

Pályázat a 36. Országos Tudományos Diákköri Konferenciára

Fiatal szülők mentálhigiénés támogatása – a szülő-csecsemő/kisgyermek
konzultáció helye és szerepe a pedagógiai szakszolgálat feladatellátásában

Siteri Erika SE EKK Mentálhigiéné Intézet

Interdiszciplináris Családtudomány MA

Témavezető: Dr. Danis Ildikó PhD tudományos főmunkatárs
Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet

2022. 12. 21.

Jelige: ESV888

Absztrakt

A dolgozatban bemutatott kutatás a kora gyermekkori regulációs zavarok esetén eredményesen alkalmazható integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt, a magyarországi pedagógiai szakszolgálati feladatellátásban betöltött szerepét, az ellátási formák között elfoglalt helyét, valamint a szükséges szakértelmet vizsgálja; kiemelve a kora gyermekkori intervenció területén megvalósítható mielőbbi beavatkozások szükségességét.

A speciális szakterületre – amit esetünkben az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció jelent – irányuló országos kérdőíves felmérés eredményeként a megyei főigazgatóktól és az ellátást végző konzulensektől kapott adatok elemzése alapján helyzetjelentést ad a jelenleg Magyarországon a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben elérhető családtámogatási lehetőségekkel kapcsolatos attitűdökről, valamint a konzulensi tevékenység, mint feladatellátás szakágazati támogatottságáról.

A kérdőíves felmérések eredményeit a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben konzulensi tevékenységet végző szakemberekkel folytatott fókuszcsoportos interjúrészek illusztrálják. A kutatás során nyert adatok elemzését és összegzését követően a tevékenységre vonatkozóan a dolgozat javaslatokat fogalmaz meg a rendelkezésre álló szakértelem és a családok által jelzett igények összekapcsolódásának érdekében.

A dolgozat készítője gyógypedagógus, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens, tagintézmény-vezetőként egy járási pedagógiai szakszolgálati intézmény működését koordinálja

Kulcsszavak: *pedagógiai szakszolgálat, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, regulációs zavarok, mentálhigiénés családtámogatás, korai intervenció*

Tartalomjegyzék

I. Bevezetés	4
I. 1. Témaválasztás indoklása	4
I. 2. Szakmai kezdeményezések, tevékenységek	5
II. Elméleti háttér bemutatása	8
II. 1. Érzelem- és viselkedésszabályozási nehézségek csecsemő- és kisgyermekkorban	8
II. 2. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, mint segítő-támogató tevékenység bemutatása	10
II. 3. A konzultáció keretei, menete	11
II. 4. A pedagógiai szakszolgálat feladatellátása	13
II. 5. ISZCSK a pedagógiai szakszolgálatnál	14
III. Kutatás	15
III. 1. A kutatás bemutatása	15
III. 1. 1. A kutatás célja	15
III. 1. 2. Kutatási kérdések	15
III. 1. 3. Etikai vonatkozások	16
III. 2. 1. Módszer	16
III. 2. 1. 1. Minta és adatfelvétel (Study 1, Study 2, Study 3)	16
III. 2. 2. MÉRŐESZKÖZÖK (Study 1, Study 2, Study 3)	18
III. 2. 3. Az adatfeldolgozás módszerei	19
III. 3. Eredmények	20
III. 3. 1. Study 1. A főigazgatók számára készített kérdőív elemzése	20
III. 3. 2. Study 2. elemzése:	23
III. 3. 3. Study 3 elemzése:	28
IV. Összegzés	33
IV. 1. Kutatási eredmények összefoglalása	33
IV. 2. Zárszó	36

I. Bevezetés

I. 1. A témaválasztás indoklása

A téma aktualitása, a családtámogatások jelentősége a kora gyermekkor idején

A nemzetközi gyakorlatban a kora gyermekkori lelki egészség, valamint a korai szülő-gyermek kapcsolatot támogató programok, módszerek köre jelentős, történetük 50–60 évvel korábbra vezethető vissza (részleteket lásd: Danis, 2020b). Az 1960–70-es évektől kezdődően jelentek meg olyan intervenciós programok, amelyek célja elsősorban az optimális szülő-gyermek kapcsolat támogatása volt. Ilyenek például a *komplex intervenciós programok* (pl. az amerikai Head Start, vagy az angol Sure Start) a szociálisan hátrányos helyzetű gyerekek iskola előtti felzárkóztatása és családjaik támogatása érdekében, illetve a gyermekneveléssel és szülői szereppel foglalkozó *csoportos szülői nevelési programok*. (Bányai, 2008) A *pszichoterápiás irányzatok* is évtizedek óta foglalkoznak a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolat nehézségeinek támogatásával. Számos európai és transzatlanti államban a kora gyermekkori lelki egészség támogatása ma már szervezett szolgáltatási rendszerekben valósul meg, integrált intézményekben vagy szolgáltatási hálózatokban (Danis, 2020a). Országunkhoz közeli jó gyakorlatként külön megemlítendő, hogy Németországban a *szülő-csecsemő konzultáció* és *terápia* hivatalosan elismert módszer, költségeit állami és magán egészségügyi biztosítók bizonyos feltételekhez kötve vállalják (Hédervári-Heller, 2020).

Miért fontos a kora gyermekkori lelki egészséggel foglalkoznunk?

A gyermeki fejlődés során a felnőttekkel, a szülőkkel kialakított biztonságos kapcsolat talaján indul útra a megismerő-felfedező tevékenység, amely a későbbi magabiztos viselkedés és a tanulás alapja (Szilvási et al., 2010). A korábban fejlődésközpontú szemléletet mára már felváltotta az a családközpontú szemlélet, mely a szolgáltatások középpontjába a gyermeket a családdal, illetve a szűkebb-tágabb környezettel együtt állítja és a teljes kapcsolati környezetet figyelembe veszi: védőnőket, gyermekorvosokat, a gyermek nevelésében érintett, és/vagy mentális egészségével foglalkozó szakembereket (Kereki, 2020).

A kisgyermekkel, családokkal foglalkozó szakemberek számára nyilvánvaló, hogy az egészséges élethez nem csupán a betegség hiányára, hanem a teljes testi, lelki, mentális és

szociális jólétre szükség van – a fogantatástól kezdve (I. Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986).

Az elmúlt évtizedek során a kora gyermekkor sajátosságait figyelembe vevő intervenció nézőpontja is megváltozott, a prevenciós szemlélet mellett a komplex, rendszerszemléletű, holisztikus megközelítés került előtérbe: „...a kora gyermekkori intervenció magába foglalja a pre-, illetve 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 prevenciós elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.” (Kereki, 2017. p. 20).

Az interdiszciplináris szemlélet a prevenció mellett hangsúlyozza a komplex szolgáltatási rendszerek összekapcsolódását, melyek a különböző szakmai kezdeményezéseknek köszönhetően a pszichés egészségre is fokozottabban figyelnek.

I. 2. Szakmai kezdeményezések, tevékenységek

Hazánkban a komplex, családközpontú kora gyermekkori intervenció és lelki egészség támogatása terén a különböző kezdeményezések a kilencvenes évektől indultak el, majd körülbelül tíz év eltelte után, a 2000-es évektől bontakoztak ki: változatos szakmai műhelyek jöttek létre, modellprogramok alakultak, képzések indultak el (Danis et al., 2020b). Talán elsőként, 1993-ban a Szent Rókus Kórházban indult a Családbarát Program a Pest megyében élő családok számára; szemléleti kerete különböző preventív tevékenységek facilitálására irányult, melyek az optimális életkezdés mellett a minél egészségesebb kora gyermekkori fejlődést és a családok komplex pszichoszociális támogatását tűzték ki célul (Németh et al., 2015).

Ezt követően a Vadaskert Kórház 2002-ben kezdte ambuláns ellátását Hawa, majd Zsebibaba néven (Frigyes & Molnár, 2020). A fővárosi gyermekkórházak a korai állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozási problémákat mutató gyermekeket és szüleiket speciális ambulanciákon fogadják a Heim Pál Gyermekkórház Madarász utcai részlegén 2017-től (Scheuring & Szabó, 2020), valamint a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórházában (<https://www.bethesda.hu/osztaly/korai-fejleszt-es-diagnosztika/>).

A Szt. János Kórházban interdiszciplináris team-szemléletben pszichiátriai beteg édesanyák és gyermekeik együttes kezelését valósítják meg az EGYÜTT Baba-Mama-Papa program keretében (<https://janosakademia.hu/tanfolyamok/egyutt/>), az apákra is figyelmet fordítva (Németh & Kurimay, 2020).

Jelenleg Magyarországon a kisgyermekes családok formális támogatásában az úgynevezett univerzális szolgáltatási rendszerek szakemberei vesznek részt leginkább: a védőnői, gyermekorvosi hálózat, a bölcsődék, óvodák, a gyermekjóléti, gyermekvédelmi szolgáltatások, a pedagógiai szakszolgálat munkatársai. A kora gyermekkori fejlődést támogató családközpontú korai intervenció kiemelt jelentőségű (Czeizel & Kemény, 2015; Kereki, 2010), 2013-tól a regionális pedagógiai szakszolgálatok esetében alapfeladatként jelenik meg a korai fejlesztést igénylő gyermekek ellátása. A korai fejlesztés, illetve a nevelési tanácsadás feladatellátásának keretein belül a családok komplex gyógypedagógiai fejlesztést és pszichológiai segítséget vehetnek igénybe (15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálatok működéséről).

Hazánkban azonban alapszolgáltatásként, mely az egyenlő hozzáférhetőséget és a könnyen elérhetőséget egyaránt jelenti, még nem terjedt el a kora gyermekkori lelki egészség támogatásának országosan szervezett, irányelveken és bizonyítékokon alapuló interdiszciplináris és rendszerszemléletű megközelítése. A kora gyermekkori lelki egészség támogatásán ugyanis a szülők mentális egészségének, a szülői kompetenciának, a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakításának, fenntartásának és a gyermekek optimális fejlődésének támogatását egyaránt értjük, és ez számos szolgáltatásban még nem kiemelt fókusz (Danis, 2021).

A 2002-ben és 2003-ban megrendezett interdiszciplináris konferencián az Országos Gyermkegészségügyi Intézet keretében működő Családbarát Program már foglalkozott a kora gyermekkori regulációs zavarok elméletével és a hazai kezelési lehetőségekkel. A 2000-es évek elején nemzetközi együttműködéssel, németországi szakemberek és intézmények segítségével

akkreditált tanfolyamon lehetett elsajátítani az elméleti alapokat és a kezelési lehetőségeket. 2005-ben jött létre az első 100 órás, a Semmelweis Egyetemen akkreditált továbbképzés az integrált szülő-csecsemő konzultáció és terápia alapjainak elsajátítása céljából. Az új szakterület ismeretanyagának feldolgozása és a gyakorlati tapasztalatok szupervízió útján történő feldolgozása azonban egy 100 órás továbbképzés keretein már túlmutatott. Így az első akkreditált szakmai továbbképzés *integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek* számára (4 féléves posztgraduális képzés) 2010-ben a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen indult. Később 2014-től a Semmelweis Egyetem, majd 2015-től az Eötvös Loránd Tudományegyetem nyújtott a képzés számára lehetőséget (Németh & Hédervári-Heller, 2020).

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szakirányú képzés szemléletében és céljaiban előzménye volt a 2015-től induló *csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció* képzésnek, amely annyiban tér el az előbbitől, hogy előtérbe helyezi a kapcsolati folyamatok pszichodinamikájának megértését; a regulációs nehézségek tüneti, valamint kapcsolati jellemzőinek felismerésére és kapcsolatfókuszú konzultáció vezetésére készíti fel a szakembereket (Hámori, 2020).

A továbbképzéseknek köszönhetően jelenleg 150-180 fő felett van már azoknak a száma, akik alapvégzettségükre építve megszerezték a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs képesítést, amivel állami és egyéb fenntartású szolgáltatóknál és magánellátásban is lehet dolgozni. Egységes, országos rendszerként elérhető szolgáltatás nincs ugyan, de egyre több szektorban, egyre több régióban elérhető a családok számára ez a tevékenység. Gyógypedagógus végzettségemre alapozva magam is megszereztem a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettséget és jelenleg munkahelyemen, a Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Móri Tagintézményében kötelező óráim keretében foglalkozom kisgyermekes családok ellátásával.

A pedagógiai szakszolgálatok törvényi előírás szerint a szülő és a pedagógus nevelő munkáját, és a nevelési-oktatási intézmény feladatainak ellátását hivatottak segíteni (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 18. §). Dolgozatomban *a pedagógiai szakszolgálati ellátásban működő szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység* (Németh & Hédervári-Heller, 2020) intézményes hálózatban elfoglalt helyét keresem a rendszerszintű sajátosságok feltárása segítségével. Kutatásom során a kisgyermekes családok *pedagógiai szakszolgálati kereteken belüli* szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens közreműködésével történő támogatásának magyarországi elérhetőségét, hozzáférhetőségét, illetve a szolgáltatás jellegét meghatározó tényeket írom le a kapott eredményeket elemezve.

Ezen túl a konzulensként működő kollégáktól származó sokrétű információk birtokában a szolgáltatás feladatellátásban megjelenő és betölthető funkcióját mutatom be. Említésre kerülnek a feladatellátást akadályozó, nehezítő tényezők; a leggyakoribb nehézségek, problémák, amivel a családok a konzulenseket keresik, valamint a tevékenységet meghatározó keretek és jellemző jegyek – a szakemberek szempontjából elemezve és feldolgozva. Eredményeimet a dolgozat végén összefoglalom és ajánlásokat is megfogalmazok a hálózatra építhető szakmai munka eredményességének javítása érdekében.

II. Elméleti háttér bemutatása

II. 1. Érzelem- és viselkedésszabályozási nehézségek csecsemő- és kisgyermekkorban

Az önszabályozás az emberi fejlődés és működés meghatározó jellemzője. Szélesebb értelemben arra vonatkozik, amikor képessé válik az egyén arra, hogy ellenőrizze – szükség esetén változtassa érzelmeit, gondolatait, viselkedését. Nem csupán egy veleszületett képesség vagy folyamat; számos mechanizmus teszi lehetővé működését, mely a beilleszkedéshez, a társas kapcsolatok kialakításához szükséges; alakulására a gyermek környezetének – kiemelten a családnak, a szülőknek igen jelentős hatása van (Ferenczi, 2020).

Abban az érzékeny életkorban, amely a csecsemőkortól a kisgyermekkorig tart, az emberi fejlődés legintenzívebb fejlődési szakasza valósul meg; rengeteg mindent tanul az embercsecsemő igen rövid idő alatt (Danis et al., 2011). A felnőttek gondozását, folyamatos támogatását igényli, érzelmi kötődést alakít ki (Tóth, 2020) gondozóival és saját személyére nézve is rendelkezik már ismeretekkel, önmaga pszichés létezését is megtapasztalja és megéli (Stern, 1995). Az élettani szabályozásokon túl a szülők egyre inkább az interakciók sorozatára koncentrálnak; e szituáció tudatos átélőjeként egy részük már képes szándékot, motivációt és önértékelést tulajdonítani a csecsemőnek (Hédervári-Heller, 2008).

A korai gyermekévek során a társas viszonyok, a különböző érzelmek megélése közvetlen eseményekkel tűzdelt úton történik; a minőségi különbségeket a csecsemő a szülői cselekedetekből érzi: ahogyan őt fölveszik, megszólítják; ahogyan megérintik, vagy próbálják megejtetni – mind-mind üzenetek a kisgyermek felé, aki ezeket a jelzéseket – akár nyílt, akár rejtett indulatokat, különböző beállítódást képes érzékelni és rájuk válaszolni. Sajátos

csecsemői eszközökkel próbál aktívan reagálni a környezeti hatásokra, de lehetőségei és potenciálja a gondozó felnőttöz viszonyítva jelentősen korlátozott (Lakatos, 2011).

A társas érzelmek fejlődése során rendkívül fontos az érzelmek hatékony szabályozása. Érzelem-regulációnak nevezzük azt a folyamatot, amely során befolyásolhatóvá válik, hogy milyen érzelmeink legyenek, mikor jelenjenek meg az érzelmek, hogyan éljük át és hogyan fejezzük ki az érzelmeket. Jó és kevésbé kellemes érzelmek egyaránt szabályozhatókká válhatnak – a kontextustól függően lesznek jók vagy akár rosszak (Gross, 2002).

Az érzelmek tehát egész korai csecsemőkortól az interakciók szabályozására szolgálnak, kommunikációnak tekinthetők, hiszen a gyermek és az anya folyamatosan érzelmi alapon működő üzeneteket cserélnek. Az első életév végére kialakul egy belső mentális reprezentáció az anya-gyermek kapcsolatáról, a biztonságról; így mindketten attól függően szabályozzák az érzelmeiket, hogy *mit várhatnak el a másiktól*. A második életév során folyamatosan fejlődik az énrendszer és az önszabályozás és a viselkedési stratégiák is tovább fejlődnek (Osváth, 2007).

Szabályozási nehézségek (pszichés vagy szomatikus) már csecsemőkortól előfordulhatnak (Hédervári-Heller, 2008). Ezek az állapotszabályozási nehézségek – *regulációs zavarok* – különféle megnyilvánulási formában jelentkezhetnek. A leggyakrabban előforduló problémák *a krónikus nyugtalanság és excesszív sírás, az etetési, étkezési, gyarapodási zavarok, valamint az elalvás és átalvás nehézségei, zavarai*. Közös jellemzőjük, hogy organikus okot nem feltétlenül találunk a tünetek hátterében, ugyanakkor mindegyik típusnál érintett lehet a korai szülő-gyermek kapcsolat. A következőkben a *regulációs zavarok típusainak* kategorizálását Hédervári-Heller (2008) munkája alapján mutatom be.

Elsődleges (klasszikus) regulációs zavar a krónikus nyugtalanság és excesszív sírás, az alvászavar, valamint a táplálási és gyarapodási zavar. Másodlagos regulációs zavar lehet az érzelmi-kötődési probléma, a szülő-gyermek kapcsolat zavara, a szeparációs szorongás, a játék iránti érdeklődés hiánya, a testvér-rivalizáció, a túlzott dac, a kontrolálhatatlan dühroham, a szokatlan mértékű agresszivitás, a nem organikus magyarázatú fejlődésbeli elmaradás, a koncentrációzavar vagy a motorikus nyugtalanság (Hédervári-Heller, 2008).

A regulációs zavarok osztályozásában a DC: 0-5TM fejlődésközpontú klasszifikációs rendszer nyújt segítséget, mely azonosítja az első öt évben előforduló lelki egészség zavarokat. A gyűjteményben megtalálhatóak a diagnózis felállításához szükséges kritériumok, a

diagnosztikai- és fejlődési jellemzők, a prevalencia, a lefolyás, a prognózis, a kulturális szempontok, a nemi megoszlás, a differenciáldiagnózis, a komorbiditás, illetve a DSM-5 és a BNO-10 klasszifikációs rendszerrel való átjárás (Zero to Three, 2019).

Fontos megjegyezni, hogy amennyiben kezeletlenek maradnak ezek a korai problémák, később kialakulhatnak pszichés, pszichoszomatikus megbetegedések (Hédervári-Heller, 2008), így a kora gyermekkori regulációs zavarok megnövelhetik a későbbi viselkedési problémák kockázatát; különösen akkor, ha összetett zavar áll a háttérben (Hemmi et al., 2011).

II. 2. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, mint segítő-támogató tevékenység bemutatása

A kora gyermekkori mentális egészséggel foglalkozó szakemberek köre hazánkban is folyamatosan bővül. A támogatást igénylő családokkal való munka estében több irányzat is létrejött: ilyen az EGO Klinika, mely analitikus szemléletű- gyermekpszichoterápiát folytat csecsemőkortól serdülőkorig (Halász & Jakab, 2020), a csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció, mely szintén analitikus alapon a kapcsolati folyamatok pszichodinamikájának megértését helyezi előtérbe (Hátori, 2020), az anya-csecsemő terápia, amelyben a terápiás munkát az anyaság állapotának törvényszerűségei határozzák meg (Figyes & Molnár, 2020), valamint az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, mely a kötődésmélet mellett a pszichoanalitikus alapokra épít, és az interakcionista nézőpont figyelembevételével rendszerszemléletben fókuszál a kisgyermekes családokra (Németh & Hédervári-Heller, 2020). Dolgozatomban az *integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt* veszem alapul, mivel a kutatás elsősorban ebben a körben zajlott.

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció egy komplex, tudományosan megalapozott, prevenciós, intervenciós módszer a kora gyermekkori pszichoszociális és pszichoszomatikus eredetű problémák, valamint a regulációs zavarok kezelésére (Lányiné, 2017). A konzultáció alkalmazásához képzett szakemberek számára a pszichoanalitikus elméletek, a fejlődéslélektan, a csecsemőkutatás és a kötődésmélet ismerete nyújtja az alapot. A módszer csecsemőkortól három, maximum öt éves korig, a társas életben is megnyilvánuló viselkedésszabályozási nehézségek, zavarok kezeléséhez nyújt segítséget abban az esetben, ha az organikus eredetű hátteret orvosi vizsgálatok segítségével már kizárták (Hédervári-Heller, 2008). A konzultációs folyamat során a gyermek és a gondozó együtt testesítik meg a klienst, a regulációs zavar kezelése így kettejük együttes jelenlétében tud megvalósulni. A konzultációk

a csecsemő vagy kisgyermek és a szülők együttes bevonásával, mégis közvetlenül a szülőkkel történik. A fennálló probléma, illetve a szülők együttműködése (egymással, a konzulenssel) erőteljesen befolyásolja azt, hogy hány alkalom szükséges a problémakezeléshez.

A találkozások azonban nem lehetnek végtelen számúak, mivel a konzultáció a terápiával ellentétben egy viszonylag gyors megoldást nyújtó módszer, amely egyben azon az elven alapul, hogy csecsemő- és koragyermekkorban nem létezik önmagában álló egyéni pszichopatológia, ezért a kliens nem a gyermek önmagában, hanem a szülő és a gyermek együtt.

A viselkedésben megjelenő tünetek enyhítése, megszüntetése mellett a szülő és a gyermek kötődési kapcsolatára igyekszünk hatni úgy, hogy a kialakult viszony pozitív irányba változhasson, és a gyermek a szülővel együtt biztonságot átélve a közöttük lévő kapcsolatra figyeljen. A konzulens által alkalmazott intervenció a non-direktív irányító szerep, az esetleges konfliktusok dinamikájának feltárása, illetve a beavatkozás eszközeinek megválasztása – amely lehet közlés, interpretáció, magyarázat, esetleg konfliktusmegoldást elősegítő lehetőségek, stratégiák kidolgozása a szülőkkel közösen (Hédervári-Heller, 2008).

II. 3. A konzultáció keretei, menete

„A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és (pszicho)terápia – megközelítéstől, irányattól függetlenül – mint korai prevenció és intervenció elősegíti az egészséges lelki fejlődés, valamint a biztonságos kötődés kialakulását, és sikeres kezelés esetén megszünteti a kora gyermekkorban fellépő érzelem- és viselkedésszabályozási (regulációs) kisiklásokat és zavarokat.” (Hédervári-Heller, 2020b, pp. 52-53). A konzulens jól ismeri a regulációs zavarok tüneteit, és szakmai továbbképzésen elsajátított kezelési módszert alkalmaz anélkül, hogy terápiás kezelést végezne vagy klinikai diagnózist állítana fel. Az első konzultációra az egész család meghívást kap, jelenlétük betekintést nyújt a konzulens számára a családtagok egymás közötti kapcsolatába, valamint lehetővé teszi a gyermek családban elfoglalt helyének, státuszának meghatározását.

A konzultációk száma 1–10 alkalomig terjedhet, a találkozások időtartama 1–2 óra lehet; az első alkalommal ajánlatos hosszabb időt (90–120 percet) tervezni, ugyanis a szülők kezdetben a probléma által rendkívül túlterheltek, nagy a rajtuk lévő nyomás és sok a mondanivalójuk (Hédervári-Heller, 2008). A gyakorlati szempontok áttekintése során a tematikát is fontos érintenünk: az érzelem-, és viselkedésszabályozási nehézségek mellett a tipikus fejlődés, a párkapcsolat, a szülők származási családja és problémáik, a család jelenlegi helyzete, az aktuális életciklus is kerülhet a konzultáció fókuszába. A problémaanamnézisen túl a várandósság, a szülés, a párkapcsolat, a gyermek fejlődésének kérdései, az aktuális családi

helyzet, a szülők élettörténete, veszteségek, traumák, gyász, betegségek a családban mind fontos témák, melyek megbeszélésre kerülnek (Prónay et al., 2015).

A használt módszerek közül a legjelentősebbek a strukturált beszédvezetési technika és a videofeedback módszer, melyek során nemcsak az érzellem- és viselkedésszabályozási nehézség megjelenési formája, hanem a családi-gondozói interakciók és a változások is nyomon követhetőek; azonosíthatjuk az érzelmi állapotokat, jobban megismerhetjük a kötődési viselkedést. A gyermekről és a családról/gondozóról készült videofelvételek szülőkkel történő közös elemzése során a szülői szenzitivitás erősödhet, a tapasztalt változások tudatosítása jelentősen növeli a szülői kompetencia-érzést (Hédervári-Heller, 2008).

„A szülőknek, de gyakran a szakembereknek is nehéz a finom, a mindennapokban alig-alig észlelhető változások felfedezése. Ugyanakkor a regulációs- vagy az interakciós zavar változásának tudatosítása fontos tényező a kezelés sikerességéhez. Ezáltal megnő a szülők motivációja a probléma közös elemzésére és megoldására.” (Hédervári-Heller, 2008, p. 143).

A konzultáció menete igen összetett folyamat, melynek sikere elsősorban a szakemberek magas szintű tudásán alapul. A módszer legfontosabb célja, hogy a konzulens megértse a gyermek és a gondozó kapcsolatát, viszonyuk jellegét, működését, megfelelően figyelembe vegye az intrapszichés és interperszonális jellegzetességeket, és ezek alapos ismeretében a lehető leghatékonyabb megoldást nyújtsa a családok számára a regulációs probléma enyhítésére, megszüntetésére (Hédervári-Heller, 2020b).

A különböző szakterületeken dolgozó konzulensek mindennapi munkájának szemléletét határozza meg a továbbképzés keretében elsajátított speciális tudás. Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (röviden: ISZCSK) elérhető bölcsődékben, kisgyermeknevelők által biztosítva, a pedagógiai szakszolgálatok intézményeiben gyógypedagógusok, pszichológusok, konduktorok által közvetítve, a védőnői és gyermekorvosi praxis keretében, és megjelenik több szakterületen magánellátásként, szolgáltatásként (Németh & Hédervári-Heller, 2020). Dolgozatomban a továbbiakban kizárólag a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben biztosított tevékenységgel foglalkozom; ennek kereteit, lehetőségeit tárom fel a kutatásban.

II. 4. A pedagógiai szakszolgálat feladatellátása

A pedagógiai szakszolgálat jelenlegi szervezeti struktúrája 2013-ban jött létre, a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet ebben az évben lépett hatályba, a jogszabály értelmében a teljes pedagógiai szakszolgálati feladatellátás átszervezésre került. Ezzel az átszervezéssel minden megyében és a fővárosban létrehoztak egy egyesített pedagógiai szakszolgálati intézményt, mely összesítette az addig különböző szerveződési formákban működő (tag)intézményeket, szakfeladatokat.

Az átszervezés fő irányvonala az egységes irányítás mellett működő állami szintű feladatellátás megvalósítása, egységes eljárásrendek, szakmai protokollok kialakítása és használata, valamint az integrált nyomon követő rendszer digitális informatikai adatbázisként történő alkalmazása volt. *„A 2021. októberi statisztikai adatközlés előzetes adatai szerint a megyei pedagógiai szakszolgálati intézmények látják el a szakszolgálati ellátást igénylő gyermekek, tanulók 92%-át, a fennmaradó 8% ellátása 18, nem tankerületi központi fenntartású intézmény által történik.”* (Mile & Kiss, 2022. p. 40).

A szakszolgálati tevékenység a rendelet megalkotóinak elképzelései szerint az ellátást igénylők célzott megsegítésére irányul a kora gyermekkortól akár a fiatal felnőttkorig; a különböző szakszolgálati feladatellátásban való részvétel ingyenes és a legtöbb esetben önkéntes, az újjászervezéssel megvalósult a kliensek számára az egyenlő területi hozzáférés.

Az országos átalakítással a szakszolgálati feladatellátás formájában és tartalmában egyaránt jelentős változáson ment keresztül. A szervezeti felépítés alapja a megyénként működő intézményhálózat, a székhelyintézmények a megyeszékhelyeken, illetve a fővárosban működnek, a megyei koordináció és szakmai irányítás a székhelyintézményekben zajlik. Magyarország húsz megyei (és a fővárosi) szakszolgálatának több mint háromszáz feladatellátási helyén zajlik a szakszolgálati munka – ebbe beletartoznak a székhelyintézmények, tagintézmények és telephelyeik (Mile & Kiss, 2022).

II. 5. Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció a pedagógiai szakszolgálatnál

„A terápia során éppen ezért a legfontosabb dolgok gyakran akkor történnek, vagy akkor jutnak kifejezésre, ha a munka és a szavak a küszöbön maradnak. Azoknak a terapeutáknak van igazuk, akik azt mondják, hogy ez semmi máshoz nem hasonlítható foglalkozás, nem tanulhatod meg: valakitől meg kell kapnod, valakinek át kell adnia neked. Ez egyaránt tudományos művészet és az, ahogyan a világban létezünk.” (Schützenberger, 2016, p. 22).

A jelenlegi törvényi szabályozás lehetőséget ad arra, hogy az országos lefedettséget jelentő pedagógiai szakszolgálati munka keretei között megvalósítható legyen az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció. Két feladatellátás során is beilleszthető a szakszolgálati munkába a konzulensi tevékenység: a *gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás*, valamint a *nevelési tanácsadás* feladatellátáson belül. A korai fejlesztés során a kliensek életkoruknál fogva rendszeres látogatói az intézménynek – egyre többen veszik igénybe a szolgáltatást önkéntesen, leggyakoribban azonban védőnői vagy orvosi javaslat alapján jelentkeznek. A nevelési tanácsadás feladatellátása során szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációra elsősorban védőnői, orvosi vagy bölcsődei/óvodai javaslat alapján jelentkeznek a kliensek; vagy önként jelzik a szülők problémájukat, mert hallottak a konzultáció lehetőségéről. A konzultációk célcsoportja nemcsak a megkésett vagy atipikus fejlődésű gyerekek, hanem minden korai pszichoszociális nehézségekkel küzdő 0–3/5 éves kisgyermek és családjuk. *„A nevelési tanácsadás országos hálózatára ráépülő pedagógiai szakszolgálati rendszer mind a primer prevenció, mind az intervenció szintjén a korai lelki egészség támogatásának lehetséges színtere lehet.” (Németh et al., 2016, p. 94).*

III. Kutatás

III. 1. A kutatás bemutatása

III. 1. 1. A kutatás célja

A kutatás a családtámogató szemlélet szakszolgálati rendszerben tapasztalható jelenlétére, a konzulensi tevékenység pedagógiai szakszolgálati keretek között történő megvalósulásának jellemzőire, valamint a tevékenység alapvető gyakorlati kérdéseire fókuszál.

Célja annak felmérése, hogy *milyen módon van jelen* a pedagógiai szakszolgálat országos rendszerében a családtámogató, kora gyermekkori mentálhigiénével foglalkozó ellátásként definiált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység.

További cél a magyarországi régiók tekintetében annak meghatározása, hogy hazánkban *mely területeken, hogyan* érhető el a konzulensi tevékenység térítésmentesen; valamint annak feltérképezése, hogy a konzulensek *milyen mértékben használják* képzettségüket, illetve mely problémásnak ítélt helyzetek megoldása érdekében alkalmazzák speciális szaktudásukat.

A dolgozat a kutatási eredmények feldolgozásával és elemzésével az ország különböző pontjaira jellemző sajátosságokra szeretné felhívni a figyelmet, annak a szemléletnek a hangsúlyozása mellett, mely megerősíti: a pedagógiai szakszolgálatok feladatellátása között megvalósítható szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs tevékenység a kliensek által egyre fokozottabban igényelt *családtámogató szolgáltatás*, amire nem csupán a szakmának, hanem a szakmapolitikának is érdemes odafigyelnie.

III. 1. 2. Kutatási kérdések

A kutatás során a következő kérdésekre kerestem válaszokat:

1. Elérhető-e a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység a tagintézményekben? Mely régiókban érhető el? Mely régiókban nincs konzultációra lehetőség?
2. Mi a feltételezett oka, ha nem biztosítható a konzultáció?
3. Melyek a leggyakoribb problémák, amivel a családok segítségért fordulnak a konzulenshez?
4. Hogyan változik az igény a családok részéről a konzultáció által történő támogatásra?

5. Milyen a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs tevékenység szakmai elismerése, vezetők általi támogatottsága?

III. 1. 3. Etikai vonatkozások

Kutatásomra szakmai-etikai engedélyt adott az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) 2022. 10. 24-én, ügyiratszám: BMEÜ/2879-1 /2022/EKU. A kutatást beavatkozásmentesen, az érintettek teljeskörű tájékoztatásával, hozzájárulásuk rögzítésével, az anonimitás garantálása mellett végeztem.

III. 2. 1. Módszer

III. 2. 1. 1. Minta és adatfelvétel

Három kérdőív készült és került kiküldésre a következő sorrendben:

Study 1 – Kérdőíves kutatás a megyei főigazgatók megkérdezésével

Elsőként a megyei pedagógiai szakszolgálatokat koordináló *főigazgatókat* kértem a kérdőív kitöltésére. Magyarországon 19 megyében a megyeszékhelyeken és Budapesten találhatóak a székhelyintézmények, ahol a megyei működést koordináló főigazgatók dolgoznak; összesen 20 állami fenntartásban működő megyei pedagógiai szakszolgálat főigazgatóját kerestem fel.

A kérdőíveket elektronikusan juttattam el a főigazgatókhoz, és felkérő levélben tájékoztattam a kollégákat a kutatás céljáról és a lebonyolítás módjáról. Továbbá kértem a főigazgatókat, hogy amennyiben tudomásuk van konzulensként dolgozó szakemberekről megyéjük területén, a kutatás második részére irányuló konzulensi kérdőívet (Study 2) küldjék tovább számukra. A kitöltés 2022. 11. 07. és 11. 24. között zajlott, a valid kitöltők száma 20/15 fő volt, így *az alapsokaság 75%-a választ adott a kérdőívre.*

Ezen kívül nem állami fenntartású (egyházi és alapítványi) pedagógiai szakszolgálat főigazgatói is kaptak felkérést a kérdőív kitöltésére. A kérdőív elemzése során a fenntartóra vonatkozó kérdésre (n=15), az érvényes válaszokat kizárólag állami fenntartású pedagógiai szakszolgálati intézmény főigazgatói adták; 100%-ban állami fenntartásúak a válaszoló intézmények. Ehhez a kérdéshez csatlakozott az utolsó kérdés, amennyiben nem állami

fenntartású az intézmény, a fenntartó megjelölését kértem. Valid válasz nem érkezett a kérdésre (n=0).

Study 2 – Kérdőíves kutatás a végzett szülő-csecsemő konzulensek részvételével

A második szakaszban azokat a *konzulenseket* kértem a kérdőív kitöltésére, akik dolgoztak, vagy jelenleg dolgoznak pedagógiai szakszolgálatnál. A kérdőíveket a szakemberek elektronikusan kapták meg a főigazgatóktól, illetve az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek szakmai csoportjában (www.iszcsk.com) lehetett jelentkezni a kitöltésre, valamint elérhetővé tettem a kérdőívet a Hámori és munkatársai által vezetett Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció szakirányú továbbképzés végzett hallgatói számára.

A Study 2. mintavételének legmegbízhatóbb kiindulópontja az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek hazai szakmai csoportja volt. A továbbképzés keretében szakképzettséget szerzett szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek száma Magyarországon jelenleg 166 fő, ketten sajnos elhunytak. A szakmai honlapon 105 fő elérhetősége található, 59 fő tevékenységéről, szakmai életéről nincs információ. A szakmai csoport levelezőlistáján közzétett felhívásra *30 fő töltötte ki* az online kérdőívet 2022. 11. 07. és 11. 24. között, ebből 29 érvényes, felhasználható válasz érkezett, az alapsokaság körülbelül *40-45 főre* tehető – nincs információ arról, hogy mennyi konzulens dolgozhat a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben; sokan más szolgáltatóknál és magánellátásban végzik a konzulensi tevékenységet. A korábban a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció szakirányú továbbképzés végzettjei között is meghirdetésre került a felmérés, de mindössze egy jelentkező adott választ, így leginkább az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs továbbképzés szakembereit képviseli a minta. A konzulensek válaszai (n=29) alapján az intézmények fenntartója 89%-ban állami, a válaszadók közül hárman egyaránt 3%-ban (n=1) jelezték az alapítványi, egyházi és magánvállalkozás keretében történő fenntartást.

Study 3 – Fókuszcsoportos kutatás ISZCSK konzulensekkel

Egy harmadik, rövid kérdőív kitöltésére csak azokat a konzulenseket kértem, akik vállalták a munkájuk bemutatása céljából szervezett fókuszcsoportos interjút. Ez a kérdőív a tájékozódás célját szolgálta annak érdekében, hogy a *fókuszcsoportos interjúban részt vevő konzulensekről* minél pontosabb adatokat tudjak meg a beazonosíthatóság elkerülése és az anonimitás garantálása mellett. A toborzás a konzulensek szakmai csoportjában elektronikus levelezés,

illetve személyes megkeresés útján történt. A kérdőíveket 9 fő töltötte ki 2022. 11. 24. és 12. 02-a között, majd a Study 3 része volt a fókuszcsoporthoz tartozó interjú, melyben kizárólag olyan konzulensek vettek részt, akik be tudtak számolni a szakszolgálatnál végzett konzulensi tevékenységről.

Az interjú az online kérdőívek bekérését követően zajlott online formában, a már említett 9 fő részvételével. A fókuszcsoporthoz tartozó interjút a résztvevők beleegyezésével Microsoft Teams videofelvételen rögzítettem, melyet az eredmények feldolgozását követően megsemmisítettem.

III. 2. 2. Méréseszközök

A lebonyolításhoz a kutatás első szakaszában kvantitatív módszerként a kérdőívezés technikáját alkalmaztam. Három különböző online kérdőívet készítettem, melyek kitöltése anonim és önkéntes volt; az online írásos tájékoztatást követően a kitöltők nyilatkozatát és hozzájárulását a kitöltés előtt kértem a közölt adatok csoportos elemzéséhez. A kérdőív kérdései egyszerű, illetve többszörös választást tartalmaztak, több esetben egyéni válaszadás lehetősége is adott volt.

Study 1 - A főigazgatók számára készült kérdőív

A főigazgatói kérdőív 19 kérdést tartalmazott. A pedagógiai szakszolgálatnál elérhető családtámogatási lehetőségeket, a leggyakoribb ellátási formákat, a mentálhigiénés támogatást biztosító szakemberek végzettségét, az ellátásba kerülés előtti várakozási idő hosszát, valamint a családokkal, gyermekekkel kapcsolatos leggyakoribb problémákat tárta fel. Kérdések irányultak még a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek tevékenységének tagintézményi jelenlétére, illetve az ellátást igénybe vevők számának változására. Végül az elérhető családtámogatási formák minősítését és a fenntartó megjelölését kértem a főigazgatóktól (az 1. sz. kérdőív a dolgozat 1. sz. mellékleteként elérhető).

Study 2 – A szülő-csecsemő konzulensek számára készült kérdőív

A konzulensi kérdőív 20 kérdést tartalmazott, melyek a pedagógiai szakszolgálatnál végzett konzulensi tevékenység jellemzőire kérdeztek rá. A konzultáció lehetőségét, a konzulensek végzettségét, a rendelkezésre álló órakeretet, a feladatellátási besorolást térképezte fel, illetve a bekerülés körülményeit, a leggyakrabban előforduló gyermekekkel kapcsolatos

problémákat azonosította. Kitért a tevékenységet akadályozó tényezőkre, az ellátásba nem kerülés lehetséges okaira, valamint a konzulensi tevékenység hatékonyságának értékelésére, kollégák általi szakmai elismertségére (a 2. sz. kérdőív a dolgozat 2. sz. mellékleteként elérhető).

Study 3 – A fókuszcsoportos interjúhoz kapcsolt tájékozódó kérdőív és a strukturált interjú

A fókuszcsoportos interjúban résztvevő kollégák számára készült egy 11 kérdésből álló tájékozódó kérdőív. A kérdőív a munkahelyi régióra, a pályán eltöltött szakmai gyakorlati időre, az alapvégzettségre, a kiegészítő szakképesítés megszerzésének idejére és a képzőintézményre, valamint a konzultációs tevékenység megvalósításának kereteire (óraszám, alkalomszám) vonatkozott (a 3. sz. kérdőív a dolgozat 3. sz. mellékleteként elérhető).

A fókuszcsoportos interjú alapja a konzulensi munkára vonatkozó kérdéssor volt; a csoportos beszélgetés érintette a konzulensi tevékenység intézményes keretek közötti lehetőségét, a tevékenység megszabott kereteit (órakeret, feladatellátási ág), a munka hatékonyságának jellemzőit, a konzulenciához szükséges minimális feltételrendszert és a személyes siker kritériumait (a fókuszcsoportos interjúvázlat a dolgozat 4. sz. mellékleteként elérhető).

III. 2. 3. Az adatfeldolgozás módszerei

A főigazgatók és a konzulensek számára készített kérdőívek eredményeinek feldolgozási folyamatában leíró statisztikát használtam a kis elemszám és a kutatás feltáró jellege miatt. A kutatás célja a jelenlegi országos helyzetkép feltárása volt. Az adatok feldolgozása, elemzése során Excell-táblázatok segítségével gyakorisági eloszlásokat számoltam, hogy feltáró kérdéseimre helyzetelemzést tudjak készíteni. el.

A fókuszcsoportos interjú alapos szövegelemzése, tematikus kódolása e kutatás keretében nem történt meg, az elhangzott szövegekből emeltem ki a számszerűsített, kvantitatív adatokat alátámasztó kvalitatív módszerrel felvett interjúrészleteket, a szakemberek jelölésével, szándékosan pontosabb beazonosítás nélkül (sz1, sz2, sz3...).

A mintám a Study 1, Study 2, Study 3-ban egyaránt alacsony létszámú ugyan, a feldolgozás során azonban a frekvenciát (n) és a százalékos arányt is közlöm.

III. 3. Eredmények

III. 3. 1. Study 1 – A főigazgatók számára készített kérdőív elemzése

A regionális elhelyezkedést vizsgálata során 14 valid válasz érkezett 6 régióból. A legtöbb kitöltés az Észak-Magyarországi régióból érkezett. Ettől pontosabb leírást az anonimitás miatt szándékosan nem kértem; sajnos, volt olyan régió, ahonnan nem érkezett válasz /Közép-Dunántúl/. (Melléklet 5 – 1. ábra)

A válaszok alapján a pedagógiai szakszolgálatok túlnyomó részében van lehetőség a családok mentálhigiénés támogatására: 15 érvényes válaszból 93% (n=14) esetében van lehetőség, n=1 szerint nincs erre lehetőség. A támogatás jellegének meghatározása céljából több választ is meg lehetett jelölni; az igénybe vehető támogatások közül a leggyakoribb a szülőkonzultációval egybekötött terápiás ellátás gyerekeknek (n=13), a szülőkonzultáció (n=12), a fejlődési, gyermeknevelési tanácsadás (n=11), a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (n=9), a családkonzultáció, családterápia (n=8), illetve a krízisintervenció (n=8). (Melléklet 5 – 2. ábra)

A leggyakoribb ellátási formák feltérképezése céljából többszörös választás során hármat lehetett megjelölni. Szülőkonzultációval egybekötött terápiás ellátás gyerekeknek (n=10), fejlődési/nevelési tanácsadás(n=6), szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (n=3), illetve szülőkonzultáció (n=3) szerepelt az első három helyen. (Melléklet 5 – 3. ábra)

A pszichés támogatást nyújtó szakemberek végzettsége tekintetében több választ is meg lehetett jelölni, összesen 40 válasz érkezett. Tanácsadó szakpszichológus (n=12), klinikai szakpszichológus (n=11), pszichopedagógus (n=6) fordul elő a leggyakrabban. (Melléklet 5 – 4. ábra)

A több kompetenciával rendelkező szakemberek jelenléte nem jellemző a pedagógiai szakszolgálati rendszerre a főigazgatók válaszai alapján. Kérdésre (n=14), mindössze 29%-ban érkezett megerősítő válasz (n=4), a válaszadók 71%-a negatív választ adott (n=10), vagyis több kompetenciával bíró szakember nincs az intézményben a főigazgató tudomása szerint.

A fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői közül néhányan megkísérelték ennek a kérdésnek a magyarázatát megfogalmazni (sz9): „*Akkor, amikor bejött ez a nagyon piramis-vezetés, annyira messzire voltak azok, akik igazgattak, hogy nem értették...*”

A várólista vonatkozásában megoszlanak a válaszok: a válaszadók (n=15) 47%-a válaszolt igennel (n=7), 53%-a nemmel (n=8), ami azt jelenti, hogy várólistát nem minden megyében vezetnek egységesen. A várólistához kapcsoltn a válaszadók (n=8) nagyobb, 62,5%-ban választották a hosszabb időtartamú várakozási időt, esetükben (n=5) egy hónapon belül kerül sor az ellátásra. A válaszadók kisebb része jelölte a két héten belüli ellátás lehetőségét (n=3), ez 37,5%-ot jelent. Arra a kérdésre, hogy a főigazgatók rendelkeznek-e információval arra nézve, hogy milyen problémával keresik fel a szakszolgálat szakembereit leggyakrabban a családok, a válaszadók (n=13) nagyobb része, 77%-a megerősítette, hogy van erre nézve információja (n=10), kisebb része, 23%-a (n=3) válaszolta, hogy nincs információja a problémák jellegéről. A problémák azonosítása céljából több választ is lehetett jelölni és egyéni válaszadásra is volt lehetőség. A válaszok alapján a leggyakoribbak a magatartási (n=5), nevelési problémák, (n=5), illetve a másság (n=3), fejlődési elmaradás, (n=3), traumák (n=3), beilleszkedési problémák (n=3). (Melléklet 5 – 5. ábra)

A fókuszcsoporthos interjúban a konzulensek kiemelték, hogy kifejezetten regulációs nehézséggel ritkán jelentkezik a szülők (sz6): *„Ha nem úgy jönnek be, hogy alvászproblémája van, akkor azt kell először orvosolni.”*

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció elérhetősége csak kisebb részben biztosított a tagintézményekben. A válaszadók (n=15) nagyobb része, 73%-a szerint nincs konzultációra lehetőség (n=11), kisebb része, 27%-a erősítette meg a pozitív választ. A válaszadók (n=15) 20%-a (n=3) jelezte konkrétan, hogy elérhető a megye területén a szolgáltatás. A többi válaszadó jelzése alapján nincs lehetőség a tagintézményekben a szolgáltatás igénybevételére, illetve nincs információja a főigazgatónak arról, hogy elérhető-e a konzulensek által biztosított tevékenység, és 40%-ban (n=6) nem érkezett válasz a kérdésre. A főigazgatók tapasztalatai alapján *évről évre emelkedik a csecsemő- és kisgyermekkorai időszakban (4 éves korig) mentálhigiénés támogatást igénylő családok száma* a válaszadók (n=13) jelentős része, 87%-a szerint (n=12); a fennmaradó 13%-nak (n=2) nincs információja erről.

A fókuszcsoporthos interjúban a konzulensek kiemelik, hogy a korai időszakban a *családdal* szükséges foglalkozni (sz9): *„Nekünk a család a kliens, mert család nélkül nem lehet nézni a kicsi gyereket... A mi szakmai teamünkben pontosan ezért nem gyerekpszichológus, hanem felnőtt pszichológus van...Mi arra fókuszáltunk, hogy a szülőket mindenképpen segítenünk kell.”*

Arra nézve, hogy milyen problémával keresik fel a szakembereket a családok, felmérés még nem történt eddig a pedagógiai szakszolgálatok tagintézményeiben a főigazgatók válaszai alapján; a főigazgatók (n=15) 100%-a nemmel válaszolt a felmérésre vonatkozó kérdésre.

Megerősíti ezt a fókuszcsoporthoz tartozó interjú (sz4): „Nem, az igényeket nem. Bejelentkeznek a családok és az első találkozás során kiderül...”

Mivel a sorrendben következő kérdés alapja az előző kérdés volt, a tizenötödik kérdésre (*Amennyiben igen, milyen eredményeket hozott ez a felmérés?*) nem érkezett válasz.

A válaszadók (n=14) nagyobb része szerint nincs olyan szakember a Megyei Pedagógiai Szakszolgálat területén, aki végzettséget szerzett ugyan, de pedagógiai szakszolgálati keretek között nem végez szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt (n=9), ez 63%-ot jelent, kisebb részüknek (n=5), 37%-ban nincs információja erről. A következő kérdés az előző kérdéshez kapcsolódott volt (*Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, mi az oka annak, hogy a konzulens nem végez ellátást?*), válasz nem érkezett (n=0). A pedagógiai szakszolgálat, mint intézmény által nyújtott családtámogató szolgáltatások minőségének beazonosítása céljából több kategória közül lehetett választani. Három kategóriára érkezett válasz (n=15). A válaszadók 67%-a (n=10) szerint az ellátás további fejlesztést igényel, illetve 6% (n=1) válasza alapján nem megfelelő az ellátás. 26% (n=4) véleménye alapján optimális az ellátás.

III. 3. 2. Study 2. - A konzulensek számára készített kérdőív elemzése

A konzulensek közül (n=29) 93% (n=27) válasza alapján biztosított, 7% (n=2) válasza szerint jelenleg nem biztosított a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység a szakszolgálaton belül.

A konzulensek (n=27) az ellátásra pedagógiai szakszolgálati keretek között 19%-ban (n=5) 2 éve, 22%-ban (n=6) 4 éve, 19% esetében (n=5) 5 éve, dolgoznak konzulensként, többségük szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettséggel vállalja a konzulensi tevékenységet (n=26), ez 92%-ot jelent. (Melléklet 5 – 6. ábra)

Gyermek-, és ifjúsági szakpszichológus 1 fő, tanácsadó szakpszichológus 1 fő (A valid válaszok száma 28). Az összes válasz (n=29) közül a legmagasabb az aránya azoknak a tagintézményeknek (n=18), ahol egyetlen konzulens dolgozik: 62%. Ezt követi a tagintézményenkénti 2 fő gyakorisága (n=6), 20%-os válasszal, majd azoknak a tagintézményeknek a száma, ahol egyáltalán nincs konzulens (n=3), ez a válaszadók 10%-át jelenti. A legutolsó a sorban azoknak a tagintézményeknek a száma, ahol 3 konzulens végez ellátást (n=2), ez mindössze a válaszadók 6%-át teszi ki. (Melléklet 5 – 7. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban a konzulensek megfogalmazták aggályaikat:

(sz5): „A szakmai fővonal...az nem a nevelési tanácsadás...a legeslegfontosabb mindenkinek, hogy a szakértői vizsgálatok lezajlódjanak, hogy a papírok időben kimenjenek, megfeleljünk a törvényi szabályozásoknak...Ez annyira ellene megy annak a szakmai szükségletnek, ami azt jelenti, hogy a gyerekek minél korábban kapjanak komplex ellátást...”

A válaszadók (n=29) 41%-a, 12 fő válaszolt úgy, hogy elegendő az órakeret, 59%-uk azonban (n=17) *nem tartja elegendőnek a rendelkezésre álló órakeretet.*

Ezt a fókuszcsoporthoz tartozó interjú elemzése is megerősítette (sz2): „Próbáltam csökkenteni a vizsgálati óraszámot, de ebből nem engedtek”. „Nem nagyon akartak elengedni a szakértői bizottsági munkából.” „Szerintem, ha ott maradtam volna, akkor sem sikerült volna ezt megoldani, hogy én a korai időben maradjak, vagy olyan óraszámban tudjak konzultálni, amit szerettem volna.”

Pozitív példa is van az órakeret mennyiségével kapcsolatban (sz5): „Gyakorlatilag engem így vettek fel, én csak konzultációt csinállok, nekem adják a kicsiket.”

Ahogy a bevezetőben ismertettem, a pedagógiai szakszolgálat feladatellátásán belül két tevékenységbe is beilleszthető a konzulensi munka (15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 4§, 24

§). A Study 2 hetedik kérdését annak érdekében tettem fel, hogy megtudjam, melyik feladatellátás körében gyakoribb a kisgyermekes családok támogatása. A válaszok osztályozása alapján valamivel gyakoribb a nevelési tanácsadás körében végzett konzultáció (n=16), 55%-os; a korai fejlesztés körében (n=13) pedig ez az arány 45%.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során megerősítik a konzulensek, hogy kicsit nehezebb a korai fejlesztés körébe beilleszteni a konzultációs tevékenységet; gyakoribb, hogy a korai fejlesztés mellett nevelési tanácsadás feladatellátásba kerül: (sz2) *„Nálunk is úgy volt, ahogy nálatok, hogy a korai fejlesztésben is volt egy ellátása a gyermeknek és mellette eljárt hozzám nevelési tanácsadás keretében szülő-csecsemő konzultációra, így tudtuk leadministrálni.”*

(sz5): *„A korai fejlesztés, mint tevékenység, nem ad erre módot, hogy konzultáljanak...”*

(sz6): *„A korai fejlesztés területén belül is, meg a nevtanban is van órám, kettő a koraiban, kettő a nevtanban...A nevtanban családterápiás eseteket szoktam kapni.”*

Van olyan konzulens, aki viszont arról számolt be, hogy kapott lehetőséget a korai fejlesztés feladatellátása során a konzultációs tevékenység megvalósítására (sz9): *„Én azt láttam és azt tapasztaltam, hogy van, és lehetséges azonnal helyet találni a korai fejlesztésben a szülő-csecsemő konzultációnak.”*

(sz9): *„Mindkettőre van lehetőség.”*

A válaszadók jelentős része szerint (n=10), ami 34%-ot jelent, van a tagintézményben képzett szakember, de nem folytat konzultációs tevékenységet. Az összes válaszadó (n=29) közül 65% véleménye szerint nincs ilyen szakember (n=19).

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú alapján azt gondolják a konzulensek, hogy (sz7): *„Öröletesen itt van a helye a szakszolgálatban a szülő-csecsemő konzultációnak, mert hogy itt tud a legjobban összekapcsolódni más dolgokkal, más szakterületekkel...nagyon jó lenne, ha lenne külön ilyen, vagy lenne ilyen státusz.”*

Az előző kérdés tematikájához kapcsolva az okokat próbáltam meg feltérképezni; válaszadók közül (n=10) a legtöbben azt választották a lehetséges válaszok közül, hogy *nincs elegendő órakeret a konzultációra* (n=4), 40%-uk véleményét tükrözik az adatok.

A fennmaradó válaszok megoszlának: egyaránt 20%, (n=2) a következő három okot sorolja akadályként: kisgyermekét gondozza a szakember, szakmafilozófiai, vezetői ok miatt, illetve hiányzik a szakértelem, nincs elegendő szakember, emiatt nincs lehetőség a konzultációra.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú megerősíti az órakeret problémáját: az egyik konzulens elmondása alapján elméletben és támogatottságban megfelelő lenne a tevékenység, de más a feladatellátási prioritás, az állapotfelmérések előnyt élveznek, főleg a vizsgálatok kerülnek előtérbe. (sz2): „Nem nagyon akartak elengedni a szakértői bizottsági munkából.” ... „Értelemszerűen nagyon kevés óráim maradt a kicsikre”. „Pedig mondtam folyamatosan a vezetőségnek, hogy a korais vizsgálatok alkalmával nagyon sok gyereket szűrök ki, családot, anya-gyermek párost, akiknek szükségük lenne ezekre a konzultációkra. Akkor egy ideig, körülbelül fél évig sikerült az órát úgy szervezni, hogy heti 4 órában tudtam konzultációkat vinni, az azt jelenti, hogy két családot tudtam fogadni hetente.” „Ennek nem annyira örültek...”

(sz6): „Nálunk ez úgy van, hogy hagyják...ez egyfajta támogatás ebben a rendszerben.”

A konzulensek közül olyan is volt, aki elégedettségét fogalmazta meg (sz7): „Azt érzem, hogy vidéken mi sokkal jobban tudjuk tartani a terápia elsődlegességét...Személyben is az van, hogy adjuk kézről kézbe...Azt gondolom, hogy nekünk elég jó a helyzetünk, és a főigazgató is egyre jobban érti, hogy miért ez a fontos...Nálunk van egy jó rendszer, amivel én elégedett vagyok.”

(sz8): „Én bármennyit vállalhatok...én azt gondolom, hogy én ezt tudom szabadon csinálni...és a kollégáimat is...akinek van rá lehetősége, erre bátorítom, hogy ezt csinálják, mert hogy azt gondolom, hogy nagyon fontos, hogy szemléletében megjelenjen.”

Leggyakrabban önként jelentkeznek a szülők, (n=13), 44%-os gyakorisággal ez fordul elő. A következő leggyakoribb bekerülési forma, amikor szakszolgálati szakember, kolléga javasolja a szülőknek a konzultáció lehetőségét (n=7), ez 24%-ban jellemző. Előfordul, hogy a gyermekorvos (n=3), vagy a védőnő (n=3) tesz javaslatot a konzultációra, 10-10%-ot jelent a válaszok között, illetve az is jellemző, hogy többen is javasolják a konzultációs folyamatban való részvételt a szülőknek, de ez elenyésző (n=2), mindössze 6%-os a válaszok alapján (Melléklet 5 – 8. ábra).

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban a kollégák kiemelték a szakmai együttműködés jelentőségét (sz6):

„Van egy nagyon fontos edukatív feladatok: hogy a védőnőket, bölcsődei dolgozókat tájékoztassuk, hogy ez egy olyan probléma, amivel lehet és kell is foglalkozni.”

(sz9): „Egyre többen jönnek, mert a v-i védőnőkkel és a környéki nagyon jó a kapcsolat...van, hogy ők így küldik a gyereket, hogy konzulenshez szeretnék küldeni, mert evésprobléma van, vagy mert alvásprobléma van...”

A leggyakoribb panaszok, amelyek estében a konzulensek segítségét kérik a szülők, a következők: alvással kapcsolatos nehézségek (n=21) 41%-ban kerülnek megemlítésre a válaszadók által. Táplálkozási nehézségek (n=20), ez 39%-os előfordulási gyakoriságot jelent. Ezt követik a viselkedési problémák (n=6), 11%-át teszik ki a válaszoknak, majd szülői

kompetencia, elfogadási probléma, krónikus nyugtalanság, és kapcsolódási nehezítettség érzése a szülőben egyaránt megjelenik azonos arányban, panaszként (n=1), 1%-os válaszadási aránnyal. (Melléklet 5 – 9. ábra) A válaszadó konzulensek leggyakrabban 12-24 hónapos gyermekekkel foglalkoznak (n=19), 65%-os a válaszadás gyakorisága. Gyakran foglalkoznak 6-12 hónapos korú gyermekekkel és családjaikkal (n=6), ez 20%-ot jelent a válaszok között. A konzultációk számára vonatkozó kérdésre 2-től 15-ig vegyesen fordultak elő (n=27) a válaszok, ezért átlagot számoltam: 7,0 (szórás érték=2,6) alkalommal foglalkoznak átlagosan a válaszadók a támogatásért jelentkező családokkal. (Melléklet 5 – 10. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú alapján abban az esetben, ha hetente járnak a családok rendszeresen, az óraszámokkal jól lehet tervezni (sz6): *„Azoknak, általában, akik járnak heti váltásban, elég az óraszám.”*

Az ellátást a konzulensek válaszai (n=25) alapján, 44%-os többségben leginkább az akadályozza, hogy *nem tudnak a kliensek a szolgáltatás elérhetőségéről* (n=11). Gondot okoz a válaszadók 32%-nak, hogy *nincs elegendő órakeret a feladatvégzésre* (n=8), vagy a fenntartó nem engedélyezi a konzultációt (n=3), ez 12%-ot jelent a válaszok között. Megemlítésre kerül még a vezetőség, mint akadály, a több hónapos várólista, ahol a szakértői feladatok elsőbbséget élveznek, illetve a szakértelem hiánya (n=1), mindhárom 4%-os arányban fordul elő. (Melléklet 5 – 11. ábra)

Megerősíti ezt a fókuszcsoporthoz tartozó interjú eredménye, több konzulens is beszámol arról, hogy prioritást élvez az állapotfelmérés (sz3): *„Azt látom, hogy nincsen értelme azoknak, amiket kérnek. Azoknak meg, aminek meg lenne értelme, mondjuk egy szülő-csecsemő konzultációnak, vagy legalább egy beszélgetésnek, azt nem engedik. ... olyan határidőket jelölnek ki és olyan teljesíthetetlen teszteket és teljesíthetetlen helyzeteket adnak, hogy gyakorlatilag eleve azt garantálják, hogy nem tudod megcsinálni.”*

(sz6): *„Először azt kellett bevezetni a nevtanba, hogy van létjogosultság családokkal foglalkozni, felnőttel, szülőkkel foglalkozni.”*

A konzulensek válaszai alapján (n=27) vannak olyan családok, akik nem kerültek be az ellátásba (n=13), 48%-ban. 10 főnek nincs információja erről (37%), a válaszadók 14%-a szerint (n=4) nincsenek ilyen családok.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során megerősítik a konzulensek, hogy az egyéni fejlesztési tervbe beleírják (sz3): *... „szükség esetén szülő-csecsemő konzultáció...”* ... *„én bele szoktam írni a fejlesztési tervbe...”* (sz4): *... „én mindig beleírom, hogy szükség esetén szülő-csecsemő konzultáció...”*

Az ellátásba nem kerülés okai kapcsán a konzulensek legnagyobb, 69%-ban (n=9), a szűkös órakeretet említették. Előfordult 15%-ban, hogy a segítséget kérő család nem a járás területén él (n=2), illetve két esetben (n=1), 7,5%-ban említettek még az ellátási rendszeren kívülálló okokat: az időpont nem megfelelő, nem tudják pontosan, hogyan segít a konzultáció a problémájuk megoldásában. (Melléklet 5 – 12. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban a konzulensek ugyancsak az órakeret szűkességéről tesznek említést: (sz6): *„Mivel ez nem élvezett egy központi döntést az én munkahelyem részéről, ezért nem is az volt az út, hogy én kapok órát.”*

A konzulensi tapasztalatok alapján a segítséget kérő családok száma az utóbbi években nőtt, a válaszadók 75%-ának véleménye szerint (n=21). Nincs információja 14%-nak (n=4), és nem változott 11%-uk válasza szerint (n=3).

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban említést tesznek a szakemberek az igényekről (sz6): *„Most már ez kialakult, hogy célzottan is adnak nekem eseteket, ha a regulációs zavar a vezető tünet.”*

A válaszadó konzulensek 60%-a munkáját hatékonynak ítéli, (n=17), 25%-a rendkívül hatékonynak (n=7) – ez összesen 85% – 14%-a hatékonynak (n=4).

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú résztvevői megerősítik a kérdőív adatait: (sz5): *„Nagyon jó benne az, azt hiszem, hogy én nagyon hatékonynak érzem, ... hogy nagyon sok a sikerélmény, nyilván nem mindig, de mégis sokszor lehet megélni azt, hogy dolgok változnak sok a jó érzésem, hogy emiatt azt gondolom, hogy sikerült mellé állni...hogy jobb lesz, hogy kompetensebb lesz (a szülő).”* (sz6): *„A konzultáció ebből a szempontból sokkal jobb, mert ad egy módszertani eszköztárat a kezünkbe és nem hagy egyedül...én ezt érzem, hogy nem vagyok egyedül.”*

A konzulensek véleménye szerint a kollégák 60%-a ugyanúgy kezeli a konzulensi tevékenységet, mint a többi feladatellátást (n=17), 28%-uk véleménye alapján kiemelten értékeli (n=8), 7% szerint elutasítják a konzultációt a kollégák (n=2), és a válaszadóknak 3%-nak nincs információja erről (n=1). (Melléklet 5 – 13. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú megerősíti a kérdőíves felmérés eredményét (sz3): *„Akkora nagy érdeklődés nem volt, hogy mégis hogy alakul, mihez értek pontosan...”* (sz1): *„Igazából támogatták is képzésemet, ennek ellenére nem lett belőle semmi...Nagy dobra nem verték, hogy én elvégeztem ezt a képzést, aki tudta, gratulált...nem volt ennek nagy visszhangja.”*

Sok minden múlik a vezető hozzáállásán (sz3): *„Nagyon sok minden attól függ, hogy milyen a vezető a szakszolgálatban.”* *„Amikor kaptam egy pszichológust vezetőnek, akkor ő pontosan tudta, hogy miről van szó.”* *„De ő sem tud hadakozni a vezetőséggel, a főigazgatósággal.”* *„A kollégáim úgy vannak vele, hogy én szülő-csecsemő konzulens is vagyok, hogy jaj, de jó, akkor*

úgy is én fogom kapni a három év alatti gyermeket.” „Olyan szinten távol tartják magukat ettől, hogy hihetetlen és számomra érthetetlen is.”

Az érdektelenséget is megemlítették a konzulensek a csoportos interjú során (sz4): *„Hogy én mit csinálok korai fejlesztés címén, az egyelőre nem érdekelt senkit...”*

Szóba került a szakmai féltékenység is (sz8): *„Nálunk a pszichológusok félve tekintettek kezdetben a konzulensekre, mert hogy attól féltek, hogy átvesszük a munkájuknak egy részét...lehet, hogy azért, mert nem voltak elég tájékozottak benne...kezdetben volt egy félelem...a pszichológusok részéről az kifejezetten érződött, hogy van egy féltés, hogy nehogy véletlenül az ő kompetenciahatárukat súroló területeket vigyünk. De ez nagyon szépen egy idő után... ahogy egyre többen lettünk, most már jönnek és ők mondják, hogy szükségük van, hogy lépünk be egy -egy helyzetbe.”*

Erről számol be más is (sz9): *„A pszichológusok valóban egy kis távolságtartással kezelték...de nem voltak konfliktusok és súrlódások, utána pedig volt egy kis érdeklődés...”*

Ellenpéldát is említett egy kolléga (sz5): *„Nagyon nyitottak voltak, volt, aki utána olvasott... nagyon jól fogadták, ... tetszett nekik és azt mondták, hogy kell... A pszichológus kollégák visszajelzésén múlt. Igazából mindenki mellém állt, azzal együtt, hogy a főnökség nem tudja szerintem, hogy pontosan mit csinálok. De ezzel együtt azt látom, hogy elismerik.”*

(sz6): *„Az évek során hagyták, hogy csináljam, és most már úgy veszem észre, hogy el is ismerik...Az én kollégáim, a koraisok, nagyon szívesen vették, hogy akkor ez most már nem rájuk fog hárulni, hanem akkor majd én ebben segítek.”*

Amennyiben részletes tájékoztatást kaptak az érintett kollégák, kifejezett érdeklődéssel fogadták a konzulensi munkát (sz9): *„Voltak belső képzések, ahol mi elmondtuk...a korais kollégák között teljes nyitottság van.”*

III. 3. 3. Study 3 - A fókuszcsoportos interjú és a tájékozódó kérdőív elemzése

A fókuszcsoportos interjúban résztvevő konzulensek (n=9) 44%-a (n=4) Közép-Magyarországon dolgozik, 22%-uk (n=2) Közép-, és Nyugat-Dunántúlon, 11% (n=1) Észak-Magyarországon. Húsz évnél több a munkaviszonya a pedagóguspályán (n=6) 66%-nak, 15-20 éve dolgozik (n=1) 11%, 10-15 éve van a pályán (n=1) 11%, és 5-10 éve dolgozik szintén 11% (n=1). (Melléklet 5 – 14. ábra)

Szakszolgálati munkatársként 2-5 éve 44% dolgozik (n=4), 5-10 éve 55%, (n=5). Alapvégezetségük (n=7) gyógypedagógus 77%-ban, pszichológus (n=1) és konduktor (n=1), 11-11%-ban. Szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettségüket 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020-ban (n=1) és 2021-ben szerezték (n=2), valamint 2022-ben (n=1) is volt konzulens, aki szakképzettséget szerzett. Végzettségüket az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán (n=4), valamint a Semmelweis Egyetemen (n=4), /44,5%-44,5%-ban/ és a Pázmány Péter Római Katolikus Egyetemen (n=1) szerezték /11%/. 89%-uk már a pedagógiai szakszolgálatnál dolgozott, amikor elvégezte a képzést (n=8), 11%-uk (n=1) máshol tevékenykedett a képzés ideje alatt.

A heti órakeret tekintetében megállapítható, hogy 45% (n=4) számára maximum 2 óra áll rendelkezésre a konzultációk számára (ez egy alkalmat jelent hetente), ugyanennyi azok száma (n=4), akik 2-4 órát tudnak biztosítani a családok számára; ekkor egy-két családot tudnak fogadni. Mindössze egy konzulens (n=1) számolt be arról, hogy tíz óránál is több alkalom áll rendelkezésére a konzultációk számára, így legalább öt családot tud fogadni. (Melléklet 5 – 15. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozó konzulens, aki beszámolt arról, hogy az előzetes tervezésnél heti 2 órát (2-szer 45 percet) terveztek erre a feladatra (sz8): *„Nálunk ez abból adódóan, hogy nem tudtuk kezdetben, hogy milyen igény lesz rá, és hogyan fog ez működni, mi úgy egyeztünk meg, hogy azok a kollégák, akik bekapcsolódnak a konzultációs munkába a saját órakeretükön belül heti 2 órát tartanak meg erre.”*

Jó gyakorlatról is említést tettek, melyt a fenntartó is támogat (sz8): *„Novemberre nagyon föltéltődnek a kollégák, és ott abban az időszakban már nem szoktuk a konzultációs órákat megtartani, hanem túlóra jellegűvé válik...a konzulensi órák akár még meg is tudnak emelkedni számban, ha van rá igény az adott kapacitás függvényében.”* (sz9): *„Én két órát a tanácsadásban mindig fenntartok annak, hogy szülő-csecsemő konzultáció legyen.”*

A konzultációs alkalmakon a konzulensek 75%-a hetente tudja fogadni a családokat (n=6), 12,5%-uk változóan (n=1), az igényekhez igazodóan, illetve 12,5%-uk kéthavonta (n=1). Egy családra általában egy alkalommal 1-2 órát tudnak szánni 78%-os a válaszadás (n=7), ritkábban, 22%-os előfordulási gyakorisággal csak egy órát (n=2).

Egy családra összességében négy alkalmat tudnak szánni a konzulensek (n=4), ez a válaszok 44%-a. Maximum 8 alkalmat tud biztosítani 22%-uk (n=2), maximum 4 alkalmat 11% (n=1), és az eset megítélésétől függ az alkalomszám 11%-nál (n=1). (Melléklet 5 – 16. ábra)

A fókuszcsoporthoz tartozók beszélgetésben (sz3, sz4) a konzulensek beszámoltak a személyi és tárgyi feltételek elégtelenségéről, valamint a szupervízió hiányáról (sz4): „*A jobb ellátáshoz a szupervízió biztosítása nagyon fontos lenne.*” Ugyanakkor hangsúlyozták, hogy ez nem lehet a tevékenység akadálya (sz4): „*Arra nagyon törekszem, hogy a családok a rajtunk lévő nyomást kevésbé érezzék...*”

(sz8): „*Most kezdenek elavulttá válni a felszereléseink...de alapvetően, ami a konzulensi munkához szükséges, az adva van...Nagyon kevés az a kolléga, aki stabilan megmarad...*”

(sz9): „*A dicső múltnak a maradéka a személyi feltétel, a tárgyi feltétel pedig folyamatosan exponenciálisan lefelé csúszik a vállalhatatlanba.*”

Többen megfogalmazták a munkakörülmények nem megfelelő voltát (sz3): „*Így elég nehéz mosolyogva dolgozni.*”, az állapotfelmérés, a diagnosztika sürgető kényszerét, a családokra fordítható idő csökkentését, az adminisztrációs terhek folyamatos növekedését (sz3): „*Ezt így sokáig nem lehet csinálni szerintem...én is azon agyalok, hogy hogy lehet félállásba menni minimum, vagy elmenni, mert ez nonszensz...*”

A hatékonyság kérdéseit körbejárva arról számoltak be, hogy több összetevő határozza meg (sz9): „*A hatékonyság hullámzó, és mindig függ attól, hogy milyen állapotban van a család...létezik, hogy kémiailag egyszerűen nem jönnek össze... (a család és a konzulens), és olyankor tudunk váltani, meg cserélni...ez is a hatékonyság miatt van...Azt gondolom, hogy minden családnál más és más, még akkor is, ha a feltételeket mi a mi oldalunkról mindig biztosan fenntartjuk.*”

(sz8): „*Nagyon pici és apró célokban tűzzük ki a hatékonyságunkat. Ez egy visszajelzés a szülők és magunk számára is, hogy honnan hova jutunk, vagy mire szerződünk.*”

A hatékonyság növelése érdekében történik (sz8): „*Hogy teamben dolgozunk és hogy van lehetőségünk arra, hogy újra tervezzük...vagy egy másik kollégát becsúszathassunk egy-egy helyzetbe, ez is a hatékonyságot növelése érdekében történik.* A kolléga beszámolt arról, hogy szülői kérdőív segítségével a bejelentéskor és elmenetelkor méri a szülők életminőségének javulását.

Örömet, sikert a munkában a kis eredmények jelentik (sz1): „*Meglátni a minimális változást a gyerekekben, annak nagyon tudok örülni.*” (sz4): „*Ahogy a szülők elkezdenek másképp működni a gyerekeikkel...azért ez nagy öröm.*” (sz3): „*Én azt szeretem nagyon, amikor látok egy vibráló, ideges mérges szülőt egy hangos, izgatott, ideges babával, vagy kicsivel, és akkor látom, hogy megnyugszik...mert adok neki időt és teret és adom a személyiségem is hozzá, és ez egy annyira nagyon jó érzés, és annyira visszatölt.*” ... „*Az a bizalom, ami megszületik, az nagyon szép tud lenni szerintem és az nekem nagyon fontos.*” (sz5): „*Nagyon jó benne az, azt hiszem, hogy én nagyon hatékonynak érzem, ... hogy nagyon sok a sikerélmény, nyilván nem mindig, de mégis sokszor lehet megélni azt, hogy dolgok változnak sok a jó érzésem, hogy emiatt azt gondolom,*

hogyan sikerült mellé állni...hogyan jobb lesz, hogyan kompetensebb lesz (a szülő)."

(sz7): *„Nekem már az nagyon jó, ha megnyílik a szülő.”*

(sz6): *„Ha megoldódik a probléma, ... többnyire meg szokott... abban az életszakaszban, amelyikben ő van, abban tudunk segíteni...egy felnővekvő életben próbálunk meg úgy segíteni, hogy a lehető legkevesebb problémája legyen a következő életszakaszában, és ilyen szempontból szerintem ez nagyon nagy siker. Elindítunk a szülőben folyamatokat, ami erőssé teszi őt és képessé arra, hogy aztán megküzdjön mással is. Nem akarom túldimenzionálni azt, amit csinálunk, de valójában az, hogy jelenre rákapcsoljuk a szülőt, hogy jelenben lássa a gyereket, azzal ő is olyasmiről tanul meg, amit tud hasznosítani óvodás korában, iskoláskorában is...ez a siker. Nekem az is siker, hogy ezt a módszert be tudom építeni a tevékenységembe.”*

(sz7): *„Nekem már az sikerélmény, hogy meg tud nyílni, hogy kezd letenni...hogyan van egy hely, ahová leteheti az ő érzéseit és azt érzi, hogy akkor most engem tényleg érdekel, és oda tudok hozzá csatlakozni.’...Ha érzem ezt az összekapcsolódást, nekem az már sikerélmény... És akkor, hogy ha visszajön... és mondja, hogy akkor dolgozzunk rajta...Az is siker nekem, hogy a kollégáknak a szemléletformálása...finomodott, hogy oda kell figyelni a család érzéseire, a családban zajló folyamatokra.”*

(sz9): *„Maga a munka...Én addig fogom ezt csinálni, amíg izgatott leszek attól, hogy itt van egy új eset... minden örömet tud jelenteni szerintem, nem csak akkor, amikor valami pozitív...Nekem a hatékonyság az a személyre szabás...ha tudok segíteni, ha tudunk egy kicsit előrébb lépni, ha tudom őket tartani akkor, amikor nehéz helyzetben vannak, ha tudok utat mutatni, vagy alternatívákat, vagy lehetőségeket...Számomra siker és öröm, ha eljutunk oda, hogy egy anyuka tudja látni a saját gyereket, a saját férjét, vagy önmagát minden kritikától vagy elvárástól mentesen.”*

(sz8): *„Számomra, ami siker a munkában és öröm, az az, hogy tudok gyerekekkel foglalkozni, hogy részese tudok lenni a család működésének...Alig várom azt a pillanatot, amikor jönnek hozzám.”*

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú résztvevői vállalták, vagy vállalni szeretnék a magántevékenység keretében történő konzultációs ellátást, (sz1): *„Amennyiben igény mutatkozik.”*

(sz6): *„Van magántevékenység... le kell szögezniünk, hogy ez mit jelent, hogy mit jelent ez a szülő-csecsemő konzultáció, hogy itt nem tanácsokat fogok neki adni.”*

(sz7): *„Elvileg elérhető, nyitott vagyok rá, ha jön valaki.”*

Vannak konzulensek, akik elfogadják a más konzulensek által történő magánellátás lehetőségét, de jelenleg nem folytatnak magántevékenység keretében magánellátást (sz8): *„Kapacitásba nem fér bele...de nyilván van helye.”* (sz9): *„Magánban nem.”*

Javaslatokat is megfogalmaztak a konzulensek az interjú során (sz7): „Ha esetleg szakszolgálati feladatként lehetne létesíteni ilyet, hogy szülő-csecsemő konzultáció, tehát a tizedik szakszolgálati feladatként...

...olyan jó lenne, ha megjelenne a szakszolgálati feladatellátásban a szülő-csecsemő konzultáció...akár csak ha a 15/2013-as rendeletben megjelenne a korai fejlesztés feladatai között, hogy ez is feladat...akkor lehetne rá elkülöníteni óraszámot, megbízással lehetne fölvenni rá szakembert...”

IV. Összegzés

IV. 1. Kutatási eredmények összefoglalása

A családok élete során a kora gyermekkor időszakát megnehezíti a regulációs zavarok fellépése, és hatékony közbeavatkozás nélkül a családi működésben súlyosabb nehézségek jelentkezhetnek. A célzott intervenció és prevenció érdekében nem csupán képzett szakemberekre, hanem *probléma-orientáltan működő ellátási hálózatra is szükség van* (Németh & Hédervári-Heller, 2020). Az interdiszciplináris szakirányú továbbképzés keretében elsajátítható szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettséggel rendelkező gyógypedagógusok, pszichológusok, konduktorok a családok által elsősorban a pedagógiai szakszolgálati intézményekben érhetőek el térítésmentesen. Kutatásom ezért a pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység megvalósíthatóságának kérdéseit járta körül.

A tájékozódás több szinten valósult meg, adatokat kértem a megyéket koordináló főigazgatóktól (Study 1), konzulensi munkát végző kollégáktól (Study 2), valamint azoktól a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensektől, akik kifejezetten a pedagógiai szakszolgálatnál végzik konzulensi tevékenységüket. A személyes beszélgetést vállaló kollégákkal fókuszcsoporthoz tartozó interjút készítettem (Study 3). A különböző szintű mérés alapján egyértelművé vált számomra, hogy a felhasználható konkrét adatokat elsősorban a gyakorlati terepen dolgozók szolgáltatják. Informatívak a főigazgatók által adott válaszok, ugyanakkor a kérdések nagyobb részére nem tudtak válaszolni, vagy nem volt információjuk a kutatás központi témájáról; ezt az eredményt a fókuszcsoporthoz tartozó interjú résztvevői a beszélgetés során több esetben is megerősítették. Főigazgatói-vezetői (tagintézményvezetői) szinten a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs tevékenységről, valamint annak családtámogató szerepéről nincs, vagy kevés az ismeret; amennyiben a főigazgató vagy a tagintézmény vezetője megfelelő tájékoztatást kapott, a szolgáltatás működtetése zökkenőmentesebbé vált (ld. fókuszcsoporthoz tartozó interjú idézett szövege). Tapasztalatom alapján a konzulensek a kutatómunkát örömmel fogadták, igyekeztek minél pontosabb válaszokat adni a tevékenységet illetően.

A kutatás során a kérdéseimre a következő válaszokat kaptam a Study 1, Study 2 és Study 3 elemzése alapján:

1. Elérhető-e a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység a tagintézményekben? Mely régiókban érhető el? Mely régiókban nincs konzultációra lehetőség?

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi tevékenység a tagintézményekben csak részben érhető el, megyénként főleg 1, maximum 2 tagintézményben (Study 2). A szolgáltatott főigazgatói válaszok alapján a megyék 74%-ában nincs lehetőség az ellátásra (Study 1).

A régiók vonatkozásában nem kaptam egyértelmű választ, mert amíg a fókuszcsoporthoz tartozó interjúban résztvevő, gyakorló konzulensek 44%-a Közép-Magyarországon dolgozik (Study 3), kitöltött főigazgatói kérdőív nem érkezett ebből a régióból (Study 1). A regionális adatok pontosítása érdekében szükséges lehet újabb adatbekérés.

2. Mi a feltételezett oka, ha nem biztosítható a konzultáció?

A konzultáció biztosításának feltételezett oka a konzulensek válaszai alapján az, hogy *nem tudnak a kliensek a szolgáltatás elérhetőségéről*. Gondot okoz a válaszadóknak, hogy *nincs elegendő órakeret a feladatvégzésre*, vagy a fenntartó nem engedélyezi a konzultációt (Study 2). Megemlítsre kerül még a vezetőség, mint akadály, és a több hónapos várólista, ahol a szakértői feladatok elsőbbséget élveznek (erről a fókuszcsoporthoz tartozó interjúban is beszámolnak a konzulensek) (Study 2, Study 3). A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban több konzulens is beszámolt arról, hogy az *ellátásba kerülés esetleges*; leggyakoribb az a verzió, amikor a korai fejlesztés során a gyermekkel-családdal foglalkozó szakember (általában a gyógypedagógus) javasolja más beavatkozás (szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció) szükségességét. Kifejezetten regulációs zavarok problémájával ritkán jelentkeznek a szülők. (Study 3). Ezen a téren igen fontos feladatunk a jövőben a védőnői hálózatban és a gyermekorvosi ellátásban dolgozó szakemberek informálása az ellátási lehetőségekről.

3. Melyek a leggyakoribb problémák, amivel a családok segítségért fordulnak a konzulenshez?

A leggyakoribb problémák, amivel a családok segítségért fordulnak a konzulenshez a következők: alvással kapcsolatos nehézségek 41%-ban kerülnek megemlítsre a válaszadók által, majd a táplálkozási nehézségek (39%-os előfordulási gyakoriság). Ezt követik a viselkedési problémák 11%-ban, majd szülői kompetencia, elfogadási probléma, krónikus nyugtalanság, és kapcsolódási nehezítettség érzése a szülőben egyaránt megjelenik azonos arányban, panaszként 1%-os válaszadási aránnyal (Study 2). Ezek a nehézségek súlyos pszichés megterheléssel járnak mind a gyermekek, mind a szülők számára, és tovább gyengítik a kialakult probléma miatt igen törékennyé váló szülő-gyermek kapcsolatot. Célunk a kisgyermekes családok támogatása érdekében, hogy ezekre a gyakori problémákra a megjelenést követően mielőbb célzott konzulensi ellátást tudjunk biztosítani – a későbbi komolyabb nehézségek elkerülése érdekében.

4. Hogyan változik az igény a családok részéről a konzultáció által történő támogatásra?

A családok részéről a konzultáció által történő támogatás iránti igény fokozatosan növekszik (Study 1, Study 3), az igényeket azonban nem mérik fel sem megyei, sem járási/tagintézményi szinten. A várólista kezelése országosan nem egységes: egyes megyékben vezetnek várólistát az ellátás szervezése érdekében, más megyékben a válaszok alapján nincs várólista (Study 1). Amennyiben az ellátásba kerülés nem oldható meg azonnal, körülbelül egy hónap várakozási idő telik el a szakember és a kliens (család) találkozásáig – mindez becslő adat, erre nézve pontos információval nem rendelkezem sem én, sem a felmérésben részt vett kollégák (Study 1).

5. Milyen a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs tevékenység szakmai elismerése, vezetők általi támogatottsága?

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs tevékenység szakmai elismerése, vezetők általi támogatottsága a konzulensek szerint (28%-uk véleménye alapján) kiemelten értékelt, a kollégák 60%-a ugyanúgy kezeli a konzulensi tevékenységet, mint a többi feladatellátást, 7%-a szerint elutasítják a konzultációt a kollégák (Study 2). A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során beszámoltak a konzulensek arról, hogy amennyiben a vezető és a kollégák megkapták a konzulensi tevékenységre vonatkozó szükséges információkat, elismerték és támogatták az ellátást (Study 3). Fontos megjegyezni, hogy a tevékenységet végző konzulenseknél maga a *folyamatban való elköteleződés* és a gyerekek, szülők kapcsolatának változása is ösztönzőleg hat a munka folytatására (ld. fókuszcsoporthoz tartozó interjú) még abban az esetben is, ha a rendelkezésre álló feltételek nehézségeket jelentenek számukra.

A kutatás korlátai közé tartozik, hogy igen alacsony a populáció és az elemszám, így bonyolultabb összefüggésvizsgálatokra sajnos nem ad lehetőséget. Próbáltam lefedni a lehetséges populációt, a motivációk adta szelektivitás miatt azonban mégsem kaphatunk teljesen pontos helyzetképet, ezért az eredményeket ezzel az óvatossággal kell kezelni.

A kutatás témája kifejezetten magyar specificitás, emiatt a nemzetközi szakirodalmak és elemzések kisebb súllyal kerültek a dolgozatba. *Jövőbeli tervem a hazai populáció még pontosabb felmérése és nemzetközi tapasztalatokkal való összevetése.*

IV. 2. Zárszó

Kutatásom során, melynek elsődleges célja az ellátás fejlesztése, hatékonyságának növelése volt, alapadatokat gyűjtöttem a konzulensi tevékenység jellemzőiről. A kapott adatok feldolgozását, elemzését követően megerősítést nyert, hogy az a típusú családtámogató ellátás, melyet vizsgálódásom középpontjába állítottam, országosan kevésbé ismert – ugyanakkor művelőinek a száma folyamatosan növekszik (ld. fókuszcsoporthoz tartozó interjú, Németh & Hédervári-Heller, 2020, p. 120).

A segítséget kérő családok egyre gyakrabban jelentkeznek a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben; a konzulensekkel, szakértelmükkel kapcsolatos információk hiányában azonban a támogató ellátás nem tud az igényelt mértékben megvalósulni (Study 1, Study 2).

A kora gyermekkori időszakban a gyermekek ellátásával foglalkozó egészségügyi szakemberek nem, vagy elenyésző mértékben tudnak a szolgáltatás elérhetőségéről, ezért *széleskörű ismeretterjesztésre lenne szükség országos szinten*, mely a birtokolt kompetenciák felhasználhatóságára hívja fel a figyelmet. Szükséges, hogy a megyéket koordináló *főigazgatók ismerjék és elismerjék a konzulensek szakértelmét*, a családtámogatás feladatában nélkülözhetetlen szerepüket. Fontos lenne, hogy a pedagógiai szakszolgálat feladatellátási körében – rendeleti szinten is – *megjelenjen a regulációs zavarok kezelésére alkalmazható szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, mint kötelezően ellátandó szakszolgálati feladat*, a rendelkezésre álló szakértelem és az igények mielőbbi összekapcsolódásának érdekében (ld. fókuszcsoporthoz tartozó interjú).

A nemzetközi gyakorlatban a kora gyermekkori mentális egészség támogatása olyan interdiszciplináris szakterület, melyben az elméleti alapvetés mellett megvalósuló képzetek, empirikus kutatási eredményeken alapuló szolgáltatástervezés, és -szervezés, valamint szakmapolitikai törekvések egyaránt jelen vannak (Fitzgerald et al., 2011, id. Danis, 2021. pp. 9-10). A hatékony intervenció megvalósításához elengedhetetlen, hogy a gyermekek mellett az őket gondozó felnőttekre, és a családokat körülvevő intézményekre, szakemberekre is fokozottan figyeljünk. Kutatásom ezt a cél tűzte ki – a minél korábbi időszakban, minél hatékonyabban megvalósítható szolgáltatás fejlesztése érdekében.

Irodalom

Bányai, E. (2008). *Koragyerekkori programok a fejlett országokban*. Kézirat. Biztos Kezdet program SZMI. <https://docplayer.hu/672695-Koragyerekkori-programok-a-fejlett-oroszagokban.html> letöltés ideje: 2022. 12. 21.

Czeizel, B. – Kemény, G. (2015). A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. A törvényi szabályozástól az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat megvalósulásáig a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. *Gyermeknevelés*, 3(2), 77–92.

Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (szakmai szerkesztők) (2011). *A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Biztos Kezdet Kötetek II. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Gyerekesély projekt.

Danis, I. (2020a). Regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek a csecsemő- és kisgyermekkorban – elméleti és gyakorlati megközelítések. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények. I. kötet* (pp. 21-37). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Danis, I. (2020b). A kora gyermekkori szülő-gyermek kapcsolatot és lelki egészséget támogató nemzetközi programokról, módszerekről – fókuszban: a kapcsolat- és kötődésalapú intervenciók. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 70-77). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Danis, I. (szerk.) (2021). *21. századi babaszoba*. Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a koragyermekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás. SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Fitzgerald, H. E., Weatherston, D., & Mann, T. L. (2011). Infant Mental Health: An Interdisciplinary Framework for Early Social and Emotional Development. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(7), 178–182. https://www.academia.edu/4402551/Infant_Mental_Health_An_Interdisciplinary_Framework_for_Early_Social_and_Emotional_Development letöltés ideje: 2022. 12. 21.

Frigyes, J., Molnár, J. E. (2020). Anya-csecsemő terápia a Vadaskert Kórház szakambulanciáján – Szemléleti és módszertani bemutatkozás. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények. I. kötet* (p. 150). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences *Psychophysiology*, 281–291. Cambridge University Press. Society for Psychophysiological Research./<https://pdfs.semanticscholar.org/c9a9/a1e13031c6548c7e52e45ed9b69edc6a4921.pdf> letöltés ideje: 2022. 12. 18.

Halász, A., Jakab, K. (2020). Az EGO Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 140-147). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Hámori, E. (2020). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 222-227). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Hédervári-Heller, É. (2008.) *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula Kiadó.

Hédervári-Heller, É. (2020b). A szülő-csecsemő-terapeuta/konzulens kapcsolat pszichodinamikus megközelítése In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 50-58). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child*, 96: 622-629. doi:10.1136/adc.2010.191312/<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21508059/> letöltés ideje: 2022. 12. 19.

Kereki, J. (2010). A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXVIII.(1), 32-38.

Kereki, J. (2017). *Utak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

Kereki, J. (2020). *A kora gyermekkori intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében*. [Doktori Értekezés] (p. 190). Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Lakatos, K. (2011). Mutasd meg érzéseidet, de szabályozd viselkedésedet! – Az érzelmszabályozás fejlődése. *A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és*

kihívások. Biztos Kezdet Kötetek II. (pp. 146-160). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Gyerekesély projekt.

Lányiné Engelmayer, Á. (2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. (p. 213). Medicina Könyvkiadó Zrt.

Németh, T. (2010). *Itt és most – a korgyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon*. XII. Családbarát konferencia. (pp. 7-8). Országos Gyermekkegészségügyi Intézet.

Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K. V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyermekkegészségügyben. *Védőnő*, (4), 16-26.

Németh, T., Daritsné Rajzó, É., Jánosiné Kakuk, S., Prónay, B., Danis, I. (2016). A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció tevékenységének megjelenése és integratív szemlélete a pedagógiai szakszolgálat egyes területein. A lelki egészségvédelem lehetőségei a korai időszakban. *Gyógypedagógiai Szemle*. XLIV.(2), 94-103.

Németh, T., Hédervári-Heller, É. (2020). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete és fejlődése Magyarországon. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 106-114). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Németh, T., Kurimay, T. (2020). Az első magyarországi modell pszichiátriai beteg szülők és gyermekek együttkezelésére. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 163-168). SE EKK). Mentálhigiéné Intézet.

Osváth, A. (2007). *A csecsemőkori szocioemocionális fejlődés meghatározói: temperamentum és kötődés*. [Doktori Értekezés] Pécsi Tudományegyetem.

Prónay, B., Góczán-Szabó, I. Daritsné Rajzó, É. Jánosiné Kakuk, S. Németh, T. (2015). Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle* XLIII.(1), 1-11.

Scheuring, N., Szabó, L. (2020). Koragyermekkori evés-alvászavar ambulancia a Heim Pál

Országos Gyermekgyógyászati Intézetben. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. II. kötet* (pp. 190-200). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Schützenberger, A. A. (2016). *Ős-szindróma/Transzgenerációs pszichoterápia és a családfejtett kötelei*. (p. 22). Medicina Kiadó.

Stern, D. (1995). *Az anyaság állapota*. (pp. 83-85). Animula Kiadó.

Szivási, L. (szakmai vezető) (2010). *Biztos kezdet. A koragyermekkori fejlődés megalapozása Kézikönyv a Biztos Kezdet program munkatársai számára*. A kötet a Practice Guidance for the Early Years Foundation Stage (Department for Education and Skills, 2007) magyar adaptációja. Fordítás: Kéri Rita. A fordítást szakmailag ellenőrizte, adaptálta: Farkas Mária, Tóth Ildikó. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet – Gyerekesély projekt.

Tóth, I. (2020). Korai Kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség – legújabb fejlemények. In *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélet és gyakorlata. Fejlődésméletek és empirikus eredmények. I. kötet* (pp. 146-150). SE EKK Mentálhigiéné Intézet.

Zero To Three (szerk.) *DC:0-TM (2019). A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Jogszábak:

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálatok működéséről

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

Internetes források:

<http://iszcsk.com/>

<https://www.bethesda.hu/osztaly/korai-fejlesztes-es-diagnosztika/>

<https://janosakademia.hu/tanfolyamok/egyutt/>