeinket csupán egynek tekintsük a lehetséges alternatívák közül, és mindig készek legyünk a módosításukra, fejlesztésükre, ha az alkalmazkodás érdeke ezt kívánja. A tisztelet és az elfogadás, valamint a tolerancia erényeit gyakorolva képessé válunk embertársaink megismerési sémáit a sajátunkkal egyenértékűként kezelni, és ezáltal képesek lehetünk felismerni és becsülni társainkban a „gondolkodó embert”. Így mint egyenrangú partnerekkel a velük folytatott interakciók során törekedhetünk egy olyan emberi környezet felépítésére, amely lehetővé teszi az alternatív világnézetek harmonikus egymás mellett és együtt létezését.

5.8. Akadályok a tanulás, a változás útjában

Előfeltevéseink, világképünk kétségbe vonása súlyos csapás az önmagunkba vetett hitünkre, és intenzív ellenállást vált ki, tudattalan védekező mechanizmusokat aktivál. Tipikus esetben az egyén nem azt vizsgálja, hogy saját feltételezése nem tartalmaz-e valamilyen képtelen vagy irreális elemet, hanem külső tényezőket hibáztat. „Az az elképzelés, hogy a kiindulópontok hibásak lehetnek, elviselhetetlen, mert ezek alkotják az igazságot, a valóságot” (WATZLAWICK–WEAKLAND–FISCH 1990). Ha például egy szülő saját magát hibáztatja, mert a gyermeke sérülten született, sokáig nem képes elfogadni a külső segítséget.

Az is elképzelhető, hogy az ember egyszerűen figyelmen kívül hagyja a problémára utaló információkat, vagy elkerüli azokat a helyzeteket, amelyek ilyen kellemetlen visszajelzéseket

tartalmazzanak. Előfordul ezenkívül, hogy az egyén csupán vallott elméletét módosítja, de nem változtat a viselkedését irányító alkalmazott tudásán, illetve csak elégtelen, marginális átalakításokat vezet be, érintetlenül hagyva a konfliktusok tényleges forrását.

Előbb-utóbb azonban fény derül arra, hogy ezek a feszültségcsökkentő eljárások nem megfelelőek, ráadásul a konfliktus újraéledése – most már a hibás alkalmazkodás feszültségével terhelve – gyakran még fokozza a problémák súlyosságát. A hibás adaptációs mechanizmusok fő veszélye tudattalan működtetésükben rejlik, kiküszöbölésükre pedig az egyetlen megoldás a torz, irreális viszonyulások tudatosítása, a tapasztalati tanulás elveinek tudatos alkalmazása.

Végső soron a tanulóssal, a világról alkotott elképzeléseink, előfeltevéseink módosításával szemben tapasztalható ellenállás egyetlen alapvető okra vezethető vissza, ez pedig: *félelem a bizonytalantól*. A bizonytalanság azonban elkerülhetetlen, ha változni/változtatni akarunk, hiszen az új befogadása mindig feltételezi a régi valamilyen mértékű feladását.

6. A csoportos tapasztalaton alapuló tanulás előnyei

A tanulás nem passzív, hanem aktív, konstruktív folyamat, amelynek során a már meglévő tudások, tapasztalatok aktiválódnak új ismeretekkel, tapasztalatokkal, és ezek egymásra, egymásba épülnek. Így bővül a tudásbázis. A csoportos tanulás során sokkal több tapasztalatra és ismeretre tehetnek szert a csoport résztvevői, mert egymástól is tanulnak, és nem csak az érintett témával kapcsolatban.

A csoportos tanulás előnye, hogy a szociális kompetenciák is fejlődnek: az együttműködés, a figyelem, a kommunikáció, a sorra kerülés, a ráhangolódás, az irányítás, a vágykésleltetés képessége és az önreflexió. A szülők saját élmény által tapasztalják meg, mit jelentenek ezek a gyakorlatban. Így sajátítják el ezeket a képességeket, amelyek nagy hasznukra lesznek gyermekük nevelésében.

A folyamatban megtapasztalhatják, hogy nincsenek egyedül, hogy más családok is hasonló változásokon mennek keresztül, és hasonló problémákkal küzdenek. Egymás példái révén egymástól is sokat tanulnak.

A résztvevők a csoportfolyamatot keresztül a hiteles és felkészült szakmai segítségen túl megtapasztalhatják szülőtársaik elfogadását, támogatását; érzéseik megoszthatóvá, kimondhatóvá válnak, s ezáltal számukra is a szülőségük természetes komponenseivé lesznek. A szülővé válás más szülők közösségében történik meg, tudatosan és értelmeződik újra.

7. A csoport működésének keretei

Módszer: tematikus nyitott, illetve zárt csoport, kettős csoportvezetéssel. Ez kétféle módon valósítható meg: szülőklub formában, valamint tematikus zárt csoportként.

Időkeret szülőklub esetén: 5 alkalommal, alkalmanként 4 × 45 percben, a szülők igényének megfelelő gyakorisággal.

Időkeret tematikus zárt csoport esetén: havonta 1 vagy 2 alkalommal, alkalmanként 4 × 45 perc.

Helyszín: a tervezett létszám kényelmes befogadására, mozgására alkalmas helyiség, ahol a csoportlétszámnak megfelelő mennyiségű, egymáshoz nem rögzített, átrendezhető, körben elhelyezhető szék található. Ha a teremben asztalok is vannak, azok legyenek könnyen átrendezhetőek, mozdíthatók. A termet oszlopok, belső falak ne tagolják.

A teremnek ruhatároló fogassal, szeméttárolóval, az évszaknak megfelelő hűtési/fűtési berendezéssel, természetes fénnel és rendeltetésszerűen működő világítóeszközökkel, valamint szellőztetési lehetőséggel és elérhető mellékhelyiséggel kell rendelkeznie. A foglalkozásokra használt terem az épület többi helyiségétől ajtóval zárható módon szeparált legyen; a foglalkozás ideje alatt az átjárás nem megengedhető.

A teremben szükség van egy flipchart táblára is, papírokkal, filctollakkal.

8. A csoportvezetés kihívásai, várható nehézségek

A csoportvezetők a folyamat során a csoport *heterogén* összetételéből, a túlzott egyéni *önfeltárásból* a többi csoporttag és akár a csoportvezető számára is megterhelő *érzelmi megnyilvánulásokból* származó nehézségekkel is számolhatnak. Zárt csoport esetében a folyamat során a bizalom, a melegség, az empátiás megértés és az elfogadás légkörét a csoportkohézió biztosítja (YALOM 2001). A nyitott, tematikus formában működő szülőcsoport esetében ennek a hatótényezőnek a hiányával számolhatunk, hiszen a változó összetétel nem teszi lehetővé a csoportkohézió kialakulását. Kohézió hiányában nehézséget jelenthet a csoporttagok mély önfeltárása; a fokozott kitérkezéssel járó szégyenérzet rendkívül megterhelő lehet a csoporttag számára, ami nehezíti, hogy elköteleződjön a csoport további alkalmi felé, és esetleg a távolmaradását eredményezheti. A folyamat során fontos, hogy a csoportvezető ne facilitálja a mély önfeltárást – szupervíziót, pszichoterápiát igénylő problémák felismerése esetén a csoporttagot célszerű továbbirányítani megfelelő szakemberhez.

A csoport tematikája miatt valamennyi csoporttag érzelmileg könnyen bevonódhat, megérintődhet a folyamat során, ezért a tagok számára fontos az aktuálisan „elbírható” affektív terhelés felismerése és tiszteletben tartása. Megterhelő, a többi csoporttag számára akár szorongást keltő érzelmi kiáradás kezelésében elengedhetetlenül fontos a csoportvezetők container („tartalmazás”) és holding („megtartás”) funkciója, valamint az empátiás visszajelzés és az affektusok lecsengésének kivárása. Ezzel mintát nyújtanak a szülők számára a gyermek érzelmeinek tartalmazásához. A párban vezetett csoport lehetővé teszi, hogy az egyik csoportvezető megérintődése, involválódása a csoportfolyamatot ne zavarja meg. Ehhez a vezetők folyamatos önreflexiója és egymás követése szükséges. A csoport működésekor érdemes figyelembe venni az egymástól jelentősen eltérő szocioökonomiai státuszú és intellektusú résztvevők együttes jelenlétéből fakadó kihívásokat. Fontos lehet a pontosító, visszajelző kérdések szerepe, ami a csoportvezetőt segíti annak követésében, hogy a résztvevők hogyan értették az elhangzottakat.

A sérült gyermeket nevelő szülők csoportjában további, igen jelentős nehézséget jelent, hogy a csoporttagok a *gyászfeldolgozás* eltérő szakaszaiban tarthatnak. A sérült gyermek érkezése a szülők (és a testvér) számára is sokk, amely erős szorongással, ijedtséggel, tagadással járhat. Mindezek mellett megjelenhet az önvád, a bűntudat, esetleg a szégyen érzése is. A gyász kezdeti szakaszában a támogatás (szupportálás) és a gyász feldolgozása a „vezérfonal”, és ennek végére érkezik el az elfogadás, a megbékélés. Fontos, hogy a csoportvezetők azonosítani tudják, hogy a szülők hol tartanak ebben a folyamatban, és a gyász aktuális szakaszában milyen érzelmi teherbíró képességgel, megküzdési kapacitással rendelkeznek. A gyászfolyamatbeli elakadás, megrekedés észlelése esetén az érintett csoporttagot indokolt lehet megfelelő szaksegítséghez továbbirányítani.

9. Etikai kérdések

A csoportvezető és a csoporttagok helyzetében alapvető különbség, hogy a vezetőre szakmai-etikai követelmények vonatkoznak, míg a tagokra az együttélés általános szabályai és a csoportnormák érvényesek. A csoportvezető tehát szakmai, etikai szempontból is felel a csoport működéséért, míg a csoporttagok az általános emberi, illetve a csoporton belüli együttműködés szempontjából „kérhetők számon”.

A csoportvezetés kiemelt etikai kérdése a csoporttagok *önkéntessége*. A résztvevők döntési szabadságának tiszteletben tartása mellett a belső (*intrinzik*) motiváció szempontjából is elengedhetetlen, hogy a csoporttag saját elhatározásából vegyen részt a csoportfolyamatban. Ehhez szükséges a folyamatos, szakmailag hiteles, közérthető *informálás, tájékoztatás*. A felelős, átgondolt döntés meghozatalához fontos, hogy a résztvevők a szükséges információt előzetesen megkaphassák, így rálátásuk legyen a csoportban zajló folyamatokra, a saját szerepükre, a várható nehézségekre és a fejlődés lehetőségeire.

A csoport működésének alapelvei a *titoktartás* és az *egyenlő bánásmód*. A csoportvezető és a tagok egymás tiszteletben tartásával, az elhangzott élettörténeti információk bizalmas kezelésével biztosíthatják a csoport működését. A csoport működésének szabályairól a csoportvezetők minden alkalommal tájékoztatják a tagokat. A csoportvezető az esetlegesen megjelenő *etikátlan viselkedést* jelzi, szabályozza. Feladata továbbá a *célok követése*, az alkalmazott *technikák hatásának* ismerete és folyamatos figyelemmel kísérése. Etikai megfontolás alapján kerüendő, hogy a *csoportvezető saját, személyes értékeit* közvetítse vagy erőltesse, illetve a változás irányába ható *nyomás alá helyezze* a tagokat. A csoportvezető a sajátjától eltérő véleményekkel, szakmai irányzatokkal szemben toleráns, azok jogosultságát tiszteletben tartja, és a csoporttagok felé nem nyilváníthat ki értékítéletet más irányzatokra vonatkozóan. Etikátlannak minősül a *kettős kapcsolat* kialakítása, ha az várhatóan a szolgáltatás romlását, a csoporttag kihasználását vagy sérelmét okozhatja (pszichés értelemben is). A csoportvezető etikai felelőssége a *kompetenciáját nem meghaladó* technikák, intervenciók alkalmazása, a csoport célján túlmutató, esetlegesen pszichoterápiát igénylő *elakadások felismerése*, valamint hogy *átirányítja* az adekvát segítség irányába a csoporttago(ka)t (BUGÁN 2014).

10. A „Szülőség” – a szülői kompetenciafejlesztés aktualitása

A csoportot a szülők részéről megjelenő, sürgető szükséglet hívta életre, hiszen számos kisgyermeket nevelő család hasonló nehézségekkel, megpróbáltatásokkal küzd, miközben közülük – természetes módon – kevesen részesültek fejlődéslélektani oktatásban, nem végeztek „szülőségre nevelő” kurzusokat. Csoportunk célja a szülők kompetenciájának megszilárdítása saját erősségeik és erőforrásaik feltérképezésén, a nehézségek tudatosításán és a fejlesztendő területek tapintatos, rugalmas szakmai támogatásán keresztül. [...]

A csoport lehetőséget nyújt a szülővé válás nehézségeinek, feladatainak felismerésére, valamint annak tudatosítására, hogy gyermekük/gyermekük születése milyen változást hozott az életükben. A folyamatban megtapasztalhatják, hogy nincsenek egyedül, hogy más családok is hasonló változásokon mennek keresztül.

Megismerekedhetnek a gyermekek természetes fejlődésével, valamint gyermekek életének olyan állomásaival, melyek nehézséget, elakadást okozhatnak a nevelésben, és hatással lehetnek a szülő-gyermek kapcsolatra. A szülő-gyermek illeszkedés és a szülői attitűdjeik azonosítá-

sa révén képet kaphatnak arról, hogy reakcióik „finomhangolásával” hogyan járulhatnak hozzá gyermekeik optimális fejlődéséhez.

A pszichoszociális fejlődés kihívásainak, fejlődési feladatainak megértése hozzájárulhat ahhoz, hogy a szülők hatékonyan segíthessék gyermeküket az aktuális fejlődési szakasz adaptív megoldásában. A reflektív megoldási módok kidolgozását a csoportfolyamat facilitálja.

Célunk, hogy a szülők lássanak rá: a család élete folytonos változás, melyben össze kell hangolni az egyéni fejlődési szükségleteket és az aktuális környezeti hatásokat. Ennek nyomán felismerhetik a családjukban szükségessé vált változásokat/változtatásokat, és képessé válnak arra, hogy saját és családtagjaik erőforrásaira támaszkodva kijelöljék a változás irányába vezető első lépés(eket).

11. A „Gyöngyhalász” – sérült gyermeket nevelő szülők kompetenciafejlesztése című képzés létjogosultsága

A tematikus nyitott, illetve zárt csoport legfontosabb céljai, tartalma:

- A szülő pozitív megerősítése, a bűntudat, a bűnösség érzésének csökkentése, megszüntetése.
- Az otthoni szabályrendszer, a mindennapi nevelési helyzetek átbeszélése.
- Prevenció – a másodlagos következményes tünetek kialakulásának megelőzése.
- Következetesség – a nevelő hatású segítő eljárások elsajátítása a gyermek személyiség-fejlődési szakaszainak átbeszélésével.
- Információnyújtás, tanácsadás az érdekérvényesítésben, a közösségkeresés segítése.

A sérülés ténye a családok többségénél évekig tartó, esetleg enyhülő, de akár maradandó mély fájdalommal járó lelki traumát okoz. Sokszor már az is segíthetne a családoknak, ha megtudnák, hogy az esetleges szélsőséges reakciók és heves érzelmeik természetesek.

Ennek a traumának a feldolgozását több szerző a gyász munkában végbemenő folyamathoz hasonlítja, hiszen a gyász egy veszteség kifejeződése. Wreight értelmi fogyatékos gyermekek szüleivel folytatott klinikai munkája során arra a felismerésre jutott, hogy a gyászfolyamat hat különböző stádiumra osztható fel: A kezdeti sokk (1) után a tagadás (2) fázisa következik (elkerülés, hártás és elterelés által, vagy épp ellenkezőleg, állandó foglalkozás a gyermekkel). A következő fázist (3) harag és düh (ön-, ós- vagy idegenvádolás, házastárssal és/vagy szakemberrel szembeni agresszivitás stb.) jellemzi. Ezt követi (4) a szégyen és az ebből fakadó áldozatkészség (kisebrendűségi érzés, szociális visszavonulás, önfeláldozás a gyerekekért). A depresszió (5) fázisát a tehetetlenség érzése, a sikertelenség és a jövőtől való félelem jellemzi. Végül többnyire megtörténik az elfogadás, a megbékélés (6) (BORBÉLY–MÓZES 2000). Azt azért mindenképpen érdemes megemlíteni, hogy az egyes szakaszok felcserélődhetnek vagy újra visszatérhetnek, és bármikor megtörténhet a visszaesés (regresszió) egy több fázissal korábban már megélt szakaszba.

A szülőedukációs találkozásokon szeretnénk segíteni, hogy az érintett családok könnyebben tudják elfogadni és kezelni a megváltozhatatlant, megtanuljanak együtt élni a gyermekükkel, a megváltozott családi feladatokkal, és könnyebben meg tudjanak birkózni a családi és társadalmi terheikkel.

12. Speciális szempontok trénereknek a sérült gyermeket nevelő szülői csoportok vezetéséhez

A sérült gyermek és családja, a történeteik sajnálatot válthatnak ki a tréneremből. A korábban már leírtak mellett („A csoportvezetés kihívásai, várható nehézségek”) a következő szempontok szem előtt tartásával azonban jó eséllyel elkerülhető az érzelmi bevonódás, hangsúlyozva a folyamatos önreflexió fontosságát is.

A sérült gyermeket nevelő szülők sokféleképpen viszonyulnak sérült gyermekükhöz: túlgondoskodóan, közönyösen, elkeseredetten, fájdalommal. Néha első látásra vagy hallásra nehéz megérteni őket, de legfontosabb számukra a *meghallgatás*. Ha meghallgatjuk a szülőket, ők is nagyobb eséllyel fognak meghallgatni bennünket.

A szülők saját gyermekük/gyermekük *szakértői*, következésképpen partnerei a szakembereknek, így a trénereknek is. Ha a szakember ezzel a megbecsüléssel viszonyul hozzájuk, kölcsönös megértés alakul ki, ami a gyermek érdekét és a jó együttműködést szolgálja.

A sok nehézség, reménytelenség mellett, amit a sérült gyermeket nevelő családok átélnek, ezek a szülők is megélik sok-sok örömet, és – természetesen – szépnek, szerethetőnek látják, tartják saját gyermekeiket. Ezért igen nagyra értékelik, ha a velük foglalkozó szakemberek, tréner *észreveszik a gyermekeiket is*. Egy-két kedves szó a gyermekhez, a ránézés, a mosoly, az érintés, a simogatás (s ha a szülő megengedi, és a gyermek is szeretné, a karba vétel) mind-mind kapcsolatfelvételt jelent a gyermekkel, és azt jelzi a szülőnek, hogy az ő gyermeke is értékes és szerethető.

A sérült gyermeket nevelő szülőknek szintén nagyon fontos, hogy érezzék: ők is gondoskodó, megfelelő szülők. Ezt főleg a visszajelzésekből érezhetik, tudhatják, mert visszajelez a gyermek és a környezet is. A sérült gyermekek azonban – általában – jóval kevesebb visszajelzést adnak, mint a nem sérültek (gondoljunk egy autista vagy egy halmozottan fogyatékos gyermekre), így a szülő is bizonytalanabb lehet abban, hogy kielégíti-e a gyermek minden szükségletét, hogy jó szülő-e. Ezért nekik fokozottan fontos a szakemberektől, trénerektől kapott *pozitív visszajelzés*.

Miben más ez, mint egy hagyományos szülőcsoport?

Szülőcsoportok körülbelül az 1970-es évek óta alakultak meg először a nyugati, illetve a fejlettebb országokban. Mára már különböző formái terjednek Magyarországon is. Az ilyen csoportok funkciója az, hogy egy bizonyos fajta gonddal küzdő, illetve a különböző mértékben sérült gyermekek szülei a problémáikat megosszák egymással egy empátiás szakember vezetése mellett. Dr. Kálmán Zsófia említi meg, hogy a szülőcsoport az érzelmi támasz mellett tükröt is tart a tagjai elé, és hogy ez a kép gyakran sokkal pozitívabb, mint amilyenek az adott szülő saját magát látja (TOPOLÁNSZKY-ZSINDELY 2001).

13. A sérült gyermeket nevelő szülők és a nevelés

A sérült gyermekkel való együttélésben a szülő többször szembesül azzal, hogy a gyermekkel szemben támasztott elvárásai nem teljesülhetnek. Ilyenkor ezeket az elvárásokat át kell alakítania, el kell engednie, és akár többször is el kell gyászolnia (érzelmileg megélnie a veszteséget): a gyermek iskoláskoráig nem tanul meg járni, nem tud beszélni, nem válik szobatisztává, nem veszik fel a „normál” óvodába, másképp viselkedik, mint a többi hasonló korú gyermek... Ez az *elengedés és a reménykedés hullámmása*.

A sérült gyermek nevelésében elengedhetetlenek a pontos és a jó megfigyelések. Miu-
tán a gyermekkel a szülő – leggyakrabban az anya – tölti a legtöbb időt, az ő tapasztalatai,
megfigyelései nagyon fontosak. Ahogy már korábban megjegyeztük („Speciális szempontok
trénereknek a sérült gyermeket nevelő szülői csoportok vezetéséhez”), a *szülők szakértői* saját
gyermeküknek, és így partnereik a szakembereknek. Ha a szakember ezzel a megbecsüléssel
viszonyul hozzájuk, a gyermek érdekét szolgáló kölcsönös együttműködés alakul ki.

Egy kisgyermekkel a szülői szolgálat 24 órás, de ez egy sérült gyermek esetében még
megterhelőbb: jobban aggódik a szülő, a gyermeket többet kell orvoshoz, fejlesztésre vinni, ösz-
szetettebbek a gondozási feladatok, és az állandó felügyelet, a jelenlét is tovább tart. Nem sérült
kisgyermekre boldogan vigyáznak a nagyszülők, a keresztmamák vagy akár más gyermekek
szülei, azonban a sérült gyermekek felügyeletét még sokszor más családtagok sem szívesen
vállalják. Ezért az anyák beszükülhetnek, és nagyon fáradtak lehetnek. A fáradtság pedig inger-
lékenyebbé, türelmetlenebbé, szomorúbbá tesz, ami a viselkedésben is megjelenik.

A sérült gyermek családjában élő többi gyermek helyzetéről is szót kell ejteni. Nem könnyű
sérült gyermek testvérének lenni. Sok családban minden figyelem és gondoskodás a sérült
gyermekre irányul, közben az egészségesen fejlődő gyermek megnyilvánulásait, sikereit, jelen-
létét természetesnek tartják, és alig veszik észre a szülők. A nem sérült gyermekek gyakorta
problémás viselkedéssel hívják fel magukra a figyelmet.

14. Speciális jelenségek

A szakember információt, érzelmi támaszt, személyes példát nyújthat. Munkaeszköze a saját
személyisége, amelynek karbantartásáért felelős.

Személyközpontú segítő munkánk lényege, hogy az intézményi keretek, kategóriák sze-
mélytelen rendszerét általánosítástól mentes, klienscentrikus interakcióvá, a „nagy találkozás-
sá” alakítsa.

Tréneri, gyógypedagógusi, pszichológusi, szupervizori tapasztalataink egy részének bemu-
tatására törekszünk az öt találkozáson. Tudjuk és valljuk, hogy nincs „A módszer”, csak a lehe-
tőségek rendszere van, amelynek ismerete a tréneret támogathatja a közös munkában.

14.1. Az ismétlődés mint jelenség

Amikor a szülők idővel túljutnak a „Miért velünk fordul elő?” kérdésen, és megjelenik a „Kire ütött
ez a gyerek?” kérdés is, azzal ideális esetben meg is kezdődhet a jövevény beillesztése, integ-
rációja a családba. Sajátos helyzetük miatt viszont könnyen „visszaeshetnek”, hiszen a tegnap
megválaszolt kérdés másnap újra dilemmává válhat.

A komplex probléma külön részét képezi a narcisztikus sérelem, amit a szülők élnek meg,
amikor a gyermekük valamilyen módon „hibás” (BORBÉLY–MÓZES 2000). A helyzet, hogy a gyer-
mek nem szolgálja természetes módon a szülők igényét a büszkeségre, könnyen kikezdheti
a szülők énképét, identitását, női vagy férfi kompetenciaérzését, amikor eltérő fejlődésű kisgye-
reket hoznak a világra (tapasztalataink szerint ez különösen igaz az elsőszülöttek esetében).

14.2. Miért éppen ezeket a témákat választottuk?

Meg kell küzdeni a szociális környezettel is: itt szinte kimeríthetetlen a nehézségek tárháza. Igen sokat nyomhat a latba a nagyszülők hozzáállása, átstrukturálódhat a baráti kör, a szülők nap mint nap találkoznak a közvetlen környezet reakcióival, és izoláltnak érezhetik magukat. A házaspárok tagjai külön-külön is szégyent érezhetnek a gyermekük miatt egyéni személyiség-fejlődésük keretén belül. Közös lehet viszont a szégyenérzet, amiért röstelkednek szégyenük miatt, és ez az érzés nagy magányba taszíthatja őket.

Bár a szülők általában elfogadják a szakemberek együttérzését, gyakran még a pszichésen terheltebb szülők sem élik meg a helyzetüket úgy, hogy ezen, ennek elfogadásán bárki segíteni tudna. Ha elfogadják a gyermek sérült mivoltát, akkor általában úgy élik meg a helyzetet, hogy a baj kívülről jött és tartós. Nem olyan, amelyet megfogalmazni érdemes. Közhely – de tény –, hogy a szülők, akiknek szembe kell nézniük azzal, hogy a gyermekük sérült, pontosan tudják, hogy „ilyen van”. Tudják, hogy más családokban is születnek, élnek fogyatékossgal élő gyermekek, hozzátartozók; tudják, hogy a probléma tőlük függetlenül is létezik, és hogy eddig nem akartak vele foglalkozni, az érintett családokat nem akarták észrevenni. „Csak a fogyatékos gyermekek szülei esetében ismerjük azt a gyors váltást, amikor egy szülő az egyik pillanatról a másikra kénytelen csoportot váltani. Az a szülő, aki ma már olyan fájdalmasan éli meg új szerepét a fogyatékos, a kitaszított legközelebbi hozzátartozójaként, tegnap valószínűleg még tisztes távolságot tartott. Csak néző volt, előítéletekkel terhes szemlélője mások problémáinak” (BORBÉLY–MÓZES 2000, 138).

Az érintett szülő pontosan tudja, hogy mostani kiáltása – „Miért én, miért velem fordul elő?” – nem logikus, mert ilyen van, létezik, az élet velejárója, s nemcsak mással, hanem vele is előfordulhat. E nehéz helyzetek egy vagy több pontján mindig fölmerülhet a „Ki tehet róla?” kérdése, ami, ha orvosi műhibáról van szó, egyes családokat a peresedés felé visz. Ez a „megoldás” sok lelki megpróbáltatás mellett segíthet is a trauma feldolgozásában, akár csak az érdekérvényesítő, szervezői tevékenység. Más szülők viszont ennek nem látják értelmét, bár bennük is élhet óriási harag (BORBÉLY–MÓZES 2000).

A képzés témaköreinek feldolgozásával abban szeretnénk támogatni a szülőket, hogy rálászanak a saját helyzetükre, és emellett lehetőséget kínálunk arra, hogy láthassák, más családokban a hasonló szituációkra milyen válaszok születnek.

14.3. Direkt információadás (tartalom és a forma)

A sok örvendetes változás, a szakmai konferenciák és a számos megjelent információs anyag, címlista ellenére a családok gyakran nem kapták/kapják meg a számukra fontos információkat, így problémájukkal elszigetelődnek, és azzal, hogy gyermekük másnak született, mint a többiek, ők is kirekesztődnek a normális életből.

A jelenleg hatályos jogszabályok és a társadalmi elvárások szerint a fogyatékossgal élő személy és családtagjai, segítői számára biztosítani kell a közérdekű információk hozzáféréseinek lehetőségét, akár jogaikkal, akár a nekik járó szolgáltatásokkal kapcsolatosan.

Ha az információk nem hozzáférhetők, a fogyatékossgal nemcsak átvitt értelemben, hanem kézzelfoghatóan is kirekesztettséggel jár együtt.

Az információhiányból eredendően sokan azt is gondolták/gondolják, hogy a fogyatékossgal fertőző. Ezt a mozgáskorlátozott Fenyvesi Zoltán szavai is megerősítik: „Vannak olyan emlé-

keim, hogy egy anyuka a játszótéren elrántja mellőlem a gyereket a felkiáltással, hogy el fogja kapni tőlem a betegséget.”³⁰²

Való igaz, hogy a látvány néha szokatlan, és az ember sajnálattal vegyes félelmet érezhet; tulajdonképpen nem tudja, hogyan viselkedjen, és emiatt gyakran túl harsány, vagy épp ellenkezőleg, halk vagy negédes lesz. Egy biztos, hogy legritkábban a természetes viselkedés jut eszünkbe.

Idézet egy édesanya e-mailjéből: *„Az utcán, járműveken, boltban, játszótéren nagyon különböző reakciókkal találkozunk nap mint nap. Megbámulnak, sajnálnak, néha elfordulnak az emberek. Nincs meg az elfogadás kultúrája a mai magyar társadalomban. Az emberek nem tudják, hogy hogyan reagáljanak. Nem ellenségesek, inkább elhatárolják magukat a ténytől, hogy léteznek csökkent képességű emberek is.”* (Az e-mail a Korai Fejlesztő Központhoz érkezett 2000-ben.)

A sérült gyermeket nevelő családoknál a családi mintázatok több okból eltérők lehetnek: a babáért érzett aggodás, a rendszeres vizsgálatok, kontrollvizsgálatok, az esetleges korai habilitáció az addigi életritmust teljesen átírja, áldozatokkal jár, és családi feszültségekhez, nézetkülönbségekhez, be nem tervezett pénzügyi áldozatokhoz vezethet. Gyakran a nagyobb testvér is csalódott, és mellőzve érzi magát, mert nem érti, hogy rá miért jut kevesebb figyelem, miért lettek a szülei vele szemben egyre türelmetlenebbek (SZELENYI 2001).

14.4. Az anya-gyermek kapcsolat alakulása

Mindezek alapján talán jobban érthető, hogy ebben a helyzetben nehezebben jön létre a harmonikus anya-gyermek kapcsolat – ennek kialakítása az egészséges gyermeknél sem könnyű –, hiszen a körülmények eleve kiszolgáltatottabbá teszik az anyát.

Több korai kötődéssel foglalkozó szakember tapasztalata szerint az értelmi fogyatékoság ténye a csecsemőnek már az első tárgykapcsolatát is befolyásolhatja az anyjához: egyrészt a képességeiből adódóan nem tudja megtenni az első lépést a környezetével, az anyjával való kapcsolatfelvételhez, másrészt pedig gyakran az anya részéről lépnek fel zavarok a csecsemőjével való első kapcsolatában, amiket például félelmek, bűntudat, elutasítás váltanak ki, s ez a későbbi kapcsolatteremtő képessége elé korlátokat állíthat (nehezítő tényező, hogy bár az értelmi fogyatékoság születéstől fogva fennáll, ennek kiderítése, diagnosztizálása gyakran több évbe is beletelhet). Az ősbizalom megtapasztalásának hiánya a csecsemő én-érzésének kifejlődésére gátló hatással van. Egy értelmileg sérült gyermeknél ezek a területek a biológiai feltételek miatt általában eleve nem fejlődnek ki eléggé, ez pedig nehezíti a gyermek szükséges differenciálódását az anyjától. Másrészt viszont gyakori, hogy az anya úgy érzi, hogy sérült gyermekének tehetetlen kiszolgáltatottsága következtében a szimbiotikus kapcsolatot kénytelen erősíteni intenzitásában és tartamában egyaránt.

Egy ilyen folyamatnak az a veszélye, hogy a gyermekhez nem jutnak el azok a szükséges külső ingerek, amelyek az amúgy is korlátozott biológiai adottságok fejlődéséhez elengedhetetlenek. Emellett fennáll annak a veszélye is, hogy a családon belül feszültségek jelennek meg, mert az anyák intenzív oltalmazó szerepbe menekülhetnek, és még a saját családtagok elől is védik a gyermeket. Így kialakulhat egy olyan zárt anya-gyermek egység, amelybe már senki, sem az apa, sem más – például testvér(ek) – nem léphet(nek) be. Emiatt a többi családtag mel-

³⁰² MOLNÁR V. A. (2016): „Ha kerekesszékes vagy és mosolyogsz, teljesen összezavarod az embereket” – Fenyvesi Zoltánnal beszélgettünk. *Vous*, május 5. <https://www.vous.hu/hir/20160505-fenyvesi-zoltan-interju-tiszta-szivevel> (Letöltve: 2017. 12. 20.)

lőzöttnek és fölöslegesnek érzi/érezheti magát, és egyre inkább eltávolodik a másképp fejlődő gyermektől. Az anya ugyanakkor még inkább az oltalmazó mártír szerepébe sodródik. Ilyen helyzetben leginkább egy kívülálló érhet el változást a kapcsolat szövevényében, a család rendszerében (BORBÉLY–MÓZES 2000).

15. A két képzés tematikája

Koncepciónk szerint az egyes alkalmak önmagukban is kerek egészek; az öt találkozás egymásra épül, és egy sorozatot alkotva új minőséget hoz létre. A két képzés tematikájában hasonló dinamikát követ: a családból mint a legkisebb egységből indul ki, megvizsgálja a szereplőket, a szerepeiket, az élethelyzetüket, a gyermekek fejlődését, és érinti a nehéz életszakaszokat is. Ezután kinyílik a tartalom – foglalkozunk a család szűkebb és tágabb környezetével, a tipikus konfliktusokat és érzelmeiket pedig tabuk nélkül vesszük górcső alá. Végül visszatérünk a családdhoz, és a szülőedukációs képzéssorozatunkat a vágyott állapottal, a jövőképpel zárjuk.

15.1. „Szülőség” – szülői kompetenciafejlesztés

A témaválasztásban elsősorban a szülőség kevéssé nyilvánvaló, de a mindennapi interakciókat, így a gyermek optimális fejlődését nagymértékben meghatározó aspektusaira helyezzük a hangsúlyt. Szemléletünk alapját a fejlődés, a szocializáció körforgása adja, miszerint a gyermek kétoldalú, körkörös interakciós folyamatban fejlődik. A gyermek nem pusztán passzív befogadója a szülői „inputnak”, hanem aktív ágense, résztvevője a saját fejlődésének. Saját szocializációját befolyásolja, hiszen hat az őt szocializáló személyekre, a folyamatot saját kognitív fejlődése, életkori sajátosságai, vérmérsékleti (temperamentális) jellemzői és hatékonyságának érzése révén értelmezi, alakítja.

A fejlődés során tapasztalható elakadások okai nem izoláltan a gyermekben vagy a szülőben, hanem a szülő-gyermek viszonyban keresendők, így a prevenció célja az, hogy a szülők önreflexiójának javításán, saját működésmódjuk, a gyermekükhöz való kapcsolódásuk tudatosításán keresztül hangolja az interakciókat.

A családi élet ciklusainak, a családi rendszer működésének áttekintése lehetőséget teremt az elakadások, a nehézségek felismerésére, ezáltal a szülők saját szükségleteinek, erőforrásainak és megoldási lehetőségeiknek azonosítására is. A gyermek fejlődési folyamatának és a fontosabb, nehézséget okozó állomások megismerésével tudatosulhat, hogy a szülőnek – mint a gyermek elsődleges „környezetének” – milyen jelentős szerepe van a fejlődésben. Hangsúlyt kapnak az egyéni eltérések, így a szülők mentesülnek az összehasonlítások, a külső elvárások okozta aggodalom és szorongás feszültségétől.

A szülő-gyermek kapcsolat, illetve a gyermek és a szülő illeszkedése önálló témaként irányítják a figyelmet a mindennapi interakciók fontosságára, a szülő-gyermek összeállásból (temperamentális jellemzőkből) fakadó könnyebbésekre és nehézségekre, ezáltal segítve a szülőket abban, hogy gyermekükre hangolódjanak. A külső és a belső elvárások azonosítása lehetővé teszi a szülő számára, hogy a velük szemben támasztott „követelmények” realitását megvizsgálják, és tudatosítsák, hogy a gyermek szocializációja, fejlődése nem kizárólag rajtuk múlik. Szülői attitűdjeik felismerése, azok előnyeinek és hátrányainak áttekintése révén nevelési stílusukat gyermekük személyiségéhez, fejlődési igényeihez igazíthatják.

Az eriksoni pszichoszociális fejlődési modell és a konfliktuskezelési stratégiák bemutatása az egyes fejlődési szakaszok kihívásaiból származó konfliktusok hatékony rendezését és a fejlődési feladatok adaptív megoldásának segítését célozza. A veszteségek – elsősorban a válás – és a változások témáját főleg a hatékony megküzdési mechanizmusok facilitálása motiválta, illetve az, hogy hangsúlyozzuk, mennyire fontos ebben a helyzetben a gyermeknek nyújtott támogatás.

A tematika kialakításának egyik hangsúlyos szempontja, hogy minden alkalom a folyamatba illeszkedő szerves egységként, de különálló, komplex egységként is értelmezhető. A tematikus csoport felépítése biztosítja a csoporttagok szabadságát, hogy a folyamatot végigkísérik, vagy egy-egy alkalommal, az őket leginkább érintő témák erejéig csatlakoznak.

15.2. A sérült gyermeket nevelő szülők élethelyzete

A családban a gyermek születése óriási változást jelent: új szereppel gyarapszik a nő-férfi, feleség-férj, az anya és az apa élete véglegesen összefonódik. Az a pillanat pedig, amikor kiderül, hogy a várva várt gyermek, akit egészségesnek vártak, sajnos nem az, örökre „beég” a szülők lelkébe.

A gyermek 1 éves kora alatt természetesnek mondható anya-gyermek szimbiózis a sérült gyermekek esetében elhúzódik. Ezért a szülő sokkal tovább érzi úgy, hogy ki kell szolgálnia a gyermek igényeit, alárendelve neki a saját szükségleteit is. A sérült gyermek is tudja alakítani a környezetét, de ezt sokszor sajátosan teszi. Például a vágykésleltetési képesség alacsony fokával – a szülő nem serkenti a gyermek önálló problémamegoldását, hanem igyekszik azonnal segíteni az esetleges konfliktusok elkerülése érdekében. A későbbi években, amikor a sérült gyermek fejlődése jelentősen megkésett, a „babásítás” késlelteti vagy torzítja, hogy a szülő szembenézzen a valós elmaradásokkal. A „szükség van rám”, „van feladatom” igényét is hosszú ideig fenn tudja tartani.

A „Gyöngyhalász” – sérült gyermeket nevelő szülők kompetenciafejlesztése című képzés tematikájának összeállítása során azt szeretnénk támogatni, hogy a szülő rálásson a saját igényeire, és ne csak a sérült gyermek megszokott nézőpontjából, hanem objektívebben érzékelje a saját helyzetét.

Az életút feltárásával szeretnénk érzékeltetni a szülőkkel, hogy egy folyamat részesei, amelynek állomásai vannak, és a jelenlegi élethelyzetük is egy állomás. A múlt–jelen–jövő lerajzolása szimbólumok segítségével plasztikussá teszi az egyes szakaszok elkülönülését egymástól. Ez az elkülönülés segít felfedezni a következő szakaszokban rejlő lehetőségeket.

Fontosnak tartjuk, hogy a sérült gyermekek szüleit újragondolásra hívjuk a szűkebb és a tágabb környezetük (család, szomszédok, társadalom), a támogató hálójuk, a segítség- és az erőforrásaik szempontjából. Tény, hogy a gyermek megszületése megváltoztatja/átalakítja a párkapcsolatot, ami egy sérült gyermek születésével még fokozottabban jelentkezik. A gondoskodó szülői szerep megélése – főleg az anya részéről – háttérbe szoríthatja a párkapcsolatot. A szülők saját magukról alkotott képe is sérül vagy nagyot változik azzal, hogy várva várt gyermekük fejlődése eltér az átlagtól. A tágabb környezet számára néha érthetetlen és bántó, hogy a sérült gyermek szülője gyakran úgy érzi, hogy minden nehézséggel egyedül kell megküzdnie. A környezet ugyanakkor nehezen alkalmazkodik a helyzethez, és a szülők részéről nem várt reakciókkal találkozik.

Minden gyermek nevelése során vannak könnyebb és nehezebb periódusok – az utóbbiak a sérült gyermekek esetében hosszabbak és mélyebbek lehetnek, ami jobban igénybe veheti a

szülőket. Ez a helyzet több konfliktust generál: a szülők között, a szülők és a gyermek között, a szülők és a nem sérült testvérek között, a testvérek között, valamint a család és a tágabb környezet között.

A tematikus nyitott csoport minden egyes találkozásán nagy hangsúlyt fektetünk arra, hogy a szülők tudatosítsák saját erősségeiket, fogalmazzák meg és mondják ki, miért büszkék önmagukra és a gyermekükre, és miért várhatnak elismerést és tiszteletet a környezetüktől.

„EGYÜTTMŰKÖDÉS A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN.” SZÜLŐK ÉS SZAKEMBEREK EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT TÁMOGATÓ ÁGAZATKÖZI ESETMEGBESZÉLŐ CSOPORT

GÁSPÁR G. – MAJOROS I. – SZARKA E. (2018): *„Együttműködés a kora gyermekkori intervencióban.” Szülők és szakemberek együttműködését támogató ágazatközi esetmegbeszélő csoport.* Módszertani háttéranyag. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 6–21. p.

II. Az esetmegbeszélésről általában

Az esetmegbeszélő csoport igen elterjedt szakmai munkaforma a segítő szakmák képviselőinek körében. Alapvető célja, hogy egy konkrét eset feldolgozásán keresztül az érintett szakemberek hatékonyabb segítői alternatívákat kínáljanak. A tudatos szakmai tervezés, a többoldalú megközelítés, a közösen végiggondolt alternatívák növelik a segítői munka hatékonyságát, és csökkentik a munka végzéséből fakadó terhek következményeit.

A segítői munka ilyen jellegű támogatásának gyakorlata régóta a szakemberek rendelkezésére áll. A kezdetek a 20. század közepéig nyúlnak vissza.

Bálint Mihály magyar származású orvos az 1950–1960-as években dolgozta ki módszerét, amelynek alapjául az a gondolat szolgált, hogy a betegségek kezelése helyett a személy gyógyítására kell helyezni a hangsúlyt, és a gyógyulás elsődleges záloga az orvos és a betege közötti kapcsolat és a kommunikáció minősége. Ez a megközelítés az úgynevezett Bálint-csoportok alapelve, ahol az orvosok csoportot alkotva, közösen gondolkodtak az egyes páciensek történetéről, a rájuk gyakorolt hatásáról, megoszthatták egymással gondolataikat, érzéseiket, valamint ötleteket adhattak egymásnak a kezelés folyamatára vonatkozólag.

A segítő szakmák professzionalizálódásuk óta alkalmaztak olyan technikákat, amelyeket a segítők igénybe vehettek az őket ért érzelmi megterhelés enyhítésére. A mai kor szakembereinek számos, a személyiséget mint munkaeszközt segítő munkamód áll rendelkezésére. Ezek közül az egyik támogató munkamód az esetmegbeszélő csoport.

Ennek alapvető célkitűzése a szakmai tudatosság mélyítése, a munka hatékonyságának növelése és a szakemberek közötti kapcsolat erősítése. Mindezen célok mellett a segítő szakmák képviselőit sújtó kiegészítő megelőzésben vagy kezelésben is jelentős a hatása.

Az esetmegbeszélő csoportok működésének egyik alapvetése a támogató, úgynevezett szupportív funkció, amely még a csoportot vezető szakember részéről is nélkülöz mindenfajta kontrollt, és amelyet a legtöbb esetben egy jól artikulált, közös célként megfogalmazott edukatív funkció egészít ki.

II.1. Műfaji meghatározás, hasonlóságok, különbözőségek

Az esetmegbeszélő csoport olyan szakmai munkaforma, amely a professzionális segítő szakemberek szakmai munkahatékonyságának fejlesztését tűzi ki célul. Mindez a közösen feldolgozott eseteken keresztül történik, ahol az esettel kapcsolatban felmerülő érzelmi elakadások, blokkok, módszertani kérdések jelentik a fő fókuszot.

Ebben az értelemben az esetmegbeszélő csoport egy fejlesztő munkaforma, amely a segítő mentálhigiénéjének védelme mellett edukatív funkcióval is bír. A közös munka során a figyelem a szakember személyiségére is irányul.

A segítő szakmák képviselőinek körében a kommunikáció során az utóbbi időben elterjedt a szakmai személyiség fogalma. Jelen program szakmai anyagainak kidolgozása közben, a fenti elnevezés értelmezése során arra jutottunk, hogy a szakmai személyiség nem értelmezhető fogalom, hiszen az elnevezés felveti, hogy létezik másfajta személyiség, például privát személyiség is. A mi kiindulási pontunk ebben a kontextusban az, hogy az ember egyetlen személyiséggel rendelkezik, és a fókuszok elkülönítését és megkülönböztetését az teszi lehetővé és érthetővé, ha a személyiséget a *szerepei* mentén értelmezzük.

A szerep fogalmát a szociálpszichológia tudományterülete vezette be a szerepméletekkel, amelyek igen nagy népszerűségnek örvendenek. A szerep definíciójának megalkotása abból az alapvetésből indul ki, hogy minden emberi viselkedés bizonyos szabályszerűséget mutat. A pszichológia ezt a szabályszerűséget keresve és leírva jutott el a modern szerepdefinícióhoz. Az első és a szerep fogalmának meghatározása szempontjából az egyik legmeghatározóbb teória G. H. Mead nevéhez fűződik. Mead elmélete a személyek közötti kapcsolatra és egymás szándékainak, elvárásainak ismeretére épül; a viselkedés komplexitása lényegi elem benne, amit az adott személy cselekvéseinek motivációi határoznak meg, illetve egyéni és kollektív elvárások befolyásolnak.

Mead elméletének középpontjában az interperszonális viselkedés, a kapcsolat és a kommunikáció szabályszerűségei álltak. Mindezek alapján érthető az elnevezés, amely ténylegesen a színházi szerep analógiáját követi. Egy színházi jelenetben a szereplők meghatározott szabályok szerint követik egymást a színpadon, egymáshoz kapcsolódó kommunikációjuk egy bizonyos mintázatot mutat, és miközben egyes szereplők a színpadon játszanak, mások takarásban lehetnek (BUDA 1997).

Ez a példa segít megérteni a jelen fókuszunkat jelentő munkamód speciális vetületeit.

Életünket és hivatásunkat különböző szerepek mentén értelmezzük. Más-más szerepben teljesedünk ki a magánéletben és a professzió gyakorlása során. Szakmai szerepeink közé tartozik az általános kategóriaként értelmezhető képzett szakember szerepköre, valamint ezen belül a segítő, a beosztott, a munkatárs, a vezető szerepe. Ezekkel párhuzamosan éljük meg privát szerepeinket: valakinek a gyereke, társa, férje, felesége, szülője, barátja vagyunk. E szerepek egymással szoros kapcsolatban hatnak ránk, és befolyásolják mindennapjainkat. A szakemberek ugyan több szinten is tanulják, hogy a szakmai helyzetekben hogyan helyezték „takarásba” privát szerepeiket, de irreális elvárás lenne, hogy teljesen „kikapcsolják” személyiségük ezen szerepeit.

E gondolat mentén világossá válik, hogy szerepeink egyszerre hatnak ránk, meghatározzák cselekedeteinket, viselkedésünket és hatékonyságunkat. A projekt során ez az alaptétel adja a szülők és szakemberek közötti együttműködésre és együtt gondolkodásra épülő csoportfolyamat egyediségét.

Az esetmegbeszélő csoport sajátosságait más munkamódszerekkel összehasonlítva lehet legkönnyebben megfogalmazni.

Manapság többféle, a fent megfogalmazott célokat kitűző munkamód áll a szakemberek rendelkezésére. Ezek többsége különálló munkaformaként, olykor jogszabály által rögzített feladatként jelenik meg.

Az alábbiakban három munkamódot ismertetünk, és ezeket a fókuszok, a célok és az esetleges hatások szempontjából hasonlítjuk össze. Azért választottuk ezeket, mert ma Magyarországon a segítő szakmákban ezek a legismertebb és a leginkább használt formák. Használatuk során sok a bizonytalanság, maguk a szakemberek is gyakran összekeverik e három munkamódot (műfajt).

E három munkamód a *szupervízió*, az *esetkonferencia* és az *esetmegbeszélő csoport*. Ezek a csoportformák ideális körülmények között sok esetben egymás mellett jelennek meg a mindennapi munkavégzés során, azaz az érintett szakemberek mindegyiket igénybe vehetik. Bár sok hasonlóság fedezhető fel köztük, a könnyebb elkülöníthetőség és a jelen programunkban kidolgozandó megközelítés egyediségének és különlegességének érzékeltetése érdekében fontosnak tartjuk a lényegi különbségek hangsúlyozását.

II.2. A három munkamód definíciója

II.2.1. Szupervízió

A szupervízió olyan professzionális munkaforma, amely a szakemberek szakmai személyiségének védelmét szolgálja a segítő tevékenység tudatos, önreflektív feldolgozásán keresztül.

II.2.2. Esetkonferencia

Az esetkonferencia olyan aktív munkaforma, amelynek során a szakemberek az érintettek bevonásával (szülők, társszakmák képviselői) együtt dolgoznak ki egy akciótervet, melyben meghatározzák a folyamat célját, a végrehajtásában alkalmazott módszereket, a megvalósítandó tevékenységeket, a résztvevőket, a határidőket, a felelősöket és a kontrollt.

II.2.3. Esetmegbeszélés

Ez a csoportos munkaforma a segítő tevékenység jobb megértése és tudatos megtervezése által a konkrét esetek történéseinek tudatosítását, a bennük felmerülő érzelmi nehézségek megértését mozdítja elő, valamint segítséget nyújt az elakadásokon való gördülékeny továbbjutáshoz.

II.3. Cél

Mindhárom munkamód a szakemberek terheinek csökkentését és a munka hatékonyságának növelését tűzi ki célul.

Ezen belül a szupervízió célja a szakmai kompetencia fejlesztése, a személy mentálhigiénéjének védelme és a kiégés megelőzése. Az esetkonferencia konkrétan egy akut helyzet megoldási stratégiájának kidolgozását tűzi ki célul, valamint feladatokat és határidőket jelöl ki a résztvevők számára. Az esetmegbeszélés a szakmai munka esetleges elakadásainak feloldását és az esetvezetésből fakadó emocionális terhek csökkentését segíti.

II.4. Fókusz

A szupervízió fókuszában a szakember szakmai személyiségét meghatározó szerepek állnak, azaz konkrét eseteken keresztül keressük a lehetséges fejlődési pontokat.

Az esetkonferencia fókuszában egy konkrét, sokszor akut helyzet megoldásának igénye, a tevékenység és az érintett szakemberek együttműködése áll.

Az esetmegbeszélő csoport fókusza a résztvevő szakemberek szakmai fejlődése és a hatékony segítő folyamat a mindennapi munkavégzés során jelentkező nehéz helyzetek megoldásán keresztül. Ez az edukáció mellett a szakemberek közti együttműködést is elősegíti. Az esetmegbeszélő csoportban szintén konkrét esetek feldolgozásával jutunk el az egyéni nehézségek megértéséhez és a tevékenység előrelendítéséhez.

II.5. Folyamat – résztvevők, létszám, időbeliség

A három munkamód több ponton különbözik a folyamat igénye, hossza, a tagok összetétele és a létszám szempontjából.

A szupervízió kizárólag folyamatban képzelhető el, melynek minimum alkalomszáma a tagok létszáma, plusz még két alkalom. Az utóbbiak a szerződéskötéshez és a záráshoz szükségesek. Az alkalmak sűrűsége a szakmaiság miatt fontos, az ülések közti időre a történések bensővé válásához, az ún. internalizálásához van szükség.

Szupervízióban a csoport kétféle módon szerveződhet. Egyfelől beszélhetünk csoport-szupervízióról, amikor különböző területekről vagy szervezetekből érkező szakemberek köteleződnek el egy folyamatra. Másfelől hazánkban emellett elterjedt a teamszupervízió, ahol egy szervezet szakmai stábját alkotó szakemberek alkotják a csoportot. Ez a csoportdinamikai hangsúlyok miatt igen speciális folyamat.

A tagok létszáma szintén kötött: ideálisnak és elfogadhatónak a pszichológiai munkamódnál használatos kis csoportlétszám, vagyis maximum 9 fő tekinthető.

Az esetkonferencia ezzel szemben alkalomhoz, igényhez kötött, azaz egy vagy két alkalommal kerül sor a megszervezésére egy konkrét eset kapcsán. Az esetkonferencia résztvevői az adott esettel közvetlenül dolgozó, ennek kimenetelét meghatározó, különböző szervezetek munkatársai, szakemberei. Az esetkonferencia nagyobb létszámmal is működőképes.

Az esetmegbeszélő csoport szintén akkor a leghatékonyabb, ha folyamatos a működése, de elképzelhető egy-egy alkalommal, valamilyen akut helyzethez rendelve is. Az esetmegbeszélő csoport esetén is kétféle módon szerveződhet a csoport. A leggyakoribb, hogy egy adott szervezet szakmai stábjába alkotja a résztvevők körét, de sokszor előfordul az is, hogy egy meghatározott céllal vagy a szakmai munkájukon keresztül kapcsolódó szakemberek köteleződnek el egy közös munkára. Ebben az esetben az ideális létszám 10-12 fő.

II.6. A csoportvezető szerepe

A csoportvezető szakmaisága, a végzettségével kapcsolatban támasztott elvárások, a folyamat vezetése, kísérése és a folyamatban elfoglalt szerepe is eltérő.

Szupervízió esetén a jogszabályok is szakirányú végzettség szükségességét írják elő. A szupervízor látja el a csoportvezetői feladatokat a folyamat során, amely a folyamat jellegétől függően vezetés vagy kísérés.

Az esetkonferencia általában az összehívó szakember facilitálása mellett zajlik, a szakember végzettsége a mindenkori szakmai feladatot ellátó szervezeti elvárások és a törvényi szabályozás által meghatározott, többnyire felsőfokú szakirányú végzettséget jelent. A szervező feladata az esetkonferencia megszervezése és koordinációja, valamint a tényleges találkozó során ennek segítése, támogatása, elősegítve, hogy minden érintett véleménye, kérdései elhangozzanak, és a kooperációnak köszönhetően konkrét akcióterv szülessen.

Esetmegbeszélő csoport esetén végzettségbeli elvárások nem fogalmazódnak meg, de nagyon fontos, hogy a csoport vezetését vállaló szakember rendelkezzen a szakmai munka fókuszát képező problémával kapcsolatos szakmai tapasztalattal, valamint a csoportvezetésről szerzett előzetes tudással és gyakorlattal.

III. Az ágazatköziség és a „szerepköziség” meghatározó szerepe

Míg korábban a korai intervenció kizárólag a gyermekre koncentrált, az új megközelítés *rendszer szemléletű*, azaz a gyermeket, a családot és a környezetet egyaránt figyelembe veszi.

A szülők és a szakemberek együttes támogatása, segítése minden esetben hozzájárul a helyzet eredményes kezeléséhez, a probléma megoldásához. A minél gördülékenyebb esetvezetés és a fejlődés biztosításához elengedhetetlen, hogy a szülők és a szakemberek együttműködésekor az elmélet és a gyakorlat találkozzon.

A szülő-szakember esetmegbeszélés a European Agency for Special Needs and Inclusive Education ajánlásainak (EASNIE 2005) követésével biztosítani kívánja az elérhetőséget: a program a családok és kisgyermekük számára minél korábban elérhető, hozzáférhető szolgáltatás legyen; a közelséget: a család lakóhelyéhez minél közelebb eső szolgáltatásként tudják igénybe venni; a költségfedezetet: a program a szülők és a szakemberek számára ingyenes legyen, vagy minimális költséggel járjon; a szolgáltatások változatosságát: a holisztikus megközelítés és a preventív jelleg érdekében jöjjön létre és fejlődjön az érintett célcsoportok (szülők, egészségügyben, köznevelésben, szociális/gyermekvédelemben és egyéb ezekhez kapcsolódó intézményekben dolgozók) kapcsolata, együttműködése és összhangja; az interdiszciplináris munkát: a gyermekek és családjaik közvetlen támogatásával megbízott szakértők különféle tudományterületek és hivatások képviselői, változatos, sokféle háttérrel rendelkező szakemberek legyenek. Az interdiszciplináris munka felgyorsítja az információ áramlását a csoporttagok között. Tulajdonképpen így egy már-már transzdiszciplináris teammunka valósulhat meg.

A gyermek fejlődése szempontjából kölcsönös összefüggés tapasztalható az egészségügy, a humán- és a társadalomtudományok között, s ez a gyakorlatban is kifejezésre jut. A korai intervenció újabb felfogásában, mely a gyermekre, a családra és a tágabb közösségre is figyelmet fordít, az „orvosi” megközelítés „társadalmi” megközelítéssé válhat.

A szülő-szakember esetmegbeszélő szolgáltatás során a család erősségeit vesszük figyelembe, azok szükségleteinek megfelelően, a kulturális sajátosságok szem előtt tartásával egy olyan teamben, ahol az egyik kulcsszereplő a „laikus” szülők csoportja, míg a másikat a „szakértői oldal” képviselői alkotják. [...]

III.1. Az ágazatköziség potenciális haszna

Az iskoláskorúaknál kisebb gyermekekkel foglalkozó szakemberek rendszerszintű elhelyezkedésének bemutatása után a köztük lévő együttműködés folyamatának SWOT-analízisét végeztük el, ami hatékony segítséget és alapot jelent a további, konkrét programok megtervezéséhez.

Az 1. ábra segítségével a szakemberek különbözőségéből adódó lehetséges hatásokat, tényezőket mutatjuk be.

1. ábra. SWOT-analízis a szakemberek együttműködéséről



Minél sokszínűbb egy csoport összetétele, annál inkább lehetőség nyílik a többféle szakértelemből fakadó komplex problémamegközelítésre. Ennek következtében nagyobb rálátással tudunk egy-egy megtárgyalandó esetre tekinteni, mivel a holisztikus látásmódot elősegítő komplex és átfogó személyes tapasztalatok összeadódnak. A szerepkörök egymás komplementereiként jelennek meg, így egy kvázi belső tanulókör jelleg alakul ki. A közös munkában számos egyéni felismerés adódhat, kapcsolatok alakulhatnak ki és mélyülhetnek el, az egyes részfeladatok (például bizonyos szakmákon belül) jobb átgondolására, tisztázására, sőt delegálására is sor kerülhet. Az együttműködés következtében a résztvevők közötti munka – hangsúlyozottan ide értjük a szakemberek mellett a szülőket is – összehangoltabb lesz, az egyéni és a közös utak átláthatóbbá válnak, és ez komoly szerepet játszik a hosszú távú egyensúly fenntarthatóságában.

Egy összetartó közegben, ahol az egyén nem egyedül felelős az esetleges tévedésekért, megoszlik a felelősség. Az erős összetartás fékező ereje – a csoport homogenitása – éppen az lehet, ha a sokféleség korlátozásával csökkentjük a csoportkreativitás kibontakozásának le-

hetőségeit. „A kreativitásra ugyanis közvetlenül kedvezőbben hat a sokféleség, mint az egyöntetűség, mivel invenciózusabbá teheti a csoportot, másrészt viszont az egyöntetűség közvetett motivációs hatása kívánatos lehet, amikor összetartóbbá teszi a csoportot” (SZILÁGYI 2006, 51).

Az „Apolló-jelenség” ismeretében tudjuk, hogy egy bizonyos cél elérése érdekében nem a legintelligensebbekből, legjobbabból álló csoport a legelőnyösebb (sem a gyorsaság, sem a helyes megoldások számának tekintetében), hanem a vegyes csoport. A „szupertehetségek” csoportja azért nem olyan hatékony, mert az intelligens, nagyszerű szakértők idejük nagy részét eredménytelen vitákkal, saját álláspontjuk erőltetésével töltik. Az Apolló-kísérletben a „zsenik” képtelenek voltak koordinálni tevékenységüket, nehezen jutottak el a döntésekig, és egymás tevékenységét ásták alá (BELBIN 2003). Az ideális csoportban kedvezőbb a minél nagyobb változatosság bizonyos kulcsszerepek között. Az ilyen csoport különböző képességű emberekből tevődik össze, akik azonban az adott területen is kiemelkedő képességekkel bírnak; így a csapatban mindenki megtalálja a képességének leginkább megfelelő szerepet.

A csoport összetartó ereje kedvező motivációs feltételek megteremtésével éppúgy létrehozhat egy kreatívabb csoportlégkört, mint ahogy a látókör korlátozásával egy kevésbé kreatív légkör alakulhat ki. „E probléma megoldásához nélkülözhetetlen a kreativitást célzó csoportkölcsönhatások jelentőségének differenciált, a feltételeket figyelembe vevő szemlélete. Szükséges, hogy a csoport jellemzői mindig megfeleljenek az alkotási folyamat adott szakaszának. A kreativitás előmozdításához a csoport vezetésének pluralisztikus felfogására is szükség van” (SZILÁGYI 2006, 51).

Az együttműködést megnehezíti vagy ellehetetleníti, ha a szereplők közötti érték- és érdepreferenciákat nem sikerül közös nevezőre hozni. Amennyiben gondos előkészületek és utómunkálatok (beleértve a trénerek önreflektivitását is) nem alapozzák meg és nem követik a programot, vagy előre nem látható események következnek be – mint amilyenek az 1. ábrában is olvashatók –, abban az esetben veszélybe kerül az ágazatközi együttműködés sikeressége. A kooperáció ugyanakkor számos lehetőséget, eredményt kínál.

A szülő-szakember csoportok országos programjának eredményeként ez a ma még újnak számító együttműködési forma mintaértékűvé, követendővé, sőt „igényelhetővé” válhat. Az egyes célcsoportokkal elért sikerek híre messzire terjedhet; további közös projekteken való együttműködést is elindíthat, ha az ágazatközi szakemberek egymásra találnak, új közös utakra lelnek, illetve új, innovatív módszereket kezdenek alkalmazni.

III.2. Inter- és/vagy transzdiszciplináris ágazatközi együttműködés

A segítő szakmákban dolgozók folyamatos emberi és szakmai kihívásokkal szembesülnek, különösen napjainkban, amikor a generációk közti különbségek kihatnak a munkahelyi együttműködésre (vö. baby boomer orvosok vs. Y generációs gyakornokok vs. egy-két éven belül Z generációs orvostanhallgatók), tekintve, hogy tulajdonképpen mindig is hatással voltak a szülő-szakember és szülő-szülő közötti együttműködési formákra. A „türelmetlen, mindent tudó kezdő” és a „megfontolt, alapos, tapasztalt” ember romantikusnak aligha nevezhető találkozásakor az egyikük azzal szembesül, hogy szavait felülírják (jó esetben támogatják) a mobilapplikációk, míg a másik a lassú sorra kerülésre panaszkodik. Mindegyik nemzedék más, egyetlen dologban viszont nagyon hasonlítanak egymásra, mégpedig abban, hogy másképp viselkednek, mást tartanak fontosnak és másként is dolgoznak, mint amit az idősebb generáció megszokott. Ebből számtalan nehéz helyzet, konfliktus adódhat a szervezeti világban, ahol az idősebb kollégák problémának látják fiatalabb kollégáik viselkedését és hozzáállását. A feszültség forrása,

hogy valójában egy „vadonatúj kor” gyermekeivel folytatott kommunikáció, összehangolódás és együttműködés kihívásaival kell megbirkózniuk. Ez a fajta coping (megküzdés) érvényes az idősebb szakember-fiatal szülőpárosra, de épp így érvényes az idősebb szakember-íjű titán munkatárs kapcsolatára is.

Az ellátást igénylők csoportja, a családok a hozzáférhető és sokszor nem tudományosan megalapozott ismeretekről befolyásolva érzékenyebben reagálnak az őket körülvevő rendszer átláthatatlanságára, a nem rendszerezett információk nehéz követhetőségére és a szakértői hálózat vegyes attitűdjére. A szakemberek ismereteinek folyamatos bővítése, attitűdjük finomítása sokkal könnyebben valósulhat meg az interdiszciplináris együttműködés keretében, ahol közösen tudnak reflektálni az őket körülvevő változásokra.

Az egymástól tanulás, a kooperáció hatással van a tudásintegrációra és a kapcsolati tőke gazdagítására is. Erős szakmaközi (például pszichológusi – pedagógusi – orvosi – gyógyterápiás – védőnői – szociális feladatellátói) együttműködés jöhet létre, melynek keretében a szülőkkal történő tapasztalatcsere, a tapasztalatok rendszerezése, a „jó gyakorlatok” összegyűjtése, a tapasztalatokkal felvértezett tudás alkalmazása mind a kisgyermeket körülvevő kapcsolatok rendszerszemléletét és hatékonyságát segítik elő. A fókuszban tehát a gyermek fejlesztése érdekében történő, diszciplinákon átívelő, azokat összekapcsoló együttműködés áll. Ehhez alapvető fontosságú egyrészt egyfajta paradigmaváltás, másrészt az érintettek részéről egy olyan szemlélet kialakítása, amely képes a korai intervenció területének tág, azaz sokszereplős értelmezésére.

A nemzetközi tapasztalatok alapján három együttműködési forma különíthető el. Ha megnézzük a 2. táblázatot, láthatjuk, hogy milyen megközelítésekkel dolgoztak és dolgoznak a mai napig a világ számos részén az egyes teamek. Hazánkban eddig a legelterjedtebb változat a multidiszciplináris teammunka. Jelen projektünk ezen kíván jelentősen változtatni azáltal, hogy – többek között az északi államok mintájára – *transzdiszciplináris* együttműködésen alapuló munkát szorgalmaz. Az ágazatközi szakemberek és a családok szereplői szervezett körülmények között, nagy fokú interakció mellett, változatos témák mentén fog össze 12 hónapon keresztül a tisztánlátás és a kooperáció jegyében. A táblázatban megjelölt kulcsszemélynek ebben a formában azonban nincs szerepe. A szereplők nem közvetítő révén, hanem személyesen találkozhatnak és folytatnak párbeszédet.

2. táblázat. A különböző megközelítésű teamtevékenységek³⁰³

	Multidiszciplináris team	Interdiszciplináris team	Transzdiszciplináris team
Szereplők	Szakemberek	Szakemberek (+ családtag)	Szakember + gyermek + család
Cél	Közös cél	Közös cél, együttműködési cél	Közös cél, integrált szolgáltatás
Munkamegosztás	Egymástól függetlenül dolgoznak a szakértők	Megosztott, koordinált szolgáltatások, rendszeres találkozók	A háttérben a team szervezett munkát végez; az egyes szakemberek komplexebben látják az esetet; a családokkal a kulcsszemély érintkezik, aki egyben teamkoordinátor is

³⁰³ A táblázat KEREKI 2015, 20–21. p. leírása alapján készült.

Interakció	Minimális	Nagy	Nagy
Családtagok bevonása	Nincs	Korlátozott (pl. a szakemberek a szülőket is bevonva készítik el az egyéni ellátási vagy szolgáltatási tervet)	Nagy (a szakemberek figyelembe veszik az együttműködés során a gyermek és a család szükségleteit, a szolgáltatások tervezésétől a kivételzésén át az értékelésig)

Egy ilyen jellegű együttműködésben – a korábbi szemléletből és gyakorlatból hiányzó elem miatt – az okozhat nehézséget, ha a csoportot meghatározó értékek és a csoporttagok által fontosnak tartott érdekek túlságosan heterogének. Éppen ezért a szülő-szakember esetmegbeszélés lényeges eleme ezeknek a különbözőségeknek az összehangolása, a szereplők egységes, partneri platformra hozása.

III.3. Kockázati tényezők egy szakmailag differenciált esetmegbeszélő csoportban és azok feloldása

A szülő-szakember vegyes csoport működése kockázatosnak tekinthető akkor, ha

- a tagok segítői elkötelezettsége csak látszólagos, nem valóságos;
- az esetmegbeszélést egy felettes kéri a kliens minősítése miatt;
- fókuszvesztés történik;
- a résztvevők között versengés alakul ki a véleményük érvényre juttatása érdekében;
- sok a közléssorompó, az erőszakmentes visszajelzés akadályokba ütközik;
- túl nagy a feszültség a résztvevők között, és ez nem kerül kimondásra és feloldásra;
- a csoport több szempontból is túlságosan homogén;
- a kliens/szülő probléma a szakember problémájává válik;
- a résztvevők nem szánnak kellő időt arra, hogy a változáson dolgozzanak;
- más jellegű, feszültséggel terhes konfliktusok nem választhatók le az alaphelyzetről;
- egyéni célok dominálnak, már nem az együttműködés áll a középpontban;
- az együttműködés teljes hiánya tapasztalható.

A kockázati tényezők átfordításával azonban elérhető koherens együttműködés, ha

- a tagok elkötelezetten vesznek részt a közös munkában;
- az esetmegbeszélés a kliensért van;
- folyamatos a fókusztartás;
- az interakciókat az „és” tartja össze a „de” helyett;
- empátia, értő hallgatás tapasztalható a felek részéről;
- az erőszakmentes kommunikáció és az érzelmek kifejezése támogatásra talál;
- a csoport összetétele heterogén, azaz sokszínű;
- a kliens/szülő problémája a kliensé/szülőé marad, nem veszi át a szakember;
- a résztvevők időt szánnak arra, hogy dolgozzanak a változáson;
- tudatosan vannak jelen, egyéb, illetve személyes konfliktusaikat félre teszik, vagy dolgoznak velük;
- az együttműködés áll a középpontban, a szülő-szakember közös célja dominál;
- maximális az együttműködés.

Számos dolog veszélyeztetheti a projekt eredményességét, a képzési körülményektől kezdve (pl. terem, felszerelés, eszközhiány vagy éppen a résztvevők lemorzsolódása) a tartalmi elemek megvalósulásáig (témaszpecifikus érdeklődés és ágazatközi együttműködés). Mindezekre az előre látható nehézségekre kiemelt figyelmet fordítunk a program megvalósítása során. A projekt sikerének és továbbélésének záloga a nagy fokú érdeklődés, a szülői és szakemberi elköteleződés és kitartás a 12 alkalmas folyamat mellett, a célcsoportokkal való együttműködés sikerének megtapasztalása, szülő és szakember egymás felé közeledése, „érzékenyülése”, és az olyan innovatív módszereket használó esetmegbeszélés, amely aktív részvételre serkenti a szereplőket. Előfordulhat, hogy a projekt „felrázza” egy település életét; a község szereplői korábban elképzelhetetlen hatékonysággal tudnak együttműködni, civil és állami szervezetek, szolgáltatások fognak össze azért, hogy gördülékennyé tegyék a gyermekutat.

III.4. A szülő-szakember esetmegbeszélés várható közvetlen és közvetett hatása az érintettekre

Az ágazatközi erősítésének, a hatékony együttműködésnek egyik záloga az érintett szülők és szakemberek bevonása. Ezen túl kiemelten fontos az aktív közreműködés, a szakemberek részéről végzett munkavégzés is, amit a szülők nélkülözhetetlen szerepvállalása, aktivitása egészít ki. Fontos, hogy a szülők együttműködjenek a szakemberekkel, és amikor erre szükség van, erősítsék saját kompetenciájukat, önállóságukat annak érdekében, hogy a szakemberekkel együtt megfeleljenek a gyermek szükségleteinek. Bár a fő hangsúly a szülőkön van, nem szabad megfeledkezni a többi családtag fontos szerepéről és az általuk nyújtott támogatásról sem.

Az egységes gyermekút bevezetése és az ezt elősegítő szülő-szakember együttműködő csoport sokrétű hatással lehet az egyes szereplőkre.

III.4.1. Miért hasznos a szülő-szakember együttműködő csoport a szakemberek számára?

A szakemberekben tudatosulhat, hogy miért fontos a szülők és a többi családtag bevonása az együttműködés folyamatába, és hogyan tehetik ezt meg az igények tiszteletben tartásával, tekintve, hogy ezek sok esetben eltérhetnek a szakemberek véleményétől.

- Egységessé formálja a szemléletüket.
- Partneri együttműködés jön létre a szülőkkel és a többi szakemberrel; csökkennek az előítéleteik.
- Javul a szülők tájékoztatása; a más-más területről érkező szakemberek egységes tájékoztatása közös nyelvhasználatot alakít ki.
- A gyermekutak átláthatóbbá, egyértelműbbé válnak.

Mindez hozzájárulhat az eddig alkalmazott módszertan fejlesztéséhez, megújításához.

III.4.2. Miért hasznos a szülő-szakember együttműködő csoport a szülők számára?

- Partneri együttműködés valósulhat meg a szakemberekkel.
- Tisztábban és világosabban látják a gyermekutat.
- Fokozottabb bevonásuk hatására tájékozottabbakká válnak, ez megnyugtatja, magabiztosabbakká teszi őket.

- Bővülnek a gyermekneveléssel kapcsolatos ismereteik, felelősségteljesebb szülőkké válhatnak.
- Hosszú távú hatás lehet, hogy a szélesebb összefogás eredményeként közvetett módon javul a gyermekekkel foglalkozó szolgáltatásokhoz való hozzáférésük.
- A folyamat támogathatja a szülői önszolgálati köröket.
- A gyermekutak a közvetlenebb kapcsolatok miatt gyorsabban bejárhatók.

III.4.3. Miért hasznos a szülő-szakember együttműködő csoport a gyermekek számára?

- A gyermekek útja egyenletesebbé válik, hamarabb jutnak megfelelő ellátáshoz.
- A szülők magabiztossága, nyugodtabbá, tudatosabbá válása növeli a gyermekek biztonságérzetét.
- A teljes projekt célja, hogy minden gyermek a lehető leghamarabb, a számára leghatékonyabb ellátáshoz juthasson.
- A szülő-szakember kapcsolat pozitív változása kiegyensúlyozottabbá teszi a gyermeket.

III.4.4. Milyen rendszerszintű hatások várhatóak?

A rendszer egészét tekintve minden szinten, minden szereplő más és más szempontból lát rá a többiekre.

Kiemelt jelentőségű lehet a kompetenciaerősödés és kompetenciastabilizálódás olyan területeken, mint a gyermekek fejlődése, a szűrési és diagnosztikai eljárások, a különböző munkamódszerek megismerése, az együttműködés korábtól eltérő, új formája, a csoportmunka meg tapasztalása, különféle esetek kezelése, a személyes képességek (önreflexió, kommunikáció és problémamegoldás) fejlesztése. A divergens szemléletmódok ilyen módon összeadódhatnak és egységes irányba mutathatnak.

Hosszú távon az együttműködés egységes protokollok és irányelvek kialakításához vezet, amely igényt generáló szereppel bír egy követhető gyermekút kiépítéséhez. Fontos, hogy ne csak az esetmegbeszélések alkalmával, hanem a mindennapokban is létrejöjjön a hosszú távú együttműködés.

Az együttműködés során számos kérdéses, egymásnak ellentmondó, esetenként berögződött működésre is fény derül, az egyenlőtlenségek azonosíthatóvá válnak. A kialakuló helyzet pedig a „tanuló szervezet” működésének megfelelően újabb és újabb lehetőséget kínál a fejlődésre, a közös alapok, a sikerhez vezető közös kritériumok megteremtésére.

Mindezek alapján elmondható, hogy a szülő-szakember esetmegbeszélés egyfajta erőteljes önképzőkörként is funkcionálhat.

A megfelelő szakértelemmel irányított szülő-szakember esetmegbeszélés kiküszöbölheti az esetlegesen fennálló (szakértelmi, humán erőforrásbeli stb.) hiányosságokat, és közvetlenül kielégítheti a résztvevők igényeit is. A résztvevőknek alkalmuk nyílik

- az esetek megvitatására;
- megosztani egymással az ismereteiket és az alkalmazott munkamódszereket;
- speciális ismeretek szerzésére külső társszakemberektől;
- az irányítás ágazatközi szakemberekkel és a szülőkkel történő megvitatására;
- személyes kompetenciáik fejlesztésére.

Az esetmegbeszéléseken való részvételükkel folyamatosan fejlődik

- a nondirektív segítő beszélgetés módszere;
- az esetfeldolgozás módszere;

- a konkrét problémák feltárása és értelmezése;
- az esetekkel kapcsolatos információgyűjtés;
- az eset kezelésével összefüggő helyzet megismerése;
- a kapcsolatteremtő képesség a szülőkkel és az ágazatközi kollégákkal;
- a hallott, szakmai jellegű nyelvi megfogalmazások megértése;
- a szakember hajlandósága arra, hogy a szülő számára is érthető módon fogalmazzon;
- a közösen kialakított szakmai nyelven való fogalmazás készsége.

A találkozók javítják a csoportmunkát és a szolgáltatások minőségét. Ha ez az informális, belső képzés meg is felel a szakemberek és a szülők közvetlen igényeinek, előfordulhat, hogy az egyes szereplők, ágazatközi szakemberek, családtagok nem ismerik fel az értékét amiatt, hogy gyakorlati, aktuális, napi problémákra koncentrálnak a kora gyermekkori intervenció céljai, stratégiái, munkamódszerei helyett. Ennek egyik következménye lehet, hogy az egyes csoportoknak kell kezdeményezni és megszervezni az ilyen jellegű képzést.

A szakember-szülő csoport jellegzetességeit szem előtt tartva olyan fejlődési eredményekkel számolhatunk, mint a közös kommunikációs platform kialakulása; a szakember gyermekekre, családokra és más szakemberekre gyakorolt erős és szerteágazó hatásának tudatosodása. Mindezt – a jogszabályi és érzelmi keretek figyelembevételével – jól kell tudniuk kezelni. A döntési érderendszer kikristályosodásához vezethet, ha a szakemberek tudatosabban látják a gyermek érdekét, vagy azt, hogy miért nem elég csak a jogszabályoknak megfelelően értékelniük egy helyzetet. Rendkívül fontos, sőt megkerülhetetlen fokozottan figyelni a különféle szerepekkel járó tudattalan motivációkra, ha a szakember is szülő, illetve ha a szülő is szakember. Képeseknek kell lenniük önreflektív módon érzékelni a saját szülői szerepüket és ezek gondolkodásukra, működésükre gyakorolt hatását.

IV. Egy új munkamód szükségessége – a szülő-szakember együttműködő csoport definíciója, jellemzői

A szülő-szakember együttműködő csoport olyan speciális csoportforma, melynek tagjai többek között a gyermekvédelem, az egészségügy, a gyógypedagógia stb. területén tevékenykedő, vagy azzal esetenként kapcsolatba kerülő szakemberek és szülők.

IV.1. A folyamat célja

A folyamat célja, hogy lehetőséget teremtsen és kereteket adjon az iskoláskor előtti gyermekek szülei és a velük ebben az időszakban kapcsolatba kerülő szakemberek közötti párbeszédre, együttműködésük különböző színterű fejlesztésére.

IV.2. Munkamódja

A csoport egy egymásra épülő, tematikusan felépített folyamaton vezeti keresztül a résztvevőket. Alkalmról alkalomra a személyiség, az emberi kapcsolatok és az együttműködés fejlődésében meghatározó szerepet játszó elemekre irányuló, alapvető elméleti ismeretek átadásán

keresztül teremt olyan közeget a résztvevők között, melyhez személyes élettörténeteiken, a gyermekekkel kapcsolatos eseteken keresztül tudnak kapcsolódni.

Az elméleti bevezetőket követő interaktív beszélgetések lehetőséget teremtenek arra, hogy a témához kapcsolódó résztvevők által (szakemberek és szülők egyaránt) behozott eset vagy esetek mentén párbeszéd, a folyamat előrehaladtával pedig reményeink szerint kölcsönös megértés alakuljon ki az időnként egymással szembekerülő szakemberi és szülői kör között.

IV.3. Folyamat, résztvevők, létszám, időbeliség, csoportvezető szerepe

A folyamat 12, havonta egyszer 3 x 45 perces egymásra épülő alkalomból áll. Az első és utolsó alkalom alapvetően a folyamat megnyitását (ismerkedés, keretek tisztázása, a folyamathoz kapcsolódó érzések, várakozások) és lezárását (visszatekintés, útravalók, a „hogyan tovább” körbejárása) hivatottak segíteni. A köztes 10 alkalom különböző egymásra épülő témákat dolgoz fel.

A csoport javasolt létszáma 8–12 fő. Ennek indoka, hogy az interaktív beszélgetés ennél nagyobb létszám esetén nehezen kezelhető, több résztvevő esetén csökken annak a lehetősége, hogy mindenki aktívan részt vehessen.

Optimális összetételűnek tekinthetjük azt a csoportot, amelyben fele-fele arányban vannak jelen a szakemberek és a szülők, de ettől eltérő összetétel esetén is elérhető a kívánt cél.

Előfordulhatnak olyan helyzetek, amikor homogén marad a csoport (például valamilyen okból nem tudnak jelen lenni a foglalkozásokon a szülők, és ezért csak a szakemberekkel dolgozik a tréner). Azonban közvetett módon ebben az esetben is megvalósulhat az az igény, hogy a szakemberek közelebb kerüljenek a szülői gondolkodáshoz, együttműködőbbekké váljanak. Ebben az esetben nő a tréner felelőssége az interaktív beszélgetések fókuszának alakításában.

Ebben a helyzetben két lehetőséget látunk: kiemelt figyelmet kell ilyenkor fordítani a „szakember is szülő” megközelítésre, azaz nagyobb teret kaphat annak a körüljárása, hogy a szakemberek szülői szerepükben hogyan gondolkodnak a felmerülő témákról, illetve mint szülők hogyan gondolkodnak azokról az esetekről, amelyekről szakemberként döntéseket hoznak. Másrészt a tréner kérdéseivel, interakcióival behozhatja az interaktív térbe a szülők szempontjait, érveit, lehetséges megközelítését: például „Hogyan gondolkodna, mit mondana erről egy szülő, ha itt ülne?” „Mit gondolnak arról, hogy ugyanezt a szülői oldal miként éli meg?”

De feltételezhetően ilyen speciális csoportösszetételre ritkán vagy egyáltalán nem kerül majd sor a tréningév ideje alatt.

IV.4. Várható hatások

Mivel a csoportok helyileg viszonylag behatároltak, nagy valószínűséggel már korábban kapcsolatba került vagy a későbbiekben várhatóan kapcsolatba kerülő szakemberek és szülők fognak találkozni egy másfajta közegben. Ezzel megteremtődik annak a lehetősége, hogy a csoportüléseken megindul párbeszéd a mindennapi életbe is átszűrődhessenek. Egymás szempontjainak megismerése, a közös gondolkodás alapjainak lerakása oldhatja a már kialakult kapcsolat feszültségét, illetve mindennapi élethelyzetekben már „szakmai ismerősként” tekinthetnek egymásra.

Az interaktív beszélgetések mentén közös gondolkodás, a helyzetek közös értelmezése, megértése is megtörténhet. Ezzel nemcsak gondolkodásukban, hanem várhatóan érzelmileg

és a kapcsolat szintjén is közeledés indulhat el a két érintett kör között. Oldódhatnak a sokszor kölcsönös meg nem értésből adódó feszültségek, kimondódhatnak és ezzel tudatosulhatnak az elméleti ismeretekkel és a gyermekutakkal kapcsolatos különbségek és hasonlóságok.

A fenntarthatóság szempontjából pedig a folyamat lényeges hozadéka lehet, hogy a mindennapokban is kialakul, sőt továbbgyűrűzik az együttműködés, nem marad kizárólag az együttműködő csoport privilégiuma.

Felhasznált szakirodalom

- BAGDY E. – WIESNER E. (2005): Szupervízió, önismereti munka és pszichoterápia. In BAGDY E. – WIESNER E. (szerk.) *Szupervízió: egyén – csoport – szervezet. Supervisio Hungarica*, 15–26. p.
- BALOGH L.-NÉ et al. (2012): *A bölcsődei nevelés-gondozás szakmai szabályai*. Módszertani levél. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. /Szociális Füzetek./ <https://mek.oszk.hu/17700/17715/17715.pdf> (Letöltve: 2020. 06. 07.)
- BELBIN, M. (2003): *A team – Avagy az együttműködő csoport*. Budapest, Edge 2000 Kft.
- BOMI (1986): *Útmutató a fejlődési napló vezetéséhez*. Budapest, Bölcsődék Országos Módszertani Intézete.
- BORBÉLY S. – MÓZES E. (2000): Pszichológusi munka a Korai Fejlesztő Központban. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 73–80. p.
- BUDA B. (1997): A szerep fogalma a szociálpszichológiában. In LENGYEL Zs. *Szociálpszichológia*. Budapest, Osiris.
- BUGÁN A. (2014): *Etikai kérdések a csoportterápiában*. Előadás. DEOEC, Debrecen.
- CHICKERING, A. W. (1992): *A pedagógiai innováció menedzselése. Vezetőknek és beosztottaknak. Szervezetfejlesztési kézikönyv*. Budapest, Iskolafejlesztési Alapítvány.
- COLE, M – COLE, S. R. (1997): *Fejlődéslélektan*, Budapest, Osiris.
- Cs. FERENCZI SZ. – CSÁKVÁRI J. (2019a): Szülői szerepek, kompetenciák. In Cs. FERENCZI SZ. (szerk.): *Szülői pszichoedukációs csoportok vezetése*. Budapest, Katolikus Szeretetszolgálat, 7–27. p.
- Cs. FERENCZI SZ. – CSÁKVÁRI J. (2019b): Erősség-alapú szemlélet. In Cs. FERENCZI SZ. (szerk.): *Szülői pszichoedukációs csoportok vezetése*. Budapest, Katolikus Szeretetszolgálat, 35–60. p.
- CSÖRGŐ A. (2019): Kommunikáció a szülőkkel. In KEREKI J. – TÓTH A. (szerk.) (2019): *Lépések*. I. kötet. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Közhasznú Nonprofit Kft., 287–315. p.
- DÁVID M. – NYITRAI Á. – PODRÁ CZKY J. (2019): *A pedagógiai tanácsadás szerepe a kora gyermekkori intervencióban*. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- DUBECZ D. (2000): Az esélyegyenlőség biztosítása: Korai fejlesztés. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 4–5. p.
- EASNIE (2005): *Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_en.pdf (Letöltve: 2022. 05. 10.)
- ERIKSON, E. H. (2002): *Gyermekkor és társadalom*. Budapest, Osiris.
- EURÓPAI BIZOTTSÁG (2011): *A Bizottság közleménye. Kora gyermekkori nevelés és gondozás: hogy minden gyermek szilárdan megalapozhassa jövőjét*. Brüsszel, Európai Bizottság. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0066&from=EN> (Letöltve: 2020. 08. 28.)

- GIBSON, L. C. (2007): *Érzelmileg éretlen szülők felnőtt gyerekei. Hogyan gyógyítsuk meg az elérhetetlen, elutasító vagy én-központú szülők okozta lelki sebeket.* Budapest, Kulcslyuk Kiadó.
- GÓCZÁN-SZABÓ I. – STEINBERG J. (2013): *Módszertani útmutató a gyermek egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek számára tervezett esetmegbeszélő csoportok vezetéséhez.* Budapest, TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Kora gyermekkori (0–7 év) program.
- GÖKCE, K. (2019): Observing young children's play: a brief review. *Gyermeknevelés*, 7(2–3), 20–27. p.
- GÖNCZINÉ SÁRVÁRI G. et al. (2019): *Módszertani útmutató a kisgyermekről vezetett szakmai dokumentáció vezetéséről.* Budapest, Magyar Bölcsődék Egyesülete. http://www.magyarbolcsodek.hu/files/shares/M%C3%B3dszertani%20feladatok/tmutat___dok___vezet___s___hez.pdf (Letöltve: 2020. 06. 07.)
- GYÖNGY K. (2019): A kisgyermeknevelő-gyermek interakciók megfigyelésével kapcsolatos kihívások. *Gyermeknevelés*, 7(2–3), 2–19. p.
- HARMATHY É. – LAJTAI L. (2001): Bálint Mihály hagyatéka. In FÜREDI J. et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 2. kiadás. Budapest, Medicina.
- HECKMAN, J. J. (2007): Invest in the Very Young. In TREMBLAY, R. E. – BOIVIN, M. – PETERS, R. D. (szerk.): *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). <http://www.child-encyclopedia.com/importance-early-childhood-development/according-experts/invest-very-young>. (Letöltve: 2020. 08. 31.)
- HORVÁTH A. – ROMVÁRYNÉ HORVÁTH Gy. (2008): *EduCoach kézikönyv*. Budapest, Horváth & Dubecz Kft.
- KÁLMÁN Zs. (1994): *Bánatkő. Sérült gyermek a családban*. Budapest, Bliss Alapítvány.
- KEREKI J. (2017): *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése.* (Kézirat.) Rövid összefoglaló. Budapest, EFOP-1.9.5-VEKOP-16.
- KEREKI J. (szerk.) (2015): *Kliensút Kalauz*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. – SZVATKÓ A. (2015): *A kora gyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KEREKI J. et al. (2019): *Gyermekút*. Módszertani kézikönyv. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- KEREKI J. – MAJOR Zs. B. (szerk.) (2014): *Őrzők. Egészségügyi ellátók gyakorlatközpontú kézikönyve*. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- KEREKI J. – TÓTH A. (szerk.) (2019): *Lépések*. I–II. Módszertani kézikönyv a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára. EFOP-1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- KISSNÉ FAZEKAS I. (2010): A szülői és a gondozónői attitűd megjelenése az egyéni dokumentációban. In KISSNÉ FAZEKAS I. (szerk.): *Iránytű antológia*. I–II. Szeged, Bába Kiadó, 117–128. p.
- KOLB, D. A. (1984): The Process of Experimental Learning. In KOLB, D. A. (szerk.): *The Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- KONCZ A. (1999): *Szervezeti tanulás – Tanuló szervezetek*. Szakdolgozat. ELTE, Budapest.
- LAKATOS K. (2000): Prevenció, kapcsolatépítés, okos szeretet. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 81–90. p.

- LANNERT J. (2015): Szülősegítés a kora- és kisgyermekkorban Magyarországon és máshol. *Esély*, 4, 42–61. p.
- M. NÁDASI M. (2003): Az oktatás szervezeti keretei és formái. Az oktatás szervezeti módjai. In FALUS I. (szerk.): *Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanulásához*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 339–383. p.
- MIHÁLY O. (1999): Esélyegyenlőség és differenciálás. *Új Pedagógiai Szemle*, 49(1), 11–19. p.
- N. KOLLÁR K. – SZABÓ É. (2004): *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest, Osiris.
- NAGY J. (2008): Kritériumorientált fejlődéssegítés. In KOROM E. (szerk.): *Kompetencia alapú oktatás és hatékonyság*. Összeállítás a Koch Sándor Tudományos Ismeretterjesztő Társulat XLIV. Pedagógiai Nyári Egyetemén elhangzott előadásokból. Szeged, Koch Sándor Tudományos Ismeretterjesztő Társulat, 5–25. p.
- NAGY J. (szerk.) (2007): *Kompetencia alapú kritériumorientált pedagógia*. Szeged, Mozaik Kiadó.
- NELSON, K. (1986): *Event Knowledge, Structure and Function in Development*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- NYITRAI Á. (2015): Pedagógiai szemléletmód a bölcsődei nevelésben-gondozásban. In PODRÁ CZKY J. (szerk.): *Szemelvények a kisgyermeknevelés köréből*. 1. Kaposvár, Kaposvári Egyetem, 35–56. p.
- PIAGET, J. (1978): *Szimbólumképzés a gyermekkorban*. Budapest, Gondolat.
- PODRÁ CZKY J. (2015): A kisgyermeknevelés jelentősége, helyzete és perspektívái. In PODRÁ CZKY J. (szerk.): *Szemelvények a kisgyermeknevelés köréből*. 1. Kaposvár, Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar, 57–82. p.
- SHONKOFF, J. P. – PHILLIPS, D. A. (szerk.) (2000): *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC, National Academies Press.
- SZELÉNYI M. (szerk.) (2001): *Apró lépések – Korai Fejlesztő Program lassabban fejlődő gyermekek és szüleik számára*. Budapest, Korai Fejlesztő Központot Támogató Alapítvány.
- SZILÁGYI J. (2006): A kreativitás mint az innováció egyik oki tényezője. *Iparjogvédelmi és Szerzői Jogi Szemle*, 111(6), 39–52. p.
- SZOKOLSZKY Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest, Osiris.
- TOPOLÁNSZKY-ZSINDELY Katalin (2000): Szülőcsoport a korai fejlesztő központban. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 71–72. p.
- TÓTH A. (2000): Komplexitás a korai fejlesztésben. *Fejlesztő Pedagógia*, 11(4–5), 17–19. p.
- VÁLYI G. (é. n.): *A segítő segítése 1; Esetmegbeszélés. A követelménymodul megnevezése: A szociális segítség alapfeladatai*. https://www.nive.hu/index.php?id=1083&view=article&option=com_content&element=A+seg%C3%ADt%C5%91+seg%C3%ADt%C3%A9se&szakmacsoport=0&modul=0&elemszam=0&szerzo=0&keres=%C2%A0Keres%C3%A9s%C2%A0#kereso-box (Letöltve: 2022. 05. 10.)
- VIGOTSZKIJ, L. SZ. (1967): *Gondolkodás és beszéd*. Budapest, Akadémiai.
- WATZLAWICK, P. – WEAKLAND, J. H. – FISCH, R. (1990): *Változás. A problémák keletkezésének és megoldásának elvei*. Budapest, Gondolat.
- YALOM, I. D. (2001): *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Budapest, Animula Kiadó.

Jogszabályok és egyéb szabályozók

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (Letöltve: 2020. 06. 07.)
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200020.EMM> (Letöltve: 2020. 06. 07.)

- 363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200363.kor> (Letöltve: 2020. 06. 07.)
- A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja, 2021. Budapest, Magyar Bölcsődék Egyesülete. https://issuu.com/magyarbolcsodekegyesulete/docs/bolcsodei_orzagos_alap_program_oldalak (Letöltve: 2021. 08. 30.)



**CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG
KÖZPONT**

ISBN 978-615-5944-65-9

Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Székhely: 1134 Budapest, Tűzér utca 33–35.

E-mail: ugyfelszolgalat@csalad.hu

Tel.: +36 70 500 1626

<https://gyermekut.hu>

www.csalad.hu/rolunk

A kiadásért *dr. Szuromi-Kovács Ágnes*, a Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft. ügyvezetője felel.

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE
CSALÁDBARÁT MAGYARORSZÁG KÖZPONT NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.
SZÉKHELY: 1134 BUDAPEST, TÜZÉR UTCA 33-35.

E-mail: gyermekut@csalad.hu

