



**SOPRONI
EGYETEM**

**BENEDEK ELEK
PEDAGÓGIAI
KAR**

OTDK Dolgozat

A szülői attitűd hatása a korai fejlesztés eredményességére

Témavezető konzulens:

Vigh-Dajcs Bernadett
Mesteroktató

Szerző:

Élő Georgina
*Gyógypedagógus hallgató
IV. évfolyam*

Sopron, 2023

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS.....	4
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	6
2.1. KORAI FEJLESZTÉS ÉS DIAGNOSZTIKA.....	6
2.1.1. Mit jelent a korai fejlesztés.....	6
2.1.2. A korai fejlesztés jelentősége, valamint a későbbi életminőségre gyakorolt hatása.....	7
2.1.3. A szülő aktív részvételét facilitáló módszer a nemzetközi gyakorlatban.	7
2.1.4. A felismerés, avagy a diagnosztika és annak módszerei.....	10
2.1.5. A diagnózissal való szembesítés.....	15
2.2. A SZÜLŐI ATTITÚD HATÁSA A GYERMEK FEJLŐDÉSÉRE.....	16
2.2.1. A szülői attitűd kialakulása sérült gyermek esetében.....	16
2.2.2. A sérült gyermek személyisége.....	18
3. A KUTATÁS KIÉRTÉKELÉSE.....	20
3.1. A KUTATÁS MÓDSZERE, ESZKÖZE.....	20
3.2. KUTATÁSI KÉRDÉSEK, HIPOTÉZISEK.....	21
3.3. KUTATÁSI EREDMÉNYEK, ELEMZÉSEK.....	22
3.3.1. Alapkérdések - nem, kor, lakhely, legmagasabb iskolai végzettség.....	22
3.3.2. Betöltött munkakörre, gyermeknevelésre irányuló kérdések.....	24
3.3.3. A fogyatékkal kapcsolatos egyéni szemléleteket feltáró kérdések	26
4. ÖSSZEGZŐ GONDOLATOK.....	31
5. KONKLÚZIÓ, HOZADÉK.....	32
6. IRODALOMJEGYZÉK.....	33

7. KÉPEK, ÁBRÁK, DIAGRAMOK JEGYZÉKE.....	35
8. MELLÉKLETEK.....	36

1.BEVEZETÉS

„Az életben csupán egyetlen fogyatékoság létezik: a rossz hozzáállás”

Scott Hamilton

Scott Hamilton sokatmondó szavai az élet szinte bármely területén alkalmazhatóak, hiszen a saját hozzáállásunk nagyban befolyásolja az adott helyzet megélését, legyen az pozitív vagy negatív. Az attitűdünk befolyásolja minden tevékenységünket, illetve meghatározza, hogy motiváltan, eredményorientáltan és célratörően törtetünk a kitűzött céljaink felé, vagy baljósan, negatívan és aggódva hátrálunk vissza az utunkon. Tehát lényegében kimondhatjuk, hogy a megfelelő attitűd mindennek az alapja.

A fent kitűzött gondolat szorosan kapcsolódik a dolgozatom témájához, hiszen a megfelelő szülői attitűd fontosságát szeretném bemutatni a gyermekek korai diagnosztizálásának, illetve az eredményes fejlesztésének szempontjából. Az egyetemi gyakorlataim során arra a megállapításra jutottam, hogy a szülők nagy százaléka egyáltalán nem, vagy nagyon kis mértékben vannak tisztában a gyermekek különböző életkoraiban felfedezhető eltérő fejlődésmenetet sejtető jelekkel, tünetekkel, és a segítségkérés lehetőségeivel abban az esetben, ha indokoltnak gondolják. Ezzel a jelenséggel pedig az a legnagyobb probléma, hogy így a gyermek is és a szülő/család is későn kap támogatást ezen a hosszú és nehéz úton.

Ezáltal kutatásommal szeretnék rámutatni a koragyermekkori intervenció fontosságára és arra, hogy a lehető legkorábbi diagnosztizálás milyen mértékben képes feljavítani a későbbi életminőséget és csökkenteni az adott sérülésből származó hátrányokat. Úgy gondolom, hogy szoros kapcsolatban áll a megfelelő szakmai team és a szülő/szülők hozzáállása a diagnózishoz a korai fejlesztés eredményességét tekintve. Ezt a feltételezést kívánja a kutatásom alátámasztani, esetlegesen megcáfolni.

A dolgozat első felében a – leginkább hazai – szakirodalmakat felhasználva elméleti szempontból közelítem meg a témát. Különös figyelmet szentelve a koragyermekkori intervenció átfogó ismertetésének a diagnosztizálás folyamatától a fejlesztések kivitelezéséig, valamint a szülői attitűd kialakulásának, fontosságának a gyermekek érdekeit tekintve.

A második felét a kutatási eredmények fogják alkotni. A kutatásomhoz rendelkezésre álló anyagot kérdőív, illetve interjúk útján szereztem be. A kérdőívem elsődleges célközönsége a fogyatékossgal élő gyermeket nevelő szülők, az ép gyermeket nevelő szülők, a Pedagógiai Szakszolgálatok, szegregált intézmények dolgozói voltak, ugyanígy a két interjú alanyom is az előbbieken említettek közül került ki, akiknek ezúton is szeretnék köszönetet mondani a

gördülékeny együttműködésért. Továbbá szeretném megköszönni a konzulensemnek is, aki meglátta bennem a potenciát egy ilyen munkához! És végül de nem utolsó sorban meg szeretném említeni a Down-szindrómával született húgomat, aki nélkül eszembe sem jutott volna ezt a gyönyörű utat választani!

Azt remélem a kutatásomtól, hogy a rendelkezésre álló adatok segítségével olyan konklúziót állíthatok fel, amivel irányt mutathatok az olyan szülőknek/családoknak, aki éppen szembe találták magukat egy diagnózissal, és/ vagy nem tudják merre induljanak a segítség felé.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. KORAI FEJLESZTÉS ÉS DIAGNOSZTIKA

2.1.1. Mit jelent a korai fejlesztés?

Rosta Katalin (Add a kezéd! 2006) definíciójával élve „*A korai fejlesztés, gondozás 0-6 éves korú, különböző fokban megkésett vagy eltérő fejlődésmenetű gyermekek komplex ellátását jelenti. Ez az ellátás magába foglalja a különböző pszichomotoros fejlődési területek, a nagymozgás és finommotorika, a szociális-érzelmi terület, a kognitív terület, a kommunikáció és önkiszolgálás fejlesztését, tanácsadást a gyermek fejlődésével, nevelésével kapcsolatban. Érzékszervi sérülés esetén a sérült érzékszerv fejlesztését, funkciófejlesztést jelent.*” (13.oldal)

Nemzetközi viszonylatban, Európa nyugati országaiban már a 60-as években elkezdődött a normáltól eltérő fejlődési sajátosságokat mutató gyermekek terápiás kezelése. Ezeknek a korai jeleknek a felismerésére multidiszciplináris megközelítésű eljárásokat dolgoztak ki, ami akkor a „*korai terápia*” néven jelent meg. Ezzel párhuzamosan megjelentek a mozgás-, beszéd-, játék-, stb. terápiák. Azonban ezek a törekvések hazánkban csak a 70-es évektől kezdtek el kibontakozni. Mai értelmezésben a „korai fejlesztés” kifejezés a hivatalos megnevezése ennek az óvodáskort megelőző fejlesztő tevékenységnek, azonban ez fejlődéslélektani szempontból nem egészen pontos, ugyanis *”a képességeket nem fejlesztjük, hanem előnyös feltételek megteremtésével kibontakoztatjuk és elősegítjük azt, hogy funkcióéretté váljanak.*” (9.oldal) Legkézzelfoghatóbb magyarázó példaként vegyük a mászást, hiszen ott is a szakember egy ideális testhelyzetet és egy helyváltoztatásra motiváló ingert alakít ki a gyermek számára. (Rosta Katalin, Add a kezéd! 2006)

Összességében a korai fejlesztés (nemzetközi viszonylatban megtalálható a „*korai intervenció*” elnevezés, ami magyar fordításban „*közelépést, megelőzést*” takar) minden esetben gyógypedagógus és/vagy pszichológus irányításával történik, azonban a velük szorosan együttműködő ún. „*szakmai team*” tagjai lehetnek még az adott gyermekért felelős szakemberek, mint például a háziorvos, a védőnő, a családgondozó, a bölcsődei gondozónő, később az óvónő és a terápiás szakemberek, azonban a legfontosabb előre mozdító erő a szülővel/szülőkkel való együttműködésben rejlik. A fejlesztés maga 6 fő területen valósulhat meg: a nagymozgások és testséma; a finommotorika; a szociális-érzelmi területek; a kognitív területek; a kommunikáció és az önkiszolgáló tevékenységek fejlesztésében. Továbbá feladata még, hogy megfelelően felkészítse a gyermeket a napi rendszerességű intézményes ellátásra. Ezeknek a sikerességének a kulcsa, hogy sérülésspecifikusan, a gyermek igényeihez igazodóan

tudjuk-e megszervezni a fejlesztést, valamint tudjuk-e biztosítani ehhez a megfelelő tárgyi-, és személyi feltételeket. (Rosta Katalin, Add a kezed! 2006)

2.1.2. A korai fejlesztés jelentősége, valamint a későbbi életminőségre gyakorolt hatása

Az első életévben zajló fejlődés intenzitása és minősége képes meghatározni a későbbi életminőségünket, életünk alakulását. Ebben az életszakaszban mérhető a leggyorsabb ütemű idegrendszeri fejlődés, melynek során elsősorban az olyan humán képességek alakulnak ki, mint a járás, a beszéd, a testséma felismerés és az éntudat. Ezek fejlődési körülménye határozza meg a személyiségünk fejlődésének mértékét. Azonban ahhoz, hogy ezek tipikusan fejlődjenek megfelelő környezeti és biológiai feltételekre van szükség. Ha ezek nem tudnak teljesülni, az veszélyeztetett, lassú fejlődésmenetet eredményezhet, amikre aztán további rendellenességek épülhetnek, amik tovább torzíthatják azt. Ennek ellenére bizonyított tény, hogy ebben a korai életszakaszban a sérülés mértékétől függően a kóros elváltozások nagy mértékben javíthatóak vagy akár teljesen vissza is fordíthatóak, és ezt tekinti a korai fejlesztés az elsődleges célkitűzésének. (Rosta Katalin, Add a kezed! 2006)

Az előző bekezdés záró gondolatának tekintetében rendkívül fontos, hogy komolyan vegyünk minden aprónak látszó normáltól eltérő fejlődésmenetre utaló jelet és, hogy rendszeresen nyomon kövessük a csecsemők, kisgyermekek fejlődésmenetét, probléma esetén pedig a lehető leghamarabb kezdetét vegye a részletes állapotmegismerés és az azt követő komplex, sérülésspecifikus fejlesztés. (Gereben 2004; Mlinkó Renáta, Gyermekút 2019)

2.1.3. A szülő aktív részvételét facilitáló módszer a nemzetközi gyakorlatban

Az ausztráliai „*Darwin Children's Clinic*” munkatársai (Dr. John Callanan, Professor Kevin R. Ronan és Professor Tania Signal) létrehoztak egy olyan standardizált módszert a szülők aktív bevonására a korai intervencióba, amelyet kellőképpen érdekesnek és hasznosnak találtam ahhoz, hogy bemutassam a dolgozatomban.

A módszer maga a „**Parent Child Relationally Informed Early Intervention**” (továbbiakban „PCRI-EI”) nevet viseli, ami magyar fordításban „**A szülő és a gyermek kapcsolatára vonatkozó korai intervenciós eljárás**”-t jelent. A PCRI-EI gyermekfejlődési elméleteken és beavatkozásokon alapul, amelyek elsődleges célkitűzése a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakítása, hiszen bizonyított tény, hogy ez nagy hatást gyakorol a gyermek fejlődésére, különösen a fogyatékossággal élő gyermekek tekintetében. Továbbá taglalja azt is,

elengedhetetlen a családok és a szakemberek közötti együttműködés is a folyamat során. Végül de nem utolsó sorban célja az is, hogy a szükséges eszközökkel és képzésekkel támogassa a szolgáltatókat a modell megvalósításához.

A legfontosabb lépés felállítani egy fejlesztési tervet és kitűzni a fejlesztési célokat a gyermek diagnózisa alapján, a leghatékonyabb, sérülésspecifikus fejlesztés érdekében. Mindezek mellett párhuzamosan történik a szülő-gyermek kapcsolat kiépítése, tehát ez a két folyamat nem válik szét egymástól, éppen ez a lényege, hogy egy folyamatban érthessék el a két külön kitűzött célt. Továbbá bizonyították azt is, hogy a szülők megfelelő informáltsága és érzékenyítése facilitáló hatást gyakorol a gyermek képességeinek fejlődésében. (Dr. John Callanan, Professor Kevin R. Ronan, Professor Tania Signal in collaboration with the informed SLP. 2023)

A PCRI-EI modell felépítését az alábbi táblázatban szeretném bemutatni:

	Fókusz	Leírás	Teendők a továbblépéshez
Felvétel, bevitel	Értékelés és célmeghatározás	A célok meghatározása és a megvalósításának módjának kitűzése központi szerepet játszik az eljárásban. Ehhez a családdal szorosan együttműködnek, olyan kérdések feltevésével, mint például, hogy „Mit vársz el, amikor a gyermeked 25 éves lesz?” És ennek a válasznak a tudatában konzultálnak a szakemberek egymással, hogy mi közé orientálják a rövid távú célokat.	
Első fázis	Az alapok felállítása	Ez a fázis foglalja magába a gyermek megfigyelését, elbeszélgetést, a várakozást és a gyermek spontán ötleteinek követését. Segítenek a szülőknek megérteni, hogy milyen érzés az a gyermeküknek, amikor	- Azon megfigyelések feljegyzése, hogy mit csinál a gyermek kérdések irányításában, és magától. - A szakemberek követik a gyermek játék ötletét és, amikor segítséget kér,

		beleavatkoznak a dolgaikba, vagy túl hamar sietnek a segítségükre.	segítenek, támogatják de nem veszi át az irányítást. - Támogatják, rávezetik a gyermeket a saját ötleteinek kibontakoztatására, ahelyett, hogy új ötleteket adnának neki.
Második fázis	Reflektáló-képesség, jelolvasás, utánozás	Ebben a fázisban arra ösztönzik a szülőket, hogy tudjanak olvasni a gyermekük által küldött jelekre, és reagáljanak is képesek legyenek rájuk. A legfontosabb kérdések ilyenkor, hogy „Mit gondolnak, mit is szeretnének mondani most nekünk, mit értenek ez alatt?” Azon dolgoznak, hogy megértessék a szülőkkel a gyermek belső motivációját.	- Feljegyzik és reagálnak a gyermek jelzéseire. - Elkezdik feltérképezni a megfigyelés alatt tapasztalt belső motivációkat - A szülők is elkezdik kifejezni a saját tapasztalataikat a neveléssel kapcsolatban.
Harmadik fázis	Szabályozza a szülő-gyermek kapcsolatot	Magába foglalja azt, hogy segítséget kapnak abban, hogy hogyan segítsenek kezelni a különböző szituációkban a gyermekükben felmerülő érzéseket, valamint abban is, hogy hogyan hangolják rájuk a saját érzelmeiket, reakcióikat is.	- A szakemberek reagálnak az affektív jelzésekre akkor is ha pozitívan, akkor is ha nem. - Feltérképezik az aggodalmak és a válaszreakciók közötti különbségeket (pl.: ahelyett, hogy „aggódom emiatt” jobb opció az, hogy „légy óvatos”).
Negyedik fázis	A viselkedés átfogalmazása és a kontextuális problémák értékelése	Segítenek rávezetni a szülőket arra, hogy bizonyos szituációkban mi az a válaszreakció, ami hasznos, és működőképes lehet, ahelyett, hogy csak annyit mondanának jó vagy rossz, amit a gyermek csinál.	- A szakemberek elmondják, hogy mik azok a dolgok, amik működhetnek és amik nem akkor, amikor kapcsolatba lépnek a szülők a gyermekkel.

			- Kevesebb itt az önkritikus megjegyzés
Ötödik fázis	Integráció, visszaesés megelőzés és általánosítás	Az utolsó fázisban összefoglalják az egész folyamat alatt megtanultakat, mind a gyermekük viselkedésével, mint a saját reakciójukkal kapcsolatban, és rögzítik a szakemberek azt, hogy inkább ezekre támaszkodjanak, semmint az aggodalmakra, a diagnózis leírására vagy a lehetséges kihívásokra, de azok se kerüljenek szem elől.	

1.táblázat: A PCRI-EI fázisai

(Forrás: Dr. John Callanan, Professor Kevin R. Ronan, Professor Tania Signal in collaboration with the informed SLP. 2023)

2.1.4. A felismerés, avagy a diagnosztika és annak módszerei

Egyértelműen kijelenthetjük, hogy születéskor nem lehet biztonsággal meghatározni az újszülöttnél sem a pszichomotoros fejlődés, sem az intellektuális képességek zavarát, de már az első vizsgálatok során felfigyelhetünk baljós jelekre. (Az első vizsgálatok közé tartozik az Apgar-érték felállítása, a látás -, hallásvizsgálat, az agyidegek vizsgálata. - Katona, 1999) Az intellektuális képességzavar tünetei leggyakrabban már csak a gyermek otthonában tükröződnek ki, amik felismeréséért a védőnő és a házi orvos a felelős, de ennek hiányában vagy ezt megelőzve (mivel a szülő van szoros, elválaszthatatlan kapcsolatban a gyermekével, többet látja mint a szakemberek), a szülő is érzékelheti, hogy a gyermek a normáltól eltérő ütemben fejlődik. (Aradi Mónika, Gyermekút 2019)

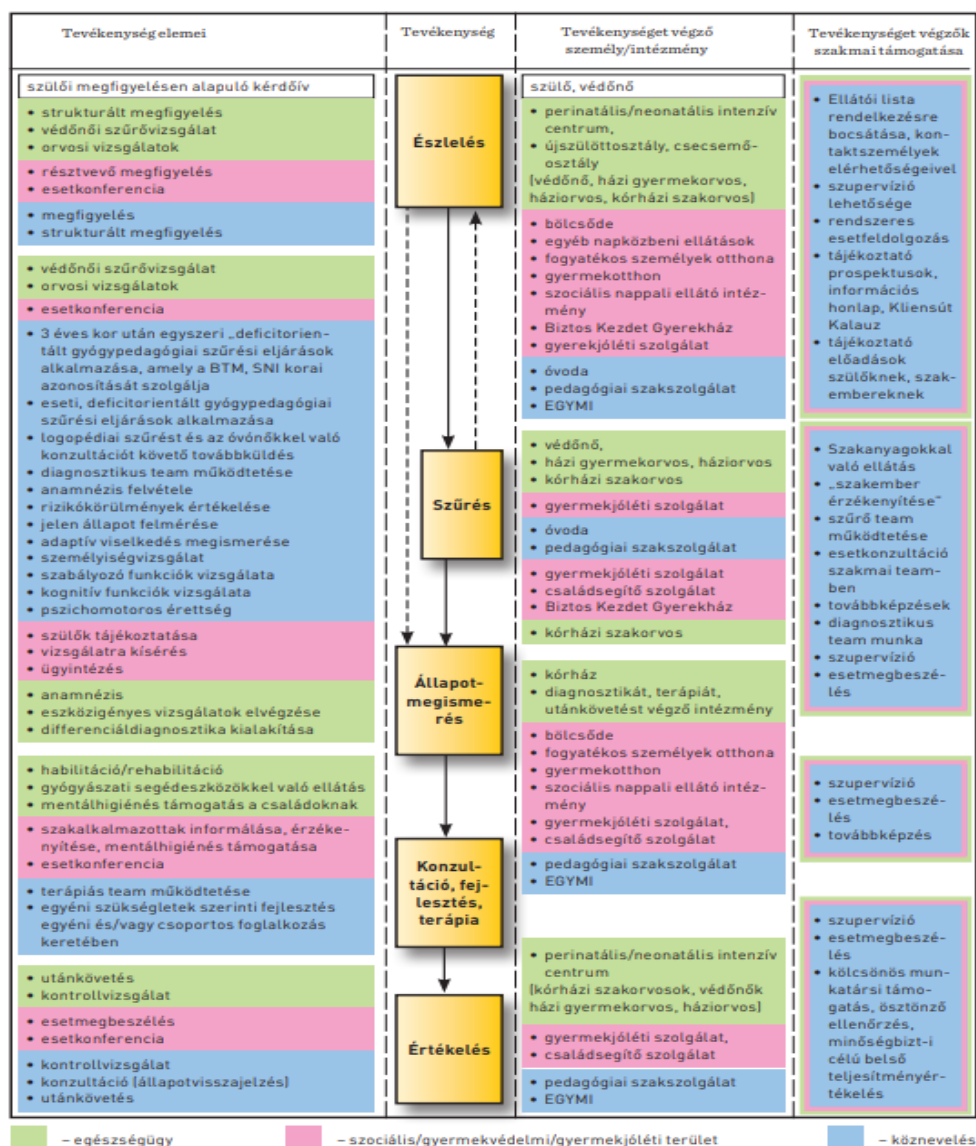
Azonban a különböző szindrómák vagy a súlyos fejlődési rendellenességek tekintetében sok esetben már a születés után közvetlenül felfedezhetőek az ezekre utaló jelek, amelyek alapján a neurológus indítványozza az alátámasztó vagy megcáfoló vizsgálatokat. Ilyen jelek lehetnek az arcberendezés rendellenessége; a koponya normáltól eltérő mérete, formája; az összképi arányosság nagymértékű eltolódása; illetve a szindrómák egyértelmű jelei, mint

például a Down-szindrómánál az ún. „mongolid szemrés” és a négyujjas barázda, amik szabad szemmel is felfedezhetőek. (Aradi Mónika, Gyermekút 2019)

Szülő szemmel a egy éves korig, a következő figyelmeztető jelekre kell figyelnünk, amikkel aztán szakemberhez fordulhatunk. **Újszülött korban** ilyen jelek lehetnek: ha a gyermek hason fekve nem mozdítja a fejét jobbról balra; ha nagyon feszesek az izmai; ha zajokra és/vagy fényre nem reagál; ha nem sír; ha lassan eszik, sokat bukik és ha nagyon nyugtalan, vagy éppen túlságosan nyugodt, aluszékony. **Három hónapos korban** jelezhet az: ha ferde a testtartása; nem szeret hason fekve, és nem is emeli a fejét ha úgy tesszük le; ha csak az egyik oldalát mozgatja; ha még mindig nem reagál hangra, fényre; ha nem nyúl a tárgyakért, nem követi őket a szemével és ha nem mosolyog vissza ránk. **Hat hónaposan** hasról hátra kell már tudnia fordulni; helyet változtatnia a játékért; két kézzel nyúlni valamiért, átvenni egyik kézből a másikba dolgokat; gagyognia kell és befogadni a hozzátáplálást. Abban az esetben jelezzünk szakembernek, ezek ha nem jelennek meg vagy csak korlátozottan. **Kilenc hónaposan** jelezhet az: ha nem jelenik meg a stabil tenyértámasz, fejtartás; ha szokatlan módon változtat helyet; ha apró dolgokat nem képes felmarkolni; ha nem pakol ki-be dobozokból; nem figyel a nevére; ha nem szereti a „kukucs-játékot”; ha abbahagyja a gagyogást; ha nehezen kezelhető a nyugtalansága; illetve ha magát ütögeti akár kézzel akár más tárgyakkal/tárgyakhoz. **Egy éves korra** akkor halad a fejlődés a normál ütemben: ha képes a helyét változtatni; ha kapaszkodva feláll; ha beszédre, zajra reagál; ha figyel a nevére; ha mutogat a mutatóujjával; ha hangosan is játszik; ha darabos ételt rág; és ha képes egyszerű ruhadarabokat levenni, mint a sapka vagy a zokni. (Fejlődés - Mikor forduljunk szakemberhez? - Szabóné Harangozó Andrea és Kereki Judit, Gyermekút 2016)

A diagnosztika pedagógiai szakszolgálatok hatásköre, amiknek a működését jelenleg a 2013 februárjában életbe lépett „15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet” határozza meg, valamint „a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény” tíz pedagógiai szakszolgálati tevékenységet sorol fel; a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás; a fejlesztő nevelés; a szakértői bizottsági tevékenység; a nevelési tanácsadás; a logopédiai ellátás; a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás; a konduktív pedagógiai ellátás; a gyógytestnevelés; az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás és a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása. (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm>)

A diagnosztikai, valamint az ellátási folyamatok értelmezésében, bemutatásában „A koragyermekkori intervenció általános folyamatmodellje” segít, amelyet az *Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. Közoktatási Osztály* munkatársai készítettek el. (Szerencsés Hajnalka és Babos Ágnes, a folyamat értelmező leírását Babos Ágnes készítette)



1.ábra: A koragyermekkori intervenció általános folyamatmodellje (*Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. Közoktatási Osztály; Szerencsés Hajnalka és Babos Ágnes*)

A folyamatábra első pontja az **észlelés**, amihez különböző szakmai tevékenységek kapcsolódnak. Első ilyen a szülő megfigyeléseinek a felvétele, amire a TÁMOP 6.1.4 (Koragyermekkori 0–7 év program) kifejlesztett egy olyan kérdőívet, amely a 0-7 éves korú gyermekek pszichomotoros fejlődését követi nyomon. A szülői megfigyeléseken kívül előre tervezett, célirányos adatgyűjtést végez a legtöbb, olyan szakember, aki egészen a születéstől körülvesz minket (gondoljunk itt a szülész orvosokra, a csecsemőosztály szakembereire, a védőnőkre, háziorvosokra, esetleges járóbeteg ellátást végző szakemberekre). Egyaránt szerepet kapnak a megfigyelésben a köznevelés intézményrendszerek szakemberei is. (Kereki Judit – Szvatkó Anna, 2015)

Az előbb részletezett **észlelés**, és a következő folyamatok, a **szűrés** és az **állapotmegismerés** egymástól nehezen elválasztható folyamatok, hiszen sok esetben szűrések

során történik meg az eltérés észlelése. Éppen ezért a következő két pontot táblázat segítségével szeretném bemutatni.

A szűrés	Az állapotmegismerés
• egészségügyi kontextusban használjuk • „<i>olyan rendszeres, meghatározott időszakonként végzett vizsgálatsorozat, amelynek célja a rejtett betegségek, elváltozások feltárása</i>” * • a szűrés rendkívül fontos a korai életkorban, hiszen a későbbi fejlődés szempontjából elengedhetetlen a lehető legkorábban elkezdett segítségnyújtás • a következő szűréseket végzik leggyakrabban a koragyermekkori intervenció során: 1. középső csoportos gyermekek iskolaérettség alapjainak hiányosságának szűrése; 2. 5 éves korban beszédszűrés, beszédzavarok/nyelvi késés szűrése; 3. koraszülöttek rendszeres kontrollvizsgálatai	• elsődleges feladata, hogy eredményeképpen a gyermeknek és a családjának is megteremtse a fejlődés szempontjából legoptimálisabb körülményeket, például a szociális ellátások és kedvezmények biztosítása • olyan holisztikus szemléleten alapul, amely a gyermeket nem csak önmagában, hanem az őt körülvevő szociális és környezeti hatások elegyeként tartja szem előtt, és ezen hatások közül is a korai életkorban a leglényegesebb a család • az állapotmegismerésben a legnagyobb szakmai biztonság szempontjából a megfelelő szaktudás mellett elengedhetetlenek az intuitív képességek és a jelentős mértékű tapasztalat, valamint ha nem egyszer találkozik a szakember a gyerekkel, hanem folyamatosan nyomon követi a gyermek fejlődésmenetét

* Kereki Judit – Szvatkó Anna: A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja - Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest 2015) 50. oldal

2. táblázat: a szűrés és az állapotmegismerés bemutatása a felhasznált folyamatábra alapján (Forrás: Kereki Judit – Szvatkó Anna: A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja - Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest 2015)

Az **állapotmegismerés** a pedagógiai szakszolgálatok hatásköre, ahol olyan szakemberek végzik a munkát, akiknek rendelkezni kell, olyan kompetenciákkal, amelyek a magas színvonalú vizsgálatot tesznek lehetővé. (Kereki Judit – Szvatkó Anna, 2015)

A hazánkban a három féle eljárást alkalmazznak általában; az első ilyen a **Brunet-Lézine féle vizsgálati módszer**. Ebben az esetben a pontos anamnézisen és a nevelési körülmények feltérképezésén túl komoly orvosi és pszichológiai együttműködésre van szükség, hiszen a gyermek mozgását, szenzomotoros koordinációját, a beszédét, és szociabilitását kívánják összetetten vizsgálni. (Farkas és Csiky, 1995)

A második alkalmazható eljárás a **Bayley fejlődési skála**. Ez a skálák közül a nemzetközileg legelterjedtebb típus. Három különböző részből épül fel; az első a kognitív képességek fejlettségét mérő „*Mentális Skála*”, második a motoros fejlettséget mérő „*Pszichomotoros Skála*”, végül a harmadik pedig a viselkedést tanulmányozó „*Viselkedéses Skála*.” Az értékelés során a nyerspontszámok alapján indexet számol és a kapott eredményeket négy övezetbe sorolja. (Ribiczey és Kalmár, 2009)

Végül, de nem utolsó sorban a harmadik korai életkorban mérő eljárás a **Strassmeier Fejlődési Skála**. Ez a skála öt különböző területen vizsgál; önellátás, finommotorika, nagymozgás, nyelv/beszéd és a gondolkodás/érzékelés. Eredetileg 60 hónapos korig használandó, de ma már kiegészíthető 84 hónapos korig is. Két személyes vizsgálati helyzetben zajlik feladatsorunként haladva, az eredmények pedig a profil-lapra kerülnek feljegyzésre, amely összegezve megmutatja, hogy az életkorához viszonyítva, mely területeken tapasztalható elmaradás. Fontos dokumentuma lehet egyéni fejlesztési terv kidolgozásához. (Domonkos, 2007)

A folyamatábra végéhez közeledve, az utolsó előtti mérföldkő a **konzultáció, fejlesztés és terápia**. A fejlesztés megkezdését a „*pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet*” határozza meg. A törvény kimondja, hogy a megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. Ezen esetben a gyermek számára a szakértői bizottság által egyéni fejlesztési terv készül, amit legalább 2, legfeljebb 12 hónapra adnak ki. A fejlesztés megvalósulhat egyéni vagy legfeljebb 6 fős csoportos foglalkozás keretein belül. Ha a gyermek intézményi ellátásban részesül, akkor a fejlesztést ott kell biztosítani, amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek teljesülni tudnak. Az időkeret felállításához kiszabott támpontok a következőképpen alakultak: 3 éves korig min. heti 1, de max. heti 4 óra; 3-5 éves kor között min. heti 2, de max. heti 5 óra; 5-6 éves korban pedig max. 5 óra írható elő. Az egyéni fejlesztési tervek fő jellemzője, hogy teljes mértékben a gyerek szükségleteihez igazodik, flexibilis, ezáltal az időkeret – és akár a fejlesztés típusa, módszere is – a fejlesztést végző szakember és a szakértői bizottság írásbeli egyetértésével módosítható. Összegzésképp a fejlesztési év végén a fejlesztést végző szakember értékelési lapot állít ki, amelyből egy-egy példányt kap a szülő, a szakértői bizottság és egyet a fejlesztést végző intézmény.

2.1.5. A diagnózissal való szembesítés

A diagnózis közlése a szülővel - a vizsgálatot végző szakember szempontjából - alapos felkészültséget igényel. Listáznia kell a gyermek eddigi vizsgálatait és, hogy ott hogyan fogadták a szülők az eredményeket. Ajánlott mindkét szülőnek részt venni, azonban a gyermek jelenléte nem igazán támogatott, amennyiben ez megoldható a családnak. Mindenki számára kell kényelmes ülőhelyet biztosítani, és elegendő időt arra, hogy kérdések/kétségek nélkül távozzanak majd. Be kell mutatkoznia mindenkinek, akivel még nem találkozott. Olyan légkört kell biztosítani, amelyben a szülő szabadon kérdezhet és nagyon fontos folyamatosan követni a mimikájuk, gesztusaik által közvetített érzelmeiket. Javasolt kérdezgetni is őket, hogyan érzik magukat, milyennek látták a gyermeket a vizsgálat során. A közlés egészén át a gyermekre a saját nevével kell utalni. Tudatnia kell a szülőkkel, hogy az anamnézis felvétele során figyelt rájuk, értett mindent, amit elmondtak. Fontos megerősíteni bennük, hogy megfigyeléseik helyesek voltak és helyesen döntöttek, hogy elhozták a gyermeket a vizsgálatra. (Rosta Katalin: Add a kezed! 2006)

A tényleges diagnózis kimondása előtt érdemes leírni a gyermek jelenlegi állapotát, lehetőleg azokra visszautalva, amit ők mondtak a panaszfelvétel során. A pontos diagnózis közlése után ismertetni kell a szülőkkel a szakszavak jelentését, meg kell győződni róla, hogy megértették mivel is állnak szemben. El kell fogadni a belőlük kitörő természetes reakciókat, hagyni kell, hogy elragadják őket az érzelmek. Közölni kell a gyermek állapotának okait – vagy éppen, hogy nem ismertek az okai – és azt, hogy még nehéz pontos hosszútávú prognózis megállapítani. A legfontosabb feladat talán, hogy a szülő ne távozzon felkavart érzelmekkel, esetleges megválaszolatlan kérdésekkel a konzultációról, mondja el az aggodalmait, ha szükséges beszéljenek meg egy újabb találkozót. (Rosta Katalin: Add a kezed! 2006)

Véleményem szerint ebben a helyzetben a központi személy a szülő, hiszen egy számára ismeretlen, ezáltal egy ijesztő jelenséggel találja szembe magát, rengeteg „miért? hogyan? hogyan tovább?” kérdéssel a fejében és érzelmek százai rohamozzák meg egy pillanat alatt. Azonban egy megfelelő szakmaisággal, emberséggel, részletesen közölt diagnózis nagyban hozzájárulhat a megfelelő feldolgozáshoz, ami a gyermek érdekeit tekintve kiemelten fontos, hiszen a szülő hozzáállása nagymértékben befolyásolja a fejlesztés/fejlődés menetét pozitív és negatív irányban egyaránt.

2.2. A SZÜLŐI ATTITÚD HATÁSA A GYERMEK FEJLŐDÉSÉRE

2.2.1. A szülői attitűd kialakulása sérült gyermek esetében

Azonban az általános áttekintések után dolgozatom témáját tekintve a következő bekezdésekben, arról olvashatnak, hogy mi történik akkor ha eltérően fejlődő, sérült gyermek érkezik a családba. Az eltérő fejlődés okozta másság gyermekenként igen sokszínű lehet. Az ilyen különbségek megjelenhetnek abban, hogy a szülő veszi észre vagy a környezete figyel fel az eltérésre; hogy születéskor vagy későbbi életkorban ismerik fel; organikus eredetű vagy külső hatás következménye; illetve élethosszig tart vagy egy átmeneti állapotról beszélhetünk. (Gyermeknevelés - Kis Noémi, 2016)

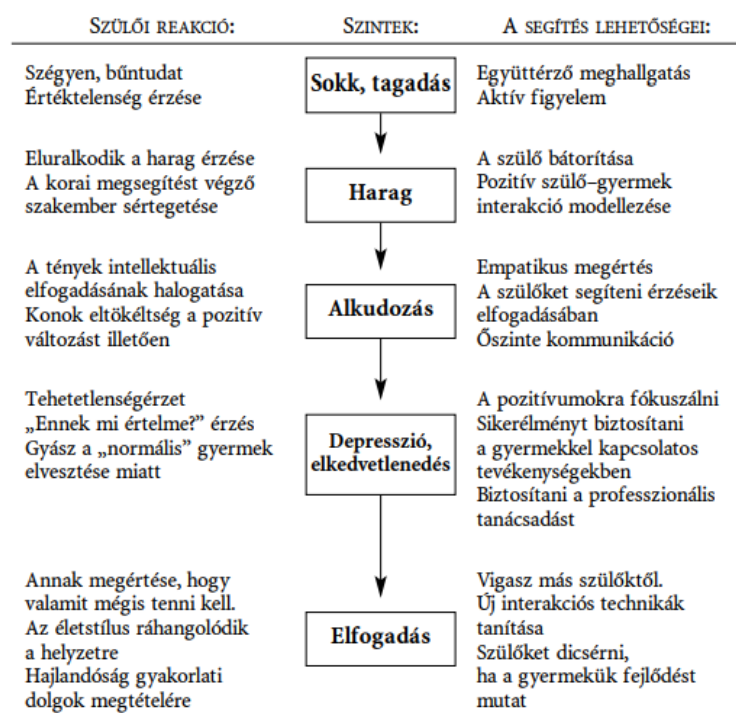
Ideális esetben az elfogadás a szülő részéről már az első pillanattól kezdve fentáll, ráhangolódik és odafigyel a gyermekére és kialakul a kötődés közöttük, azonban ha a szülőnek szembesülnie kell a gyermekének a másságával, az kontrollvesztést és bizonytalanságot válthat ki belőle. Ez a felismerés a legtöbb esetben váratlanul következik be, nem várt esemény, ami negatív szülői attitűdöt eredményezhet. Ez a negatív attitűd ugyan nem feltétlenül magára a gyermekre irányul, hanem a körülötte kialakult helyzetre, azonban a szülő-gyermek kapcsolat akkor is sérül. (Gyermeknevelés - Kis Noémi, 2016)

A gyermek másságával való szembesülés sok esetben egy ún. gyászfolyamatot indít el a szülőben, hiszen nem született meg az a gyermek, akit ő várt, és a várt gyermek elvesztését képes akár halálesetként is megélni. Gyászolja a várt gyermeket és a vele felépített elképzelt életüket. A környezet nem megfelelő reakciója is gátolja a gyászfolyamatot, ami azért különösen nagy gond, mert a gyermek elfogadásának a feltétele, a gyászolás befejezése. És bizony a gyermek valójában nem halt meg, foglalkozni kell vele, el kell látni a szükségeltét, így még kevesebb idő és energia jut a lelki probléma rendezésére. (Borbély, 2008; Borbély és mtsai, 2000; Degovics, 2004; Hámori, 2001; Kálmán, 1995; Polcz, 2007; Radványi, 1999; Kis Noémi, 2016) A gyászfolyamat maga négy stádiumból áll. Az első az ún. **szembesülés**, amikor szembe találjuk magunkat a ténnyel, hogy a gyermekünk nem olyan, mint amilyennek elképzeltük és az erre adott válaszreakciók sokfélék lehetnek; megjelenhet sok formájában, lehet tagadás, megkönnyebbülés, kétségbeesés. Az ezt követő ún. **kontrolláltság** alatt intézni kell a hivatalos ügyeket, sok a tennivaló, így nincs annyi időnk a lelki problémával foglalkozni, azonban ez késlelteti a következő fázist, ami nem más, mint a **tudatosulás** szakasza. Ebben a szakaszban éljük meg a legnagyobb mélypontot, befordulunk és eluralkodnak rajtunk a negatív érzelmeink, előkerül az önvádaskodás, a düh. És végül az utolsó lépcsőfok az elfogadás felé az

adaptáció időszaka, ahol csökkennek a negatív hatások és tisztulni kezd a kép és megindul a jövő tervezése is. (Kárpáty, 2002; Kis Noémi, 2016)

Kálmán Zsófia (1995) megfogalmazta az elfogadás színtereit egy más, de lényegében nem eltérő verzióban is. Részeről az első fázis az ún. **sokk** fázisa, ahol olyan negatív érzelmek urálják az anyát, mint a tagadás, a szégyen, a meg nem értettség, az elszigetelődés, a jövőtől való félelem, bizonytalanság. A következő fázisban ezek a kétségbeesett érzések **haraggá** alakulnak át. Ez a harag irányulhat a történetekre, a gyermekekre, a partnerére, a környezetére, igazságtalanságot érez és kiszolgáltatottságot. Ezt követi az **alku** fázisa, ahol a szülő mindent megígér és mindenképp fölé helyezi a gyermeket, ekkor azonban fontos segíteni neki, hogy ne áldozza fel magát teljesen, hanem inkább nézzen egy kicsit túl a gyermekre a többi családtagra és saját magára is legyen tekintettel. A teljes elfogadás előtti szakasz a **depresszió** szakasza. Ez a legnehezebb, ugyanis ebben a szakaszban uralkodik el a gyermek iránt érzett szeretet és gyűlölet intenzív váltakozása, a gyűlölet érzése miatt kialakuló bűntudat és bánat. Bekövetkezik a környezettől való elszigetelődés, befordulás, de segítséget nyújthat ebben a szakaszban ha a gyermek pozitívumait hangsúlyozzuk. Majd végül teljes **elfogadásról** akkor beszélhetünk, ha megismeri és megszereti a gyermeket, képes újra megélni az örömet és félelem nélkül képes a jövőbe tekinteni. (Kis Noémi, 2016)

Az elfogadás szintjeinek és a szülők reakcióinak mellett Hardman - Drew - Egan 1996-os tanulmányai alapján Radványi Katalin (2013) leírta a feldolgozás megkönnyítésének lehetőségeit:



2.ábra: Radványi Katalin: Legbelső kör: A család. – Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban

2.2.2. A sérült gyermek személyisége

Radványi Katalin egyik – az Erdélyi Pszichológiai Szemlében megjelent – 2007-es tanulmánya adja ezen fejezet alapját, amelyben helyet kapnak a Maslow-szükségletpiramisa szerinti önmegvalósítást, önértékelést nehezítő tényezők. Minden típusú fogyatékoság esetén (mozgás-, értelmi-, nyelvi-, érzékszери) korlátozódik a szükségpiramis kielégíthetősége, megfigyelhető lesz az átlagostól eltérő negatív eltérés és a motívumok is sérülhetnek. Ebben az esetben sokszor már az alap; a fiziológiai szüksége is nehezítettek lehetnek. Gondoljunk itt a táplálkozásra, az önvédelemre, a biztonságra. Megkülönböztetünk ún. „*hiányalapú*” és „*növekedés alapú*” motívumokat. Az előbbi célja az lenne, hogy a kielégítésével megszűnik egy hiányállapot, utóbbi pedig inkább már a piramison felfele haladva a szociális szükségleteket jelentik, melyben nem elkerülni akarjuk a kellemetlen helyzeteket, inkább a fejlődés vágyával hozhatjuk helyre azokat. (Radványi Katalin, 2007)

A fogyatékosággal élő személyek egyáltalán nem, vagy csak nagyon ritkán tudják elkerülni a frusztrációs helyzeteket. Ezekkel szemben személyenként különböző megküzdési stratégiák jelenhetnek meg. Az ún. érzelempontú megküzdéssel elfojtják a stresszhelyzet okozta érzelmi reakciókat. Minden típusú fogyatékoságnak megvan a maga jellemző megküzdési stratégiája. Az első a **viselkedéses terápia**, amelyben testmozgással, ivással vagy egy harmadik fél érzelmi támogatásával próbálják enyhíteni a feszítő frusztrációt. A **kognitív stratégia** nem más, mint a probléma szőnyeg alá söprése, tehát ideiglenesen egyáltalán nem is vesznek róka tudomást, mintha akkor nem is létezne. Ennek az ellentétéként is emlegethetjük a **kérdő stratégiát**, amikor viszont a szocializációtól teljesen elszigetelődve túlságosan sokat és sokáig rágódnak a helyzeten. A következő talán a legjobb formája, ez az **elterelő stratégia**, melynek során hasznos, kellemes tevékenységeket végeznek, hogy megfelejtkezzenek a problémáról, mint pl. a sport, a kézműveskedés, az alkotás, a mozi. Ezek mint-mind növelheti a helyzet feletti kontroll érzését. Végül a legkedvezőtlenebb mind közül, a **negatív stratégia**, amely az önmagára – akár környezetére is – veszélyt jelentő tevékenységek gyakorlása, mint az erős ivás, agresszió, önsértés. (Radványi Katalin, 2007)

A frusztrációs helyzeteket sokszor a kommunikációs nehézségek válthatják ki, hiszen az életben maradáshoz nélkülözhetetlen a társakkal, a környezettel való kommunikáció, és ha ez bármilyen okból kifolyólag nehezített vagy teljes mértékben gátolt, az egyén személyiségfejlődése kétség kívül sérül. (Montanini 1993, Horányi, Buda, 1988, Adam, 1996; Radványi Katalin, 2007.) A környezetükben **az előítéletek és a másság elfogadásának a hiánya** egy nagyon gyakran megjelenő fájdalmas probléma a fogyatékosággal élők és sokszor

az őket kísérő, gondozó személyek számára is, amely leginkább abból adódik, hogy a nem elfogadó környezet magasabb elvárásokat állít a fogyatékossgal élő személy elé, mit amire ő az összes erejét is bevetve képes lehet, ezért a környezet nem érti meg, elégedetlen vele és ezt intenzíven jelzi is felé, verbális és nonverbális módon is, ez pedig nagy mértékben rontja az egyén énképét és ebből kifolyólag hátráltatja a személyiségfejlődését is. Azonban elkerülhetetlen, hogy a sérült egyén találkozzon a rosszálló pillantásokkal, a szemébe vagy a háta mögött tett megjegyzésekkel, a kirekesztettség érzésével és a legnagyobb baj az, hogy nehezen tudja kezelni és feldolgozni ezeket, hiszen ez még magas kognitív képességek mellett is nagyon megterhelő. Ezek eredményeként megjelenhet az önmagát lealacsonyító énkép, az önhibáztatás, az állandó masszív szorongás és a nem megfelelő viselkedésformák, amik miatt az utca emberei szemével még kevésbé lesz elfogadható az egyén. (Radványi Katalin, 2007)

Egyéb hasonló problémákat tud okozni a negatív énképpel együtt megjelenő tájékozottság hiánya, ami a biztonságot jelentő otthon elhagyása utána bizonytalansággal, erős szorongással járhat, ami pedig kézen fogva rángatja magával azt, hogy még kevésbé fog tudni kibontakozni az egyén. Szoros kapcsolatban áll az előbb említett problémával a szülőtől/gondozótól való leválás nehézsége, hiszen a családban cseperedő gyermek első és legfontosabb biztonságot nyújtó bázisai a szülők, közülük is legfőképp az anya. Természetes módon a leválás egy hosszú és érzékeny folyamat, ugyanis nagyon könnyen sérül. A túl korai, erőltetett leválás is károsítja a személyiségfejlődést, de ugyanezt eredményezheti a túl sokáig húzódó, görcsösen történő kötődés is. A leválásban nagy szerepet játszik az egyén szocializációja, a baráti, társas kapcsolatainak a visszajelzése felé, hogy elfogadják őt, ezáltal biztonságban érezheti magát az anyától levált közegében is. Összegezve: *„A leválás alapfeltétele, hogy biztos énképpel és relatíve reális önértékeléssel rendelkezünk. Ellenkező esetben nagy a veszélye annak, hogy a személy túlzott dependenciaigényét más kapcsolatokban, kontrollálatlanul elégíti ki, ilyenkor könnyen kiszolgáltatottá válhat.”* (Radványi Katalin: A személyiség fejlődését és vizsgálatát nehezítő tényezők fogyatékossgal élő személyeknél, 2007; 2.fejezet 2.5.bekezdés)

3. A KUTATÁS KIÉRTÉKELÉSE

3.1. A KUTATÁS MÓDSZERE, ESZKÖZEI

A pedagógiai jelenségek feltárása általában az egymástól eltérő felfogások összeütközésén alapul. Ezek a jelenségek egyesek szerint nem bonyolultak, nem mérhetőek biztonságosan, ami pedig mérhető az teljesen lényegtelen. *Falus Iván* (2004) azonban máshogy vélekedik ezzel a témával kapcsolatban és ő a következőképpen fogalmazta ezt meg: „*A pedagógiai jelenségek általában jóval komplexebbek, összetettebbek, mint a természettudományokban, s némely társadalomtudományban vizsgált események.*” Továbbá kifejti még azt is, hogy ezek a jelenségek általában nem a szemünk előtt zajlanak le, nehéz felismerni és követni őket. (Bevezetés a pedagógiai kutatás - Műszaki Könyvkiadó Kft., Budapest)

Két fő kutatási stratégia közül választhatunk a témánk feltárásához. Az egyik ilyen a „*deduktív*” kutatási stratégia, amit másnéven neveznek „*analitikus*” stratégiának is. Ennek során a törvényszerűségekre, a történelmi és a nemzetközi tapasztalatokra és más tudományok elemzésére alapozunk. Ide tartozhatnak például a filozófiai, nyelvészeti jellegű kutatások. A másik módszer az ún. „*induktív*” kutatási stratégia, melynek kiindulópontja a pedagógiai valóság és az ott gyűjtött adatok. Ezeket általánosítva elemezzük, így juthatunk el végül az elméletig. Ezen belül ez a stratégia lehet leíró, összefüggésfeltáró és kísérleti. (Bevezetés a pedagógiai kutatás - Műszaki Könyvkiadó Kft., Budapest)

A fent említettek tudatában, hogy minél tisztább és átfogóbb képet kapjak, az induktív kutatási stratégia összefüggésfeltáró módszerét alkalmaztam, melynek eszközei a szóbeli és az írásbeli kikérdezések voltak. Az írásbeli kikérdezés kérdőív formájában valósult meg, amely kb. 10-12 percet vett igénybe és 21 kérdésből állt. A kitöltők száma a kérdőív lezárásakor kerekén 150 volt. A szóbeli kikérdezés 2 beszélgetőalannal valósult meg: egy pedagógiai szakszolgálatnál dolgozó gyógypedagógussal és egy fogyatékossgal élő gyermeket nevelő édesanyával.

3.2. KUTATÁSI KÉRDÉSEK, HIPOTÉZISEK

A kutatásom során arra voltam a leginkább kíváncsi, hogy a szülői attitűd mekkora hatást gyakorol a korai fejlesztés eredményességére, mind pozitív, mind negatív értelemben vizsgálva. Ez a kérdés pedig hozta magával azt a kérdéskört is, hogy az újdonsült szülők mennyire vannak tisztában a gyermeküket esetlegesen érinthető eltérő fejlődésmenetet sejtető tünetekkel, illetve azzal, hogy kitől és milyen formában kérhetnek segítséget. Ezeknek a feltérképezésére a kutatásom alapját a következő kérdések adták meg;

KK1: A szülői attitűd hatással van-e a korai fejlesztés eredményességére, a fejlesztési folyamat megkezdésében, lebonyolításában?

KK2: A megfelelően közölt diagnózis és a szakemberek közötti kommunikáció enyhíti-e a szülő frusztrációját, ezzel segíti-e az elfogadás folyamatát?

A kérdések által teljes képet szeretnék kapni arról, hogy milyen hatást gyakorol a szülői attitűd a gyermekek fejlődésére, és hogy milyen mértékben vannak tisztában a szülők, az első tünetekkel és a segítségkérés lehetőségeivel.

H_{KK1}: Feltételezzük, hogy a negatív szülői hozzáállás csökkenti a korai fejlesztés eredményességét.

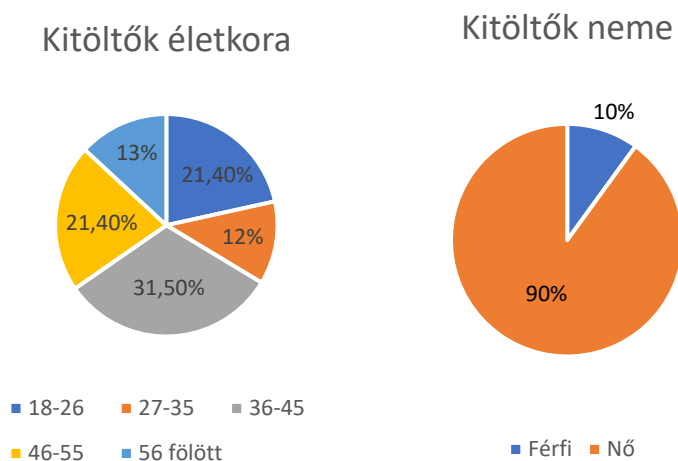
H_{KK1}: Feltételezzük, hogy a nem megfelelő szülői hozzáállás nagy mértékben hátráltatja a korai fejlesztés megkezdését és/vagy lebonyolítását.

H_{KK2}: Feltételezzük, hogy a diagnózis megfelelő közlésével a szülő felé enyhíti a sérülés elfogadásával járó frusztrációt.

3.3. KUTATÁSI EREDMÉNYEK, ELEMZÉSEK

A kérdőívet két alkalommal tettem közzé a közösségi médiában, ezen belül pedig, olyan csoportokban is, ahol különböző fogyatékossgal élő gyermeket nevelő édesanyák tudnak tapasztalatot váltani egymással. A kérdőív kitöltésére, terjesztésére és a kapott adatok nyomon követésére 9 hónap állt rendelkezésemre. Ezalatt kerekén 150 kitöltés érkezett be.

3.3.1. Alapkérdések - nem, kor, lakhely, legmagasabb iskolai végzettség

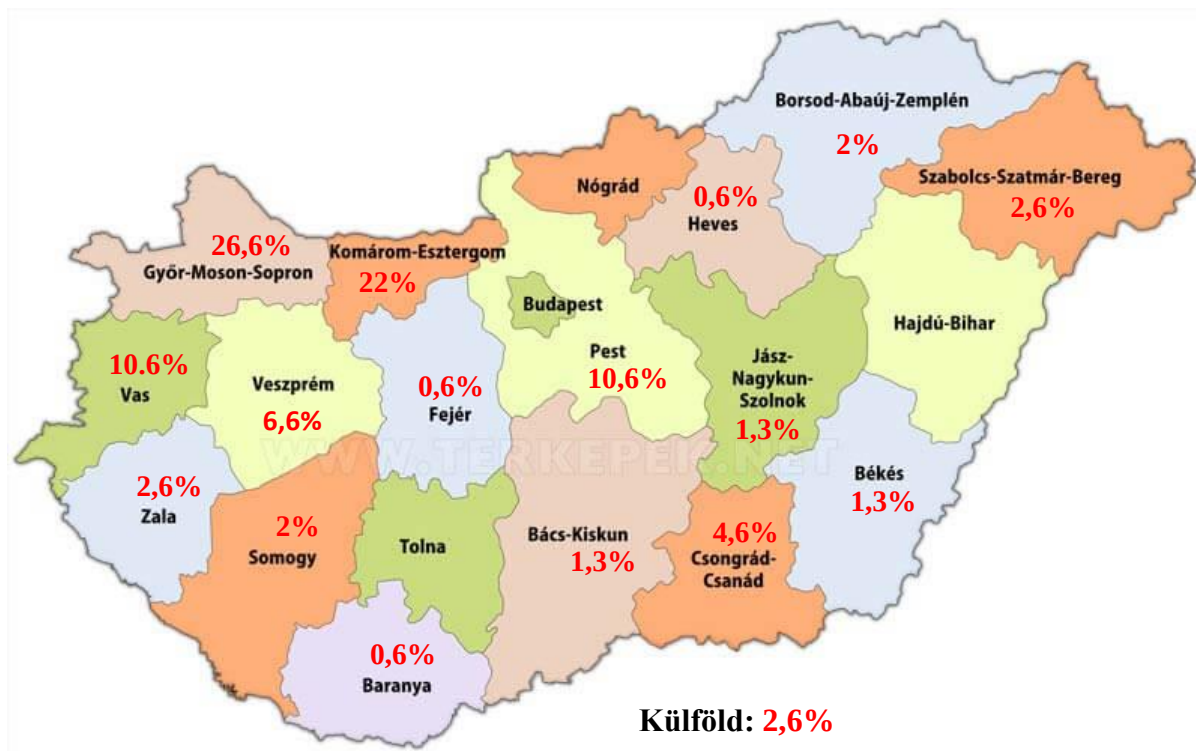


1. diagram: A kitöltők életkora és neme százalékos elosztásban, két különálló diagramban szemléltetve (Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

A kitöltők életkorát tekintve elmondható, hogy minden életkorból érkezett kitöltés, azonban a legnagyobb százalékban a 36 és 45 év közötti személyeket érte el a leginkább a kérdőív. Ezen kitöltők nagy százaléka szülők és pedagógusok. Ugyanez elmondható a második legnagyobb százalékos, 46 és 55 év közötti korosztályról. Ezzel ugyan holtversenyben állnak a 18-25 év közötti kitöltők is, de véleményem szerint mivel nagyrészt gyermekneveléssel kapcsolatos és tapasztalatokon alapuló kérdéseket tettem fel, ezért ez a fiatal korosztály kevesebb előre mozgató információval tud szolgálni a kutatásom számára. Viszont mellettük szól az a tény, hogy a fiatalok a mai nagyléptekben haladó világ szemléletével, más szempontból közelíthetik meg a fogyatékossgal élők helyzetét, tehát mindkét korosztály adhat a kutatás szempontjából érdekes és hasznos információkat.

A nemek közötti elosztás számomra egyáltalán nem meglepő eredményt hozott, hiszen a kitöltők 90%-a nő és csupán 10% férfi. Az édesanyákat és a női pedagógusokat érte el leginkább a kérdőív.

A következő diagram segítségével a beérkezett kitöltések földrajzi eloszlását vizsgálhatjuk meg:

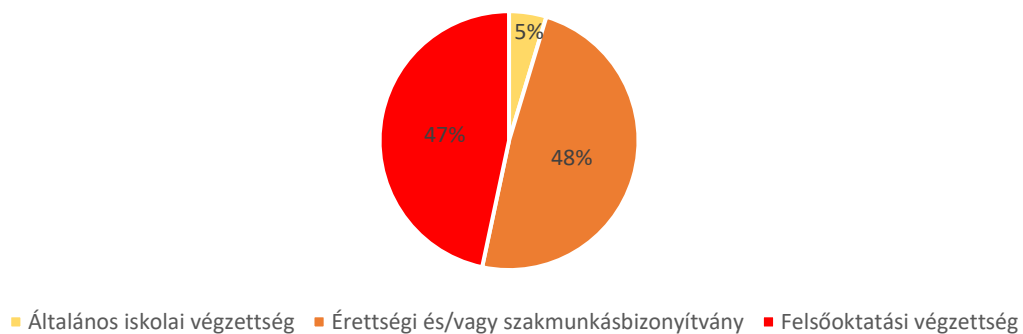


2.diagram: A kitöltők földrajzi eloszlása százalékban megadva

(Forrás: Saját szerkesztés a <http://magyarorszag.terkepek.net/megyek.html> vaktérképének segítségével)

A legtöbb kitöltő Győr-Moson-Sopron, Vas, Komárom-Esztergom és Pest megyékből érkezett be. Úgy gondolom, ez leginkább abból adódik, hogy az én Győr-Moson-Sopron megyei lakhelyem közelében élő ismeretségi körömet érte el elsősorban a kérdőív, illetve ezen túl a megosztások által terjedt tovább. Hazánk 19 megyéjéből 10 megye volt, ahonnan 10 alatti kitöltőt számoltam, illetve 3 megyéből (Tolna, Nógrád, Hajdú-Bihar) nem érkezett be adat.

Kitöltők legmagasabb iskolai végzettsége

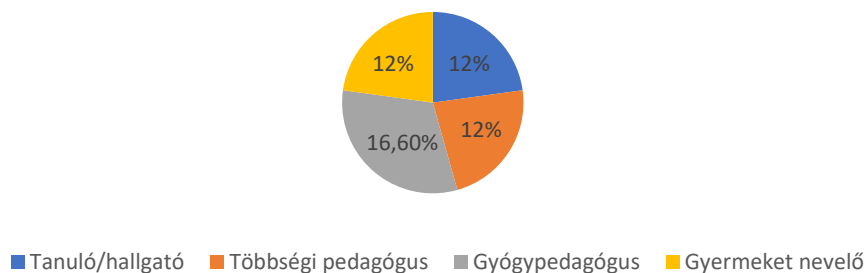


3.diagram: Legmagasabb iskolai végzettséget mutató kördiagram (Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

A legmagasabb iskolai végzettséget vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy magas számban jelennek meg a felsőoktatásban végzettséget szerző valamint az érettségi bizonyítvánnyal és/vagy szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkező kitöltők, 73-70 fős arányban. Mindemellett csupán 5%-ot, azaz 7 főt tesznek ki azok akiknek a legmagasabb végzettségük az általános iskola 8 osztálya.

3.3.2. Betöltött munkakörre, gyermeknevelésre irányuló kérdések

Betöltött munkakör

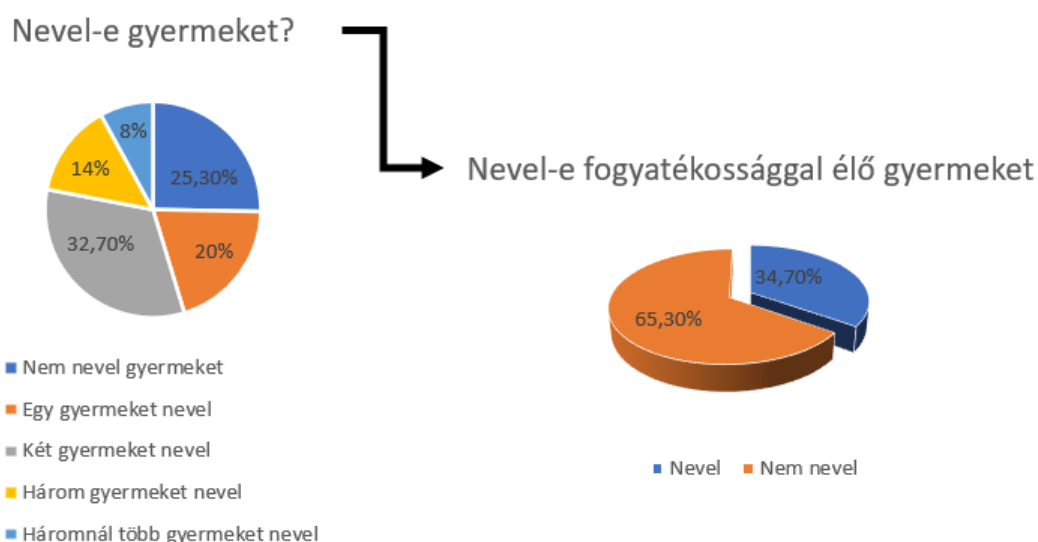


4.diagram: A kitöltők betöltött munkakörére vonatkozó, kutatásomhoz szükséges adatok (Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

A betöltött munkakörre vonatkozó kérdést a kutatásom szempontjából jelentős négy kategóriára osztottam fel és a következő megállapításokat vontam le;

- ❖ A 150 kitöltő; 12%-a tanuló, akik azért lesznek fontosok mert a továbbiakban ismertetni kívánt kérdéseimre adott válaszaik alapján kaphatunk egy képet arról, hogy a fiatalok ma hogyan vélekednek a fogyatékosokról, illetve, hogy az oktatási rendszer milyen szemléleteket tár eléjük

- ❖ 17%-a gyógypedagógus, illetve 12%-a többségi pedagógus, így beleláthatunk az ők együttműködésének formáiba, eszközeibe és, hogy ők miként nyilatkoznak a korai fejlesztés eredményességéről és az aktuális helyzetről
- ❖ 12%-a gyermeket nevelő szülő, közülük pedig 18 főből 11 fő valamilyen fogyatékossgal élő gyermeket nevel, így összehasonlíthatjuk a pedagógiai és a szülői nézeteket a témával kapcsolatban
- ❖ 47%-a olyan egyéb munkakört tölt be, mint a fodrász; eladó; üzletvezető; egyéni vállalkozó; alkalmazott; beosztott; háztartásbeli; vendéglátós munkatárs; gépészmérnök; illetve érkezett jelenleg nyugdíjas kitöltés is



5.diagram: A nevelt gyermekekre vonatkozó kérdések kétlépcsős ábrázolása (Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

Százalékos arányban a kitöltőim 74,7%-a nevel gyermeket. Ezt tovább bontottam egy; kettő; három, illetve háromnál több gyermeket nevelő részre, aminek részletes lebontását a fent látható 5.diagram mutatja. Továbbá számomra fontosnak bizonyul az az adat, hogy a gyermeket nevelő szülők közül milyen arányban jelennek meg a valamilyen fogyatékossgal élő gyermeket nevelő szülők. Tehát a gyermeket nevelők 34,7 %-a nevel fogyatékossgal élő gyermeket és az ő válaszaik különösen hasznosak lesznek a 3.3.3. fejezetben elemezni kívánt kérdéseim tekintetében.

3.3.3. A fogyatékkal kapcsolatos egyéni szemléleteket feltáró kérdések

A kérdőív azon kérdésére, hogy *„Hogyan vélekedik Ön a fogyatékről?”* a következő százalékos arány érkezett: **98%** elfogadja a fogyatékséget és csupán **2%**, azaz 3 kitöltő nyilatkozott úgy, hogy nem foglalkozik vele, nincs véleménye.

A következő kérdések konkrétan a diagnózissal való szembesülésről, valamint a korai fejlesztésről szólnak, és hosszan kifejtős válaszlehetőséget adtam hozzá, így a válaszokat összegezve szeretnék reflektálni rájuk.

Szembesülés a diagnózissal:

Ebben a témakörben két kérdést tettem fel. Az első arra helyezt a hangsúlyt, hogy milyen érzéseket váltott, vagy váltana ki a kitöltőkből a diagnózissal való szembesülés. Itt több válaszlehetőséget lehetett jelölni, szavazatszám alapján a legtöbb szavazatot kapott érzelemtől sorolom őket a legkevesebbig; kétségbeesés (97), szomorúság (88), elfogadás (70), bizakodás (59), csalódás (42), frusztráció (35), düh (24), tagadás (16), megkönnyebbülés (8). Látható, hogy rengeteg negatív érzelmeket soroltam fel, de számomra nagyon pozitív volt, hogy a harmadik helyen áll az elfogadás, még akkor is ha néhány kitöltő esetében ez csak feltételezés.

A második kérdésem arra irányult, hogy a szakemberek általi diagnózis közlésnek melyik formáját találnák megfelelőnek, elfogadást elősegítőnek. Egyértelműen azt állíthatom, hogy a válaszadók véleménye alapján nagyban csökkentené a helyzettel járó frusztrációt, ha egy nyugodt környezetben, egy komplex szakmai team, vagy akár csak egy de rendesen felkészült szakorvos nyíltan, részletesen, egyszerűen, hétköznapi nyelven, érthetően elmagyarázná mivel állnak szemben. Fontos hogy kérdésekkel a fejében nem távozzon egy szülő sem a beszélgetésről, választ kapjon minden bizonytalanságára, és tisztában legyen azzal, hogy milyen úton indulhatnak el, milyen fejlesztések állnak rendelkezésére. De, ami a legfontosabb talán az az empátia!!! Nem a sajnálkozás, a szánakozás, csak a tiszta empátia és türelem!

Egy olyan szülővel készítettem interjút, aki 4 gyermekével, férjével együtt neveli a harmadszülött, most 6 éves Down-szindrómával született kislányát. A szülő kérésére anonim formában szeretném megosztani az ő tapasztalatait a fent említettekkel kapcsolatban. Az édesanya elmondásai alapján teljesen korrekt módon, genetikus, neurológus, gyermekorvos jelenlétében teljeskörű magyarázattal, empátiával közölték a diagnózist és ez nagyban megkönnyítette számára az elfogadás folyamatát. Miután tájékoztatást kapott minden olyan tényről, ami aggasztotta a gyermekével kapcsolatban, elszálltak az ismeretlenből fakadó félelmei, továbbá biztosították abban, hogy mindenben segítségére lesznek, nem engedik el a kezét és támogatják végig és ez hatalmas biztonságot nyújtott számára. Igazán szerencsének

érzi magát, hogy ilyen körülményeket biztosítottak neki, különben biztos abban, hogy nehezebben viselte volna egyedül ezt a harcot.

Habár a kitöltők nagy része az első szembesülés során a negatív érzelmeket sorolták fel, mégis azt nyilatkozták utána, hogy a megfelelő közlés nagy mértékben oszlatja fel azokat. Úgy gondolom, hogy a fentiek értelmében, a négyes számú hipotézist (H_{KK2} : *Feltételezzük, hogy a diagnózis megfelelő közlésével a szülő felé enyhíti a sérülés elfogadásával járó frusztrációt.*) egyértelműen alátámasztották a kapott eredmények.

„Milyen fejlesztési eljárásokat ismer?”

A 150-ből 144 választ tudtam felhasználni a kiértékelés során. Ennek a számnak a **59,7%-a**, azaz 86 fő állította azt, hogy szinte az összes fejlesztési eljárást ismeri, és a legtöbben példákkal is alátámasztották. A legjellemzőbb példák a mozgásfejlesztő eljárások közül kerültek ki, például: Dévény torna, TSMT, Katona torna. Mondhatjuk azt is, hogy a legelterjedtebb módszerekkel körülbelül mindenki tisztában van. A válaszadók **27,7%-a**, tehát 40 fő mondta azt, hogy csak azokat az eljárásokat ismeri, amiket a bölcsődében vagy az óvodában hallott más szülőktől, illetve a pedagógusoktól, akár szó-beszéd, akár ajánlás útján. Továbbá 3 fő jelezte, hogy a tanulmányai során találkozott ezekkel a módszerekkel, illetve 2 fő, akik ismerősök által tudnak róluk. Utóbbi két kategória közösen **3,4%-ot** tesznek ki. Végül a **9%** volt az a 13 fő, akik nem tagadták azt, hogy semmilyen eljárást nem ismernek és nem is hallottak róluk.

Ön szerint milyen életkortól van lehetőség a korai fejlesztés megkezdésére?

A 150 válaszból 131-et tudtam számításba venni, melyeket a következőképpen kategorizáltam;

- ❖ 57 fő gondolja úgy, hogy a korai fejlesztés már a születéskor, illetve pontosabban a születés utáni hetekben megkezdhető. Többen közöltek a válasz mellé saját tapasztalatot, például arról, hogy milyen gyorsan zajlott le a diagnózis felállítása egy Down-szindrómás kislány esetében és, hogy ennek következtében alig egy hónapon belül elkezdődhetett a korai fejlesztés folyamata. Ez százalékos arányban **43,5%-ot** jelent.
- ❖ 30 fő szerint a születés utáni pár hónapban valósulhat meg legelőbb a fejlesztés, ennek részletesebb lebontása mutatta, hogy 2-6 hónap közötti életkorra gondolnak a legtöbben. Ők jelentenek az egészből **22,9%-ot**.

- ❖ 28 fő (21,3%) állítja azt, hogy 1-3 éves kortól igényelhető az ellátás, illetve további 8 fő (6,1%) szerint csak óvodába kerülés után van lehetőség korai fejlesztésre.
- ❖ További beérkezett válaszok a következők voltak; „*első jelektől*” 2,2% ; „*nem tudom*” 3,8%.

Mit gondol, miért jó a korai fejlesztés? / Ön szerint mekkora szerepet játszik a korai fejlesztés biztosítása a későbbi életszínvonal alakulásában?

Hosszú kifejtős válaszadási lehetőséget biztosítottam ehhez a témakörhöz, ezek elemzése, összehasonlítása, majd egységes összegzése olvasható ebben a bekezdésben. Elmondható a válaszokról, hogy a válaszadók kb. 87%-a hasonló nézeteket képvisel a korai fejlesztéssel kapcsolatban. A maradék 13%-a számomra nem felhasználható választ adott. Olyan gondolatok merültek fel, hogy a korai fejlesztés azért nagyon fontos, mert ez a korai életszakasz ez nagyon szenzitív, tehát ebben az időintervallumban nagy változásokat és előre lépéseket lehet elérni a gyermekeknél és nagyon fogékonyak mindenre. Éppen ezért gondolja úgy egy kitöltő (akinek a válasza annyira kiemelkedő volt, hogy szeretném szó szerint ismertetni), hogy az időben megkezdett korai fejlesztés „*megalapozza a későbbi komplex képességek kialakulását, segíti az idegrendszer érését és a megfelelő irányú és iramú fejlődést.*” (Anonim kitöltő) Ezen túl sok szó esett a megelőzésről, a tünetek enyhítéséről, a korrekcióról, illetve a felzárkóztatásról is. Végül de nem utolsó sorban többen kiemelték azt, hogy az eredményesen végzett korai fejlesztés megalapozza a későbbi életminőséget és az önálló életvezetést. Úgy gondolom, hogy az értelmezhető választ adók egyöntetűen rendelkeznek előismeretekkel, illetve sokan tapasztalatokkal is a fejlesztéssel kapcsolatban. Az általuk leírt gondolatok, a tudás, amivel rendelkeznek összehasonlítva a szakirodalmakkal meglehetősen hasonló irányú képet mutat. Egy negatív válasz érkezett, miszerint a korai fejlesztés kifejezetten káros, amiért utazni kell, várakozni kell a gyermekkel, semmibe veszik a család napi ritmusát, káros az anyagi helyzetre és károsítja az anya gyermek kapcsolatát. Valószínűleg, ha vitára bocsátanám ezt a választ, tudnánk érvelni a pro-kontra táblázat mindkét felére, de véleményem szerint számottevően több szól mellette, mint ellene.

A következő kérdésre, hogy fontos-e a korai fejlesztés és, hogy milyen mértékben befolyásolja a későbbi életszínvonal alakulását, szintén egy egyértelmű, összesített választ kaptam: Rendkívül fontos szerepet játszik és nagy mértékben befolyásolja pozitív irányban a fejlődést! (100%-os egyetértés)

A megfelelő szülői attitűd és annak a fejlesztésre gyakorolt hatásának vizsgálata / Egy pedagógiai szakszolgálati gyógypedagógus tapasztalatai

A kutatni kívánt kérdésem az volt, hogy a célcsoport szerint mi az, ami pozitívan és mi az, ami negatívan befolyásolja a fejlesztés eredményességét. A válaszokat a következő táblázatban összegeztem:

Pozitív hatás	Negatív hatás
❖ A szülő görbülékeny együttműködése a szakemberekkel	❖ Tagadás, halogatás, nem elfogadás
❖ A kapcsolódó szakirodalmak tanulmányozása, tájékozottság a témában	❖ A külső segítségek elutasítása
❖ A külső segítségek elfogadása	❖ „Ha nem foglalkozok vele, nincs is”
❖ A köznevelési törvény által biztosított kedvezmények igénybevétele	❖ Otthoni feladatok elhanyagolása
❖ Megfelelő szülői hozzáállás, otthon elvégzendő feladatok rendszeres, előírt gyakorlása	❖ Hátrányos szociális és/vagy anyagi helyzet
❖ A gyermek elfogadása, szerető környezet, figyelem, odaadás	❖ Lakóhely kedvezőtlen távolsága a segítségnyújtástól
	❖ Késői felismerés
	❖ Rosszul megválasztott fejlesztési eljárások
	❖ Szeretet, figyelem, odaadás hiánya
	❖ Durva esetben testi és/vagy lelki abúzus

3.táblázat: Pozitív-negatív tényezők a fejlesztés eredményességére nézve (Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

A kitöltők véleményének szemléltetése után szeretném összefoglalni, hogy hogyan is néz ki ez a jelenség szakértői szemmel. A helyi Pedagógiai Szakszolgálat egyik munkatársával (akinek kérésére anonim formában használom fel az anyagot) készített interjúm során a szerinte négy leggyakrabban előforduló szülői reakciót, hozzáállást beszéltük át;

- ❖ A leggyakrabban az, amikor elfogadják a szülők a fejlesztés szükségességét. Ettől függetlenül többnyire szomorúan veszik tudomásul, de együttműködnek. A hozzájuk forduló családok **80%** át együttműködőnek gondolja és biztonsággal kijelentheti, hogy velük a legkönnyebb eredményesen együtt dolgozni a gyermek fejlődésének érdekében. Nagyban elősegíti a munkát, hogy elvégzik az otthonra kiadott feladatokat, és nagy öröm számukra, amikor ennek az eredményét észre is veszik a gyermek teljesítményén.
- ❖ Gyakori az is, hogy ugyan elfogadják a döntést a fejlesztésre vonatkozóan, de nem biztosítják a gyermek rendszeres megjelenését, nem osztják meg aggodalmukat, keveset kommunikálnak, ezzel pedig akarva-akaratlanul is hátráltatják a folyamatot, ezzel együtt pedig az eredményességet is.

- ❖ Vannak - jellemzően a nagy elmaradással érkező gyermekek szülei -, akik bántásnak élik meg a visszajelzésüket, és nem érzékelik a jóindulatot. Velük eseteként konfliktusos az együttműködés. Néha nem is fogadják el a véleményt a szülők, mert félnek a stigmatizálódástól, és ki is hátrálnak a fejlesztésből, ezzel elvéve az irányított fejlődés lehetőségét a gyermektől.
- ❖ Ritkán az is előfordul, hogy a szakember nem látja a szülői aggodalom alapját. Ezekben az esetekben a szülő aktív részvétele, saját aggodalmainak kifejezése gyakran jelenik meg a fejlesztéseken, gátolva az eredményes munkát

Ezek alapján kijelenthetem, hogy a kitöltők véleménye és a tényleges valóság igencsak közel állnak egymáshoz és, hogy ezekkel az információkkal biztonsággal alátámaszthatom azt a két hipotézisemet, amelyben azt feltételezem, hogy a nem megfelelő szülői attitűd csökkenti a korai fejlesztés eredményességét, illetve hogy nagy mértékben hátráltatja a korai fejlesztés megkezdését és/vagy lebonyolítását. (**H_{KK1}**: *Feltételezzük, hogy a negatív szülői hozzáállás csökkenti a korai fejlesztés eredményességét.* ; **H_{KK1}**: *Feltételezzük, hogy a nem megfelelő szülői hozzáállás nagy mértékben hátráltatja a korai fejlesztés megkezdését és/vagy lebonyolítását.*)

A Pedagógiai Szakszolgálatok működésével kapcsolatos kérdés

A Pedagógiai Szakszolgálatok munkája nagyon összetett és rengeteg területet foglal magába, a diagnosztikától kezdve a fejlesztésekig segítségünkre vannak, irányt mutatnak nekünk. Azonban az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy az ő munkájukkal és a szervezet működésével elég kevesen vannak teljesen tisztában, csupán **30%** jelölte ezt a lehetőséget. **53,3%** jelzett vissza úgy, hogy csupán érintőlegesen/részlegesen ismerik az egység működését. Ezen válaszadók leginkább más szülőktől, óvodában (pedagógustól és/vagy érintett gyermek szüleitől), ismerősöktől, internetes forrásokból értesültek 1-1 eljárásról, szolgáltatásról. Végül **16%** egyáltalán nincs tisztában ezzel.

4. ÖSSZEGZŐ GONDOLATOK

Az elkészült kutatási munkám látván őszintén kijelenthetem, hogy teljes mértékben megérte a több hónapos kutatás és az összeállításába áldozott rengeteg munka, hiszen olyan témát választottam a kutatásom alapjául, ami az első gondolattól az utolsóig fenntartotta az érdeklődésemet.

A munkám során részletesen utána jártam, azoknak a feltételezéseimnek, amelyeket igazolni vagy megcáfolni kívántam. Első körben azt a két hipotézisemet kívántam igazolni, miszerint a nem megfelelő, negatív szülői attitűd hatással van a korai fejlesztés eredményességére, illetve hogy negatívan befolyásolja a fejlesztés megkezdését és lebonyolítását is. A szakirodalmi háttér ugyan kevésbé volt segítségemre, hiszen ez egy olyan feltételezés mit elsősorban tapasztalat útján szerzett információk összegzésével tudtam igazolni. Ebben nagy segítségemre voltak a kérdőívem kitöltői, de legfőképp a helyi Pedagógiai Szakszolgálat egyik munkatársa, akinek ezúton is köszönöm a segítségét!

Végül az utolsó feltételezésemet, hogy a diagnózis megfelelő közlése a szülővel, és a megfelelő szakemberközi kommunikáció nagy mértékben enyhíti a helyzettel és az elfogadás nehézségével járó frusztrációkat. Ezt a pontot egy megfelelő szakirodalmi bevezetés után, olyan szülők tapasztalatai alapján áll módomban igazolni, akik már túl vannak a diagnózissal való szembesülésen és megjárták az elfogadás magas lépcsőjét. Pozitív és negatív módon megélt helyzeteket tanulmányozhattam át, amik által nem volt kérdés, hogy valós a feltételezésem.

5. KONKLÚZIÓ, HOZADÉK

Végül de nem utolsó sorban azt a konklúziót vontam le, hogy a Pedagógia Szakszolgálatok működésével, a diagnosztikai folyamattal és a fejlesztés lehetőségeivel a szülők nagy százaléka nincs tisztában, azonban én úgy gondolom, hogy ha a szülők tisztában lennének akár az előbb felsoroltakkal, akár az eltérő fejlődésmentet sejtető első tünetekkel, akkor ennél is több gyermek kaphatná meg a lehető legkorábban az ő fejlődését szolgáló lehetőségeket, és talán a szülőikben is oldódna az ismeretlennel szembeni félelem.

Tehát a kutatásom hozadékául elkészítettem egy nyolc A5-ös oldalból álló ismetető füzetet, amely tartalmazza a diagnosztikus folyamat lépcsőfokait; a Pedagógiai Szakszolgálatok szolgáltatásait; irányt mutathatna, hogy merre lehet indulni, kihez kell fordulni ha eltérő fejlődésmentet mutat a gyermek; valamint az utóbbihoz kapcsolódva egy - természetesen szakirodalmi háttérrel alátámasztott – rövid összefoglalót a tipikustól eltérő fejlődésmentre sejtető tünetekről. (*Lásd: Mellékletek*) Mindezt egy színes, figyelemfelkeltő köntösben. Ez lehetne egy kis lépés annak irányában, hogy segíthessünk azokon a kétségbeesett szülőkön, akik nem tudják, hogy merre induljanak a segítség felé!

6. IRODALOMJEGYZÉK

Ajánlások a fejlődési zavarok és az érzékszervi fogyatékoságok korai szűréséhez, állapotmegismeréséhez. Módszertani kézikönyv. (Szerzők: Aradi Mónika, Baranyi Ildikó, Csepregi András, Fehérné Kovács Zsuzsanna, dr. Kas Bence, Kiss Erika, dr. Mlinkó Renáta, Sósne Pintye Mária, dr. Stefanik Krisztina, dr. Telcs Borbála, Varga Zsuzsanna) Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest, 2018
21-123.

Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe (Falus Iván, Tóth Istvánné Környei, Márta, Bábosik István, Réthy Endréné, Szabolcs Éva, Nahalka István, Csapó Benő, Mayer Miklósné Nádasi Mária)
Műszaki Könyvkiadó Kft., Budapest
<https://docplayer.hu/5665571-Bevezetes-a-pedagogiai-kutatas-modszereibe.html>
4-21.oldal

Domonkos Ágnes (2007): A Strassmeier fejlődési skála bevezetésének tapasztalatai az értelmileg akadályozott óvodás gyermekek képességstruktúrájának megismerésében, a fejlesztés tervezésében. - Gyógypedagógiai Szemle
http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=9&jaid=59
35. 2. sz. 103-113.

Dr. John Callanan, Professor Kevin R. Ronan, Professor Tania Signal in collaboration with the informed SLP. (2023): Activating parentas in early intervention: The rola of relationship in functional and family gains.
Treatment Manual – Parent Child Relationally Informed Early Intervention
https://tislp-bucket.assets.s3.amazonaws.com/PCRI_EI_Treatment_Manual_TISLP_481c8b79a7.pdf
(Letöltés: 2023. 03.12. 13:21)

Farkas Márta és Csiky Erzsébet (1995): A Brunet-Lézine féle vizsgálati módszer alkalmazása a gyermekkori pszichomotoros fejlődés zavarainak korai felismerésében. In. Torda Ágnes
97-104.

Fejlődés - Mikor forduljunk szakemberhez? - Szabóné Harangozó Andrea és Kereki Judit
Gyermekút: A kora gyermekkori intervenció ágazati fejlesztése - Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest
11.oldalig

Kereki Judit – Szvatkó Anna: A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja (Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest 2015)
<https://biaikorai.hu/wp-content/uploads/2022/02/koragyermekkori-intervencio-gyogypedagogiai-tanocsados-korai-fejlesztos-oktatos-gondozas-szakszolgالاتi-protokoll.pdf>
44-65.
(Letöltés: 2023.01.06. 12:32)

Kis Noémi: Eltérően fejlődő gyermek a családban, Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola
http://epa.oszk.hu/02400/02411/00009/pdf/EPA02411_gyermekneveles_2016_3_001-015.pdf
Gyermeknevelés 4. évf. 3. szám 1–15. (2016)
(Letöltés: 2023.01.06. 14:56)

Radványi Katalin: Legbelső kör: A család. - Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban. – ELTE Eötvös Kiadó Budapest, 2013

https://www.eltereader.hu/media/2017/02/Radvanyi_Legbelso_kor_a_csalad_READER.pdf

(Letöltés: 2023.01.06. 23:32)

73.oldal

Radványi Katalin.: A személyiség fejlődését és vizsgálatát nehezítő tényezők fogyatékkal élő személyeknél. - Erdélyi Pszichológiai Szemle VIII. évf. 1. sz. Kolozsvár, 2007. 1-30.o.

<http://radvanyikatalin.hu/Szem%C3%A9lyis%C3%A9gfejl%C5%91d%C3%A9st%20nehez%C3%ADt%C5%91%20t%C3%A9nyez%C5%91k%20fogyat%C3%A9koss%C3%A1ggal%20%C3%A9l%C5%91%20szem%C3%A9lyekn%C3%A9l>

Ribiczey Nóra és Kalmár Magda (2009): „Mozgó Rizikó” Koraszülött gyermekek fejlődésének tükrében. - Alkalmazott Pszichológia 8. 1-2. sz. 103-123.

Rosta Katalin: Add a kezed! A korai fejlesztés, és speciális óvodai nevelés programja, (szerk.), Logopédiai Kiadó, (2006.) 7-71.

Wolters Kluwer – Jogtár

(<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm>)

7. KÉPEK, ÁBRÁK, DIAGRAMOK JEGYZÉKE

1.ábra: A koragyermekkori intervenció általános folyamatmodellje (Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. Közoktatási Osztály; Szerencsés Hajnalka és Babos Ágnes)

2.ábra: Radványi Katalin: Legbelső kör: A család. – Elterő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban

1.táblázat: A PCRI-EI fázisai

(Forrás: Dr. John Callanan, Professor Kevin R. Ronan, Professor Tania Signal in collaboration with the informed SLP. 2023)

2.táblázat: A szűrés és az állapotmegismerés bemutatása a felhasznált folyamatábra alapján

(Forrás: Kereki Judit – Szvatkó Anna: A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja - Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest 2015)

3.táblázat: Pozitív-negatív tényezők a fejlesztés eredményességére nézve

(Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

1.diagram: A kitöltők életkora és neme százalékos elosztásban, két különálló diagramban szemléltetve

(Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

2.diagram: A kitöltők földrajzi eloszlása százalékban megadva

(Forrás: Saját szerkesztés a <http://magyarorszag.terkepek.net/megyek.html> vaktérképének segítségével)

3.diagram: Legmagasabb iskolai végzettséget mutató kördiagram

(Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

4.diagram: A kitöltők betöltött munkakörére vonatkozó, kutatásomhoz szükséges adatok

(Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

5.diagram: A nevelt gyermekekre vonatkozó kérdések kétlépcsős ábrázolása

(Forrás: Saját készítés a Word segítségével)

8.MELLÉKLETEK

1. Kérdőív:

1. Neme?

- ☐ Nő
- ☐ Férfi

2. Kora?

3. Végzettsége?

- ☐ Általános iskolai bizonyítvány
- ☐ Érettségi és/vagy szakmunkás bizonyítvány
- ☐ Felsőoktatási végzettség
- ☐ Egyéb:

4. Betöltött munkaköre?

5. Melyik megyében él?

6. Van gyermeke? Ha igen, mennyi?

- ☐ Nincs gyermekem
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Háromnál több

7. Nevel esetleg fogyatékossggal élő gyermeket?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

8. Hogyan vélekedik Ön a fogyatékossggról?

- ☐ Elfogadom
- ☐ Nem fogadom el
- ☐ Nem foglalkozom vele, nincs véleményem

9. Milyen fejlesztési eljárásokat ismer?

- ☐ Szinte az összeset
- ☐ Csak, amit a bölcsödében/óvodában hallottam
- ☐ Szinte az összeset

10. Ön szerint milyen életkortól van lehetőség a korai fejlesztés megkezdésére?

11. Mit gondol, miért jó a korai fejlesztés?

12. Ön szerint mekkora szerepet játszik a korai fejlesztés biztosítása a későbbi életszínvonal alakulásában?

13. Mennyire van tisztában a Pedagógiai Szakszolgálatok működési rendszerével, fejlesztő, diagnosztizáló tevékenységeivel?

- ☐ Semmilyen
- ☐ Érintőlegesen/részlegesen
- ☐ Szinte az összeset

14. Ön szerint mi az, ami a legnagyobb mértékben csökkentheti a fejlesztés eredményességét?
(Több válasz jelölhető)

- ☐ Nem megfelelő szülői attitűd
- ☐ Rosszul megválasztott fejlesztési módszerek

- ☐ Hátrányos szociális környezet
- ☐ A késői felismerés
- ☐ A sérülés mértéke, típusa
- ☐ Egyéb:

15. A sérülés diagnózisának ismertetése milyen formában lenne az Ön számára elfogadható, könnyebb feldolgozást biztosító?

16. Milyen érzéseket váltana/váltott ki Önből egy sérülés diagnózisával való szembesülés?
(Több válasz jelölhető)

- ☐ Szomorúságot
- ☐ Kétségbeesést
- ☐ Elfogadást
- ☐ Egyetértést
- ☐ Frusztrációt
- ☐ Tagadást
- ☐ Dühöt
- ☐ Megkönnyebbülést
- ☐ Csalódottságot
- ☐ Bizakodást

17. Ön szerint mivel tudjuk szülőként előremozdítani a gyermekünk megfelelő fejlődését?

(Több válasz jelölhető)

- ☐ Gördülékeny együttműködéssel a szakemberekkel
- ☐ Témához kapcsolódó szakirodalmak tanulmányozásával
- ☐ Megfelelő tájékozódással a témában
- ☐ Külső segítség elfogadásával
- ☐ Lehetőségek szerinti kiegyensúlyozott családi háttér megteremtésével
- ☐ A köznevelési törvény által biztosított kedvezmények kihasználásával
- ☐ Egyéb:

2. Hozadék:



2 3-6 hónapos korig

- Kezei még mindig ökölben, azokat nem tudja kinyújtani
- Nem nyúl a tárgyakért, nem markol, nem viszi a szájához őket
- Egyik kezét nem használja, vagy csak ügyetlenül
- Nem utánoz, nehezebb felkelteni az érdeklődését, nem alakítható ki vele kölcsönös játék
- Fejét egy oldalra tartja, hason nem emeli/tartja hosszan
- Hason nem támaszkodik alkaron, fél évesen tenyéren
- Nincs élénk mozgása, mindig feszít, nehezen emeli a végtagjait
- Nem fordul 5 hónaposan hasról-hátra, majd fél évesen hátról-hasra
- Minden etetés közben, vagy után elalszik
- Rendszerint az orrán bukik, alig észlelhető szivóhatás evés közben

3 6-9 hónapos korig

- Kezei mindig szorosan ökölbe vannak
- Fejét egyoldalra tartja, jobb és bal testrészeit aszimmetrikusan tartja
- Sokszor feszíti magát, izmai túlzottan feszülnek
- Hason fejet nem emel, háton nem fordítja középre
- Keveset nézelődik, gögicsél
- Nincs ún. „differentiált sírás”, ugyanolyan hangszínből sír ha éhes, ha álmos, ha fáj valamelyre
- Nem követi a mozgó tárgyakat a szemével
- Nagyon sokat alszik, rövid ébrenléti szakaszok, akkor is sokat sír
- Szegény reakció közös játékban, nem nézegeti a gondozója arcát
- Nem jelenik meg az ún. „válaszmosoly” reakció, beszédre sem reagál
- Utánzás/próbálkozások hiánya (pl.: nyelvkiütés, szájtátás)
- Keveset eszik, azt is nehezen és sokat bukik és sok levegőt nyeli, „szőröség”
- Ahogy etetési pozícióba kerül, ellenkezően sír

4 9-12 hónapos korig

- Nem tud két tárggyal játszani, megosztani a figyelmét
- A mutatóujj mozgása nem válik külön (gombnyomkodás, lapozás)
- Nem pakol ki / be (pl. dobozból, táskából)
- Tárgyakat nehezen enged el, nem ejt, nem gurít, nem dobál
- Mutatás után sem ütköztet össze két játékot, nem utánoz, sem mondókákban kézművást, sem a szülő tevékenységeit
- Nem nézeget képek könyvet
- Nem alakult ki még semmilyen helyváltoztatási mozgás, vagy szokatlanul közlekedik (pl. fekvő araszol, popsín csúszik)
- Nem ül fel, ülőhelyzetet nem tart fent, testtartása is helytelen
- Mindig anya kell, nem fedez fel maga körül idegen környezetben
- Még mindig nem fogad el hozzátáplálást, csak pépes ételt eszik
- Elalvási és éjszakai átalvási nehézségek vannak

KITŐL KÉRHETÜNK SEGÍTSÉGET?

Ha a korai tünetek közül egy - vagy több - huzamosabb ideig fentáll, esetleg társul másokhoz, érdemes jelezni a háziorvosnak, védőnőnek, aki megfelelő szakmaisággal fel tudja mérni a gyermek állapotát és mérlegelni tudja, hogy az észlelt tünetek okoznak-e valódi aggodalmat. Amennyiben indokoltnak tartja a helyi Pedagógiai Szakszolgálat beavatkozását, segíteni fog a folyamat elindításában, de a vizsgálatkérő lap kitöltésével és leadásával a szülő maga is kérelmezheti a vizsgálatot.

NEM VAGYUNK EGYEDÜL!



TOVÁBBI TŰNETEK EGY ÉVES KOR UTÁN

5 1 - 1,5 éves korig

- Az interaktív játékok iránt nem, vagy csak korlátozottan érdeklődik
- A kézhasználat aszimmetrikus, egyik kezét hanyagolja
- Nem használja a tárgyakat a funkciójuk szerint, fel sem ismeri őket (sem kérésre, sem képeskönyv lapozásakor)
- Formabeillesztést nem hajt végre
- Az önállóan járás még nem alakult ki, mászásban nem tud akadályokon átmászni, nem is keresi a mozgáselehetőségeket
- Nem mászik le / lép le a före, homokra, kavicsra a pokrócra
- Hintában, más mozgó alátámasztási felületen fel
- Még mindig nem fogad el mást csak a pépes ételt
- Nagyon zavarja ha maszatos bármilye
- Nehezen nyugtatható, gyakran ébred sírva

6 1,5 - 2 éves korig

- A játéktárgyak nem keltik fel az érdeklődését, kezdetleges, cselekvésre alapuló mintha-játékot nem játszik, nem érdeklődik a szociális interaktív játékok iránt
- Arca mimikáiban, érzelmei nem, vagy kevésbé tükröződnek az arcán. Mások érzelmeire nem reagál
- Oszterakós játékban nem akar, nem tud részt venni, nem akar nyomot hagyni (maszatolni, festeni kézzel), nem tud és nem is próbál egymásra tárgyakat tenni
- Egyszerű problémahelyzeteket sem old meg egyedül
- Segítséggel tud csak járni, de akkor is bizonytalan
- Testtartása, állása aszimmetrikus
- Zavarja, ha szokatlan érzetet okozó dolgok érnek hozzá
- Nem szívesen jár egyenetlen terepen
- Egyenesen tiltakozik evéshelyzetben
- Nem szeret tisztálkodni, fogat mosni, szappanhoz érni

7 2 - 3 éves korig

- Mindig ugyanarra a helyre megy, ugyanazokkal a játékokkal ugyanazt játssza
- Hosszasan szereti figyelni a forgó tárgyakat
- A futás és az ugrás még nem jelent meg
- A lépcsőn csak kézfogással tud menni
- Lábbal hajtható járműre nem ül szívesen
- Nem próbálkozik az önálló evéssel
- Szélségtől evő, a darabos ételt nem eszi meg, vagy rágás nélkül nyeli le a falatot
- Erősen zavarja, ha maszatos lesz, vagy hárítja a szappanozást, fogmosást, körömvágást, hajmosást
- Rendszeresen visszatartja a székletét
- Váratlan duhkitörései vannak, nehezen csillapítható
- Túlnyomó többségben a felnőtt szavait echolálja, alig néhány szót használ magától
- Kívánságait a felnőtt kezének irányításával, kézvezetés használatával jelzi

MERJÜNK SEGÍTSÉGÉRT FORDULNI! VAN KIHEZ!

Sopron
2023

Tudományos Diákköri
Konferencia