

Soproni Egyetem
Benedek Elek Pedagógiai Kar
Gyógypedagógia alapszak

A KORAI FEJLESZTÉS HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA

Készítette: Szabó Zsanett
Témavezető: Dr. Vida Gergő PhD

2023.

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés.....	3
2. A korai fejlesztés elmélete.....	5
2. 1. A kora gyermekkori intervenció kialakulásának történeti háttére	5
2. 2. A koragyermekkori intervenció és a kapcsolódó fogalmak meghatározása	7
2. 3. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai	8
2. 4. A probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig	10
2. 5. A kora gyermekkori intervenció szereplői és együttműködésük	10
3. A korai fejlesztés lépései.....	11
4. Kutatásmódszertani rész az eset bemutatása.....	13
5. Az eset bemutatása	14
6. Összegzés, záró gondolatok.....	24
Irodalomjegyzék	29

1. Bevezetés

A dolgozatban a korai fejlesztés hatását vizsgálom egy esettanulmány alapján. A témát relevánsnak tartom a gyógypedagógia témakörében, hiszen az időben elkezdett fejlesztések befolyásolhatják a fogyatékossgal élő gyermekek későbbi életét (Czeizel és Kemény, 2019).

A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján az elmúlt tíz évben a korai fejlesztésben résztvevő gyermekek száma több, mint a duplájára megnőtt (KSH, 2022). Ez is mutatja a kora gyermekkori intervenció fontosságát. A korai fejlesztés és intervenció ellátása a pedagógiai szakszolgálat tevékenység rendszerébe tartozik, ahol multidiszciplináris team munkája segíti elő a legmegfelelőbb szakmai ellátást. A korai fejlesztésben részt vesz a gyógypedagógus is, akinek feladatköre összetett.

A gyógypedagógus közreműködik a szakértői bizottság munkájában, melynek része, hogy a különböző beavatkozások szükségességéről döntsön, az adott problémát alátámassza vagy kizárja, így a korai intervenció esetében is hozzájárul mindehhez. Egy diagnózis felállításakor alapvető feladata, hogy a szülőket kellőképpen informálja a további teendőkről és a lehetséges fejlesztésekről. Ezen kívül egyén vagy csoportos fejlesztési terveket készít még a gyógypedagógus, amiknek köszönhetően időben, már a felismerés korai szakaszától megkezdődhet a gyermekek kora gyermekkori intervenciók ellátása (Hámori et. al., 2021).

A korai fejlesztés során a különböző szakemberekkel együtt dolgozva tud érvényesülni a gyógypedagógus munkája. A gyógypedagógia több szakiránya is megjelenik a pedagógiai szakszolgálat által nyújtott korai fejlesztésben. Így biztosítva akár egy kromoszóma rendellenesség következtében sérülté vált akár hallás vagy látássérült gyermek teljes körű fejlesztését (Nkt. 4. §).

A gyógypedagógiai munka egy másik ága, hogy a gyermekek mellett az érintett szülőkkel is foglalkozzon, természetesen a saját hatáskörén belül. A szülőknek a kora gyermekkori intervención belül gyógypedagógiai tanácsadást tart, ahol fontos információkkal látja el őket a gyermekük gördülékenyebben történő nevelésében. Ezenkívül szintén szülőknek tart szülőklubokat, ahol a hasonló élethelyzetben lévő szülők megoszthatják egymással a tapasztalataikat, ami főleg a korai fejlesztésben nagyon hasznos lehet, amikor is még egyfajta gyászreakció zajlik le a szülőkben (Kis, 2016). Ilyen esetben viszont már a gyógypedagógus kompetenciái nem elegendőek, szükséges lehet pszichológus bevonása is.

Ezekon felül a gyógypedagógus a szülőkkel és gyermekeikkel való találkozásokon túl konzultál a teamjében dolgozó szakemberekkel. Ezen felül képzzi magát és tapasztalatokat szerez, annak

érdekében, hogy minél nagyobb rálátása legyen a korai intervencióban megjelenő új módszerekre, terápiákra és nyomon kövesse a tudomány folyamatos fejlődését (OH, 2019).

A korai fejlesztésben dolgozó gyógypedagógusok feladata széleskörű, nagyon fontos kellő jártasságot és tapasztalatot igényel, hiszen egy nagyon szenzitív időszakban foglalkozik a kisgyermekkel.

2. A korai fejlesztés elmélete

2. 1. A kora gyermekkori intervenció kialakulásának történeti háttere

Az elmúlt éveket tekintve a korai fejlődés támogatása hazánkban egyre szélesebb körben kezd elterjedni. Ez jelentőséggel bír nemcsak a köznevelés szintjén, hanem egészségügyi, szociális és társadalmi szinten is. A korai tapasztalatszerzés nagyban befolyásolja a gyermekek fejlődését, ezért is fontos, hogy megfelelőképpen történjen a támogatása. Ez hatványozottan igaz abban az esetben, ha a kisgyermek valamilyen nehézséggel él együtt (Czeizel és Kemény, 2019).

Magyarországon a korai intervenció kiépült rendszere biztosítja a megkésett fejlődésű gyerekeknek és családjaiknak a szükséges támogatást. Vélhetően a rendszer folyamatosan fejleszthető, akár abból a szempontból is, hogy vélhetően nem mindenki számára elérhető, regionális viszonylatban nézve nagy különbségek tapasztalhatók és nincs meg a különböző szakemberek közötti megfelelő szintű együttműködés (Czeizel, 2009).

A korai fejlesztés rendszere az évtizedek során sokat változott, a cél mindig az volt, hogy a gyermekeknél elősegítsék a fejlődést és támogatást tudjanak nyújtani a családoknak. Az 1970-es évektől működik a szervezett kora gyermekkori intervenció. Kezdetben még nagyon egyszerű szinten működött a 0-3 éves korosztálynál korai időszakban történő diagnosztizálás és maga a fejlesztés. (Czeizel, 2009)

1975 egy újabb mérföldkő hazánkban, ekkor jött ugyanis létre dr. Katona Ferenc vezetésével az első Fejlődésneurológiai Osztály. Ez új lehetőséget biztosított a kóros idegrendszeri fejlődéssel született és az atipikus fejlődésű újszülötteknek, csecsemőknek a diagnosztizálás és terápia területén. Megjelent a neuroterápia, mely a professzor úr nevéhez fűződik, ez a mai napig ismert és a szakemberek által sikerrel alkalmazott Katona-féle módszer. Az új módszer és a hozzá kapcsolódó átfogó ellátás, amit az intézmény biztosított nagy jelentőséggel bírt és bír a mai napig a korai fejlesztésben (Rózsáné, 2015).

Az 1970-es évek a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola és Pedagógiai Pszichológiai Intézet munkájában is jelentős voltak, ugyanis ekkortól kezdődött meg a diagnosztizálása az értelmi, az érzékszervi és a halmozottan sérült gyermekeknek. Elkezdtek foglalkozni a 80-as években az óvodás kor előtt állók mozgásfejlesztésével, ebből fejlődött ki az irányított családi nevelés. Egyre több tapasztalatra tettek szert, melyek a képzésben is visszaköszöntek, a 80-as évek közepétől speciális kollégiumként kezdetét vette a korai

fejlesztésnek az oktatása. Ez nagy mérföldkönek számított a gyógypedagógia oktatásában és munkában (Kereki, 2017).

Azokban a családokban, ahol sérült gyermeket neveltek igény merült fel a napközbeni ellátásra. 1984-től megkezdődött az integrált bölcsődei befogadás és a gondozáson belüli korai fejlesztés. Az 1990-es években alakultak meg a korai fejlesztő központok Zalaegerszegen és Pécsen. Budapesten 1992-ben megalakult a Korai Fejlesztő Központ. Már ekkor is jelen volt a multidiszciplináris team munka a gyermekorvos a gyógypedagógus és a gyógytornász együtt dolgozott. Ezekről az évektől kezdtek elterjedni országos szinten az integrált bölcsődék. (Lányiné, 2012; Rózsáné, 2015 és Kereki, 2017).

Az 1993-as köznevelési törvénynek köszönhetően vált az 1-5 éves sajátos nevelési igényű gyermekek számára elérhetővé a megfelelő szintű korai fejlesztés és gondozás (Kereki, 2017). A korai fejlesztés megvalósítása több szintén is megvalósíthatóvá vált, akár otthoni ellátás, akár bölcsődei vagy gyermekotthoni gondozás formájában is. A bölcsődék eldönthették, hogy szegregált vagy integrált nevelés keretében nyitják meg kapukat a sajátos nevelési igényű gyermekek számára (Rózsa, 2009).

Sok sérült gyermeket nevelő családnál nehézséget okozott a gyermekük problémájának megfelelő módon történő kezelése, ezért egyre több intézményben alakultak pszichológus irányította egyéni és kiscsoportos beszélgetések (Rózsáné, 2015).

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény határozta meg a gyógypedagógiai tanácsadás, a korai fejlesztés és gondozás, valamint a pedagógiai szakszolgálat tevékenység fogalmát. A 15/2013-as EMMI rendelet módosítása értelmében a korai fejlesztés kikerül a szociális és gyermekjóléti irányítása alól. Ebből adódóan a korai fejlesztés feladatát a bölcsődében, a gyermekotthonban, a fogyatékos személyek nappali intézményében, és a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában a pedagógiai szakszolgálat szakemberei látják el. Az intézmények biztosítják az ellátáshoz szükséges helyszínt, itt maga a fenntartó is gondoskodhat a szakember ellátásról. A Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság által irányított kora gyermekkori intervenció a 2014-es évtől egyre nagyobb figyelmet kap. Az évek során fokozatosan fejlődött és körvonalazódott a fejlesztést ellátó hálózat, a különböző módszerek alkalmazása és az egész koragyermekkori intervenció témaköre.

A rövid történeti háttér ismertetése szükséges ahhoz, hogy átlássuk milyen főbb állomások - akár törvényi, akár intézményi szinten- alakították ki a jelenleg működő korai fejlesztés hálózatát.

2. 2. A koragyermekkorai intervenció és a kapcsolódó fogalmak meghatározása

A nemzetközi szakirodalmakat elnézve más-más fogalmat találunk a koragyermekkorai intervenció meghatározására. Különbőség több területen is jelen van, mint például a célcsoportok esetében nem egységes az életkori és problématerület szerinti megállapítás, ezen felül a szolgáltatások köre és az ellátási időszak meghatározása sem egységes. A kora gyermekkorai intervenció alatt a megkésett fejlődésű és a diagnosztizált fogyatékos gyermekek és családjaik számára nyújtott speciális szolgáltatásokat értjük, amelyeket a gyermek születésétől egy meghatározott életkoráig vehetnek igénybe (Kereki, 2017).

Ezzel szemben a korai intervenció fogalma mást jelent. 2005-ben az European Agency for Special Needs and Inclusive Education, azaz az Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért definiálta a korai intervenció fogalmát, amely eltér a kora gyermekkorai intervenciótól. Ide tartozik minden olyan időben megkezdett intervenció, vagyis beavatkozás, amely által a rászoruló gyermekek és családjaik a nevelésben és oktatásban részt vehetnek (EADSNE, 2005).

Az European Agency, vagyis az Európai Ügynökség a kora gyermekkorai intervenció esetében középpontba helyezi a multidiszciplinaritást. Ennek értelmében tanácsolja az egészségügy, az oktatás és a szociális szféra közötti kooperációt. Öt mindenkor érvényű ajánlást tesz, mellyel célja elérni azt, hogy más országokban is megjelenjen és alkalmazzák ezt az öt alapvető javaslatot a kora gyermekkorai intervenció során. Ez az öt ajánlás a következő:

- Elérhetőség: a szolgáltatások minden család számára a kezdetektől fogva elérhető legyen.
- Közelség: a lakóhelyhez legközelebb eső szolgáltatást igénybe tudják venni.
- Költségfedezet: a szolgáltatások ingyenesek legyenek vagy ha ez nem megoldható kevésbé terhelje meg a családokat pénzügyileg.
- A szolgáltatások sokfélesége: ez úgy tud létrejönni, hogy a különböző ágazatok kollaborálnak egymással.
- Interdiszciplináris teammunka: a különböző szakemberek kooperációja által tud megvalósulni úgy, hogy ennek a teamnek a szülő is részese és a szakemberek velük is együtt dolgoznak (EADSNE, 2005; 2010).

Nálunk az a definiálás nyert teret, miszerint a kora gyermekkorai intervenció felöleli az összes gyermekekre és az ő családjukra fókuszáló ellátást és szolgáltatást. Magába foglal mindent, ami a gyermekek és családjaik speciális támogatása érdekében történik, hangsúlyt fektet az érintett

gyermekek személyi fejlődésére, emellett erősíti a család kompetenciáit, azon célból, hogy ne csak a gyermek, hanem a családja számára is könnyebben megvalósuljon a szociális beilleszkedés. Maga a kora gyermekkori intervenció széleskörű működési kört ölel fel, a kezdeti lépésektől, vagyis a szűrésektől maga a probléma felismerésén és a jelzéseken át, az adott állapot megismerését, annak diagnosztizálását és az abból adódó szükséges habilitációs és rehabilitációs, valamint terápiás folyamatokat, valamint az ehhez kapcsolódó gyógypedagógiai tanácsadást és fejlesztéseket, illetve nem utolsósorban a juttatási rendszert fogja össze. A preventív jellegre nagy hangsúlyt fektet, itt megemlítendő a mentális egészség és azok a kapcsolati mintázatok, melyeket a helyes viselkedés szabályozása érdekében ideálisan kell befolyásolni (Kereki és Szvatkó, 2015).

A köznevelés témakörén belül kell elkülönítenünk a gyógypedagógiai tanácsadást és magát a korai fejlesztést és gondozást. Ez az a pedagógiai szakszolgálat által biztosított speciális szolgáltatás, ami a három év alatti, illetve különleges esetekben hatéves korig nyújt komplex gyógypedagógiai fejlesztést és tanácsadást a gyermekeknek és családjuknak, ezen felül segíti a szociális, kommunikációs és nyelvi készségek, illetve a mozgás fejlesztését. A speciális szolgáltatások köre kiegészül még pszichológiai segítségnyújtással is, akár bölcsődekről, akár otthoni környezetből érkezőről, akár állami gondozásban részesülő gyerekekről is van szó (Kereki és Szvatkó, 2015).

2. 3. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai

Négyféle célcsoportot különböztetünk meg a kora gyermekkori intervenció területén, ezek a következők:

- a biológiai rizikófaktorral élő, organikus okok által érintett, fejlődési rizikófaktorral született-ideértve akár a koraszülötteket-, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékkal élő vagy krónikusan beteg gyermekek,
- a pszichés fejlődés tekintetében veszélyeztetettek,
- a szociálisan hátrányos helyzetűek, ideértve a hátrányos helyzetű és a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekeket,
- a kiemelten tehetséges gyermekek és családjai.

Ezen alcsoportok a korai intervenció során többnyire átfedik egymást (Kereki, 2015 b).

A célcsoportok meghatározásának alapjául szolgált a köznevelési törvény által leírt kiemelt figyelmet igénylő gyermekek köre, mely két fő csoportra osztható, a különleges bánásmódot

igénylők és a hátrányos, illetve halmozottan hátrányos helyzetűek köre. A különleges bánásmódot igénylők körébe tartoznak a sajátos nevelési igényű gyermekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő és a kiemelten tehetséges gyermekek (2011. évi CX. törvény 4. § 25.).

A biológiai rizikófaktorral élők csoportját nagyrészt a sajátos nevelési igénnyel rendelkezők alkotják. Sajátos nevelési igényű gyermeknek, tanulónak tekintjük azt, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd (2011. évi CX. törvény 4. § 25.).

Az egyik leggyakoribb rizikótényező a koraszülöttség, mely a későbbiekben fejlődési problémához vezethet. Ezen kívül említendő még a krónikus beteg gyermekek köre. Bár az ő ellátásuk legfőképpen egészségügyi központú, fontos a helyzetüket bio- pszicho- szociális szempontból nézni. A WHO megfogalmazása szerint ide tartoznak a hosszan tartó, lassú lefolyású betegségek, amelyek korai eredetűek (WHO, 2005).

A pszichés fejlődés tekintetében veszélyeztetett gyermekek egy külön csoportot alkotnak az ellátási szükséglet szempontjából. A gyermekeknél már kiskorban megjelenhetnek fejlődési elakadások, melyek regulációs zavarokhoz (mint például evés- vagy alvászavarok) viselkedésszabályozási nehézségekhez (itt említendő az agresszió, vagy a nagymértékű visszahúzódás) vagy érzelmi-hangulati gondokhoz (melyek lehetnek a kapcsolódási zavarok, a depresszió vagy a szorongás) vezetnek. A pszichés fejlődés által sérülékennyé váló gyermekek köréből válnak ki nagyrészt a különleges bánásmódot igénylők körébe tartozó beilleszkedési, (tanulási), magatartási nehézséggel küzdő (rövidítve BTMN) gyermekek. A törvény szerint azok a gyermekek (tanulók), akik a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, (tanulási), magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek, közösségbe való beilleszkedésük, továbbá személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősülnek sajátos nevelési igényűnek (2011. évi CX. törvény 4. § 3.).

A gyermekvédelmi törvény meghatározza a szociális hátrányos helyzet kategorizálását. Hátrányos helyzetűnek tekintjük azokat a gyermekeket és nagykorúvá vált gyerekeket, akik rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosultak és az alábbi körülmények közül egy fennáll: a szülők vagy a családbafogadó gyám alacsony iskolai végzettségű; a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony foglalkoztatottságú; a gyermek elégtelen lakókörnyezetben él,

illetve megállapítható, hogy a gyermek szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben vagy félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek (2013. évi XXVII. törvény 45. §).

A pedagógiai szakszolgálatok feladatainak körébe tartozik a kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) ellátása, fejlesztése. Kiemelten tehetséges gyermeknek (tanulónak) tekintjük, azokat, akik átlag feletti általános vagy speciális képességek birtokában magas fokú kreativitással rendelkezik, és felkelthető benne a feladat iránti erős motiváció, elkötelezettség (2011. évi CXCV. törvény 4. § 14.).

2. 4. A probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig

A probléma háttere, ami indokolhatja a korai fejlesztést diverz. Visszavezethető akár prenatális, azaz születés előtti állapotra, vagy a szülés során, azaz perinatális stádiumban elszenvedett ártalmakra is. Amennyiben az érintett gyermekek problémái ilyen oki háttérrel rendelkeznek perinatális vagy neonatális intézményi centrumokban kerülnek, ahol a megfelelő szakemberek alkotta team gondoskodik az ellátásukról és a majdani utógondozásukról, melynek része a rehabilitációs, terápiás ellátás. Ha a problémát a háziorvos vagy a védőnő veszi észre, a legtöbb esetben az egészségügyi ellátórendszerbe kerül be a gyermek, innen pedig bekerül a pedagógiai szakszolgálat ellátórendszerébe. A Koragyermekkor projekt elmúlt években végzett munkájának köszönhetően egyre szélesebb körbe lett rálatásuk a védőnőknek a pedagógiai szakszolgálat nyújtotta lehetőségekről, az ott folyó szakemberek munkájáról. Ennek köszönhetően ez az érintett gyermekek egészségügyi rendszerből való tovább juttatását a köznevelési rendszerbe nagyban segítette. A szülők megfelelő tájékoztatása a gyermek fejlődését illetően szintén alapvető követelmény.

2. 5. A kora gyermekkori intervenció szereplői és együttműködésük

A sajátos nevelési igényű gyermekek és családjaik ellátásában a gyermekek születésétől az iskolába lépésükig három fő terület játszik fontos szerepet, ezek az egészségügyi, a köznevelési és a szociális szektor. Ezen területek irányítását az Emberi Erőforrások Minisztériuma végzi. Az egészségügyben a védőnők az első helyen szerepelnek, akik figyelemmel kísérik a gyermek fejlődését és ha eltérést észlelnek azt jelzik a szülőknek, illetve az orvosnak. Ezen kívül az ő feladatuk a köznevelési és szociális partnerekkel történő együttműködés. A köznevelési szintén a pedagógiai szakszolgálat és az ott végzett feladatokat kell kiemelni, főleg a téma szempontjából a korai fejlesztést és gondozást. Ezt a feladatkört rendelet szabályozza, mely a

következő: „A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása.” (2015/13. EMMI rendelet 4. §). Emellett még megemlítendő az egységes gyógypedagógiai és módszertani intézmények működése, melyek már óvodás kortól végeznek fejlesztéseket és az utazó gyógypedagógiai hálózat segíti az integráltan nevelt gyermekek oktatását (Kereki, 2017).

3. A korai fejlesztés lépései

A korai fejlesztés három fő lépcsőfokból áll, melyek egymásra épülnek. Elsődleges szint maga a felismerés és a szűrés. Már az újszülötteknél végeznek az anyagcserebetegségek kimutatására szűréseket, ha esetleg valamilyen szindróma merülne fel, genetikai vizsgálatra küldik a gyermeket. Látás és hallásvizsgálatot is végeznek már újszülött korban, ha a későbbiekben érzékelési problémák mutatkoznak további vizsgálatokra kerül sor. A gyermekek adott életkorában elvégzett szűrővizsgálatok segítik a védőnőket és a házigyermekeorvosokat a fejlődés nyomon követésében. A védőnők a szűrővizsgálatokkal megfigyelik a motoros képességeket, hogy azok az életkornak megfelelő ütemben fejlődnek-e, illetve ezt a folyamatot segítik még a szülői kérdőívek.

A köznevelési rendszerbe bekerülve a pedagógusok is jelezhetik, ha problémát észlelnek a gyermek fejlődésében. Ilyen esetben beszélnek a szülővel és jeleznek a területileg illetékes védőnőnek a tapasztalataikról, aki gyermekorvoshoz vagy indokolt esetben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságához küldi a gyermeket.

Ha atipikus érzékszervi vagy mozgásfejlődés figyelhető meg, mielőbb sérülésspecifikus szakemberhez kell fordulni, annak érdekében, hogy mielőbb megkezdődhessen a korai beavatkozás (Kereki, 2019).

A szűrést követi a második lépcsőfok, a diagnosztika. Az alapvizsgálatok után, ha probléma merül fel a gyermekorvos kezdeményezi a további kivizsgálásokat, melyeket legtöbb esetben gyermekneurológus végez el. A diagnosztizálást segíti még más szakorvosok, gyógytornász, különböző végzettségű gyógypedagógus és pszichológus bevonása. A vizsgálatok minden esetben komplex mód történnek, akár mozgásszervi, akár érzékszervi elváltozásról vagy a központi idegrendszert érintő problémáról van szó.

A diagnosztikát végző team tájékoztatja a szülőket, a szükséges kezelésekről, terápiákról és segítik a szülőket, hogy létrehozassák az ideális környezetet a gyermek fejlődése szempontjából.

A gyermekek a diagnózis megszületése után korai fejlesztésben vesznek részt, mely általában a pedagógiai szakszolgálatoknál valósul meg, hiszen ez annak egy feladatköre. Itt a sérülésüknek megfelelő gyógypedagógus foglalkozik a gyermekekkel, ha szükséges más szakembert is bevonnak a fejlesztésbe (Kereki, 2019).

A korai fejlesztésbe való bekerüléssel megkezdődik a terápiák alkalmazása, ezt tekinthetjük a harmadik lépcsőfoknak. A terápiák kiválasztásakor fontos tényező magának a gyermeknek az állapota, az ő egyéni igényeihez kell alkalmazkodni.

A mozgásszervrendszert érintő rendellenességek esetében mozgásfejlesztést, mozgásterápiákat alkalmaznak. Ezeket a terápiák típusától függően végezhetik gyógytornászok, szomatopedagógusok vagy konduktorok.

Ha a központi idegrendszert érintő problémáról van szó, a károsodott funkciók fejlesztése és rehabilitációja kerül a középpontba. Ez esetben a mozgásterápiák kiegészülnek kognitív és szenzoros integrációs terápiákkal.

Érzékszervi sérülés esetén a megfelelő szakirányú végzettséggel rendelkező gyógypedagógus bevonása szükséges a terápiás folyamatba. Látássérültek esetében tiflopedagógus, hallássérült gyermekek fejlesztésében szurdopedagógus kolléga tud segíteni. A tanulásban vagy értelmileg akadályozott szakos gyógypedagógus tudja a kognitív képességeket fejleszteni. Beszédproblémák észlelésekor logopédus szakember segítségét kell igénybe venni.

Hazánkban a leggyakrabban alkalmazott terápiák a Dévény-módszer, az Ayres-terápia, a dr. Katona Ferenc által kidolgozott neurotréning, a konduktív pedagógiai módszer, illetve a Tervezett Szenzomotoros Tréning.

A szakvéleményben minden esetben ki kell jelölni a legmegfelelőbb szakembert, aki sérülésspecifikus terápiát tud nyújtani az optimális eredmények elérése érdekében.

A korai fejlesztésben alkalmazott terápiák célja elsődlegesen a gyermek állapotának javítása, de egyben foglalkozni kell a család lelki traumájának enyhítésével is, melyben klinikai szakpszichológus tud segítséget nyújtani (Kereki, 2019).

4. Kutatásmódszertani rész az eset bemutatása

A szakdolgozati kutatás során egy esettanulmányt dolgoztam fel, mely a vizsgált gyermek életútját tíz éves koráig mutatja meg. Ezen évek alatt több vizsgálaton is részt vett, így az esettanulmány szempontjából kellő mennyiségű dokumentum állt a rendelkezésemre.

Az esettanulmány alkalmazása a gyógypedagógiai területén nem példa nélküli (Brantlinger et. al. 2005). Adekvát módszertani stratégiának tekinthető, hiszen az általunk választott eset számtalan olyan adatot tartalmaz, mely megközelítése és feldolgozása kvalitatív módon a leginkább hatékony. Maga, a gyógypedagógiai diagnózis alkotása sem kizárólag induktív vagy deduktív módon zajlik, hanem sokkal inkább igazítható egy abduktív folyamathoz (Vida, 2022).

A korai fejlesztés sikeressége és a folyamat hatékonysága kevésbé állapítható meg, hiszen kizárólag longitudinális kutatással közelíthető (Csapó, 2007), ennek oka, hogy a korai fejlesztésre jogosult gyermekek esetében megjósolhatatlan, hogy a későbbiekben valóban jelentkeznek tanulási vagy egyéb problémák az iskolai előmenetel során. A korai fejlesztés egyik meghatározott célja (Czeizel, 2009) pont az, hogy ezt elkerülhessük. Az általunk választott esettanulmány egy gyermek esetében lehetővé teszi ezt a hosszmetzeti kutatást az esethez kapcsolható iratanyag vizsgálata során.

Az esettanulmányhoz tartozó eset dokumentációja több „8 évnyi időszakot ölelnek fel, mely intervallum alatt hétszer vizsgálták valamilyen szempontból az érintett gyermeket. Csak ehhez az esethez 148 oldalnyi szöveg csatlakozik és 9 oldalnyi, a gyermek által készített munka és kitöltött tesztlap. A feljegyzések között található a vizsgáló szakértők által készített kézzel írt vélemények, memók is” (Vida, 2023) és egy szélesebb fókuszú kutatás során kiválasztott dokumentáció és adathalmaz része, mely a tanulási zavar megállapításának szükség és elégséges feltételeit vizsgálta, tehát nem az említett korai fejlesztéshez kapcsolható. A korai fejlesztés és az adatgazdag dokumentáció azonban érvelhetővé tette a felhalmozott adatok más fókuszú megközelítését és feldolgozását is és az említett adatokon, részben más stratégia mentén.

A bemutatott esetet tehát egy 11 esettanulmányból álló kutatás során már előzetesen, más fókuszról rendezett adathalmazból, a korai fejlesztés szempontjából emeltük ki a kutatást végző engedélyével, aki biztosította a hozzáférést a szükséges kutatási adatokhoz, azt anonimizálva a vonatkozó GDPR elveknek megfelelően. A dokumentációt másolat formájában, papír alapon biztosította.

Megállapításaink fókuszában az a diagnosztikus és fejlesztési út áll, melyen végig haladt a vizsgált gyermek, így meglátásunk szerint a hosszmetzeti kutatás alapján levonható következtetés a korai fejlesztés hatékonyságával kapcsolatban. Eredményeinket azonban az alkalmazott kvalitatív stratégiához igazítva szűk hatókörben, csak a konkrét esetre vonatkoztatva tartjuk kiterjeszhetőnek. Az elvégzett kutatás azonban ennek ellenére is nővumnak tekinthető, hiszen alapvetésként kezeljük, hogy a korai fejlesztés és mindenfajta gyógypedagógiai intervenció hatásos és fejlesztő, habár ennek háttere több szempont szerint bizonytalan vagy kutatással kevésbé feltárt (Becker et. al, 2014).

Kutatási eredményeinket összefoglaló részben látható, hogy ezen felvetés minden eleme nem feltétlenül alátámasztható a vizsgált eset tükrében, mely megalapozhatja további kutatások fókuszát és stratégiáját. A rendelkezésre álló erőforrások tekintetében a 8 évet felölelő, 148 oldalnyi dokumentáció feldolgozása volt reálisan vállalható.

Bár a kvalitatív stratégiához kevésbé igazítható a hipotézis állítás (Sántha, 2006), főként esetünkben az esettanulmányhoz igazítva, de valójában kutatási kérdés ennek ellenére is megfogalmazhatunk, mely a következőképpen fogalmazható meg: „a korai fejlesztés valóban hozzájárulhat-e adott tanuló sikeresebb iskolai előmeneteléhez”.

A konkrét és mindössze egyetlen esetre vonatkozó megállapításainkat bár nem tudjuk általánosságban kiterjeszteni a korai fejlesztés és intervenció teljes folyamatára valamennyi esetben, azonban a fókuszot ráirányítottuk azokra a fogalmi csomópontokra, melyek segítségével a jövőben akár kvantitatív stratégia mentén vagy akár a kevert paradigmának megfelelő módon (Sántha, 2013) az aktuális neveléstudományi trendeknek megfelelő kutatást végezhetünk.

5. Az eset bemutatása

Negyedik életévét betöltve az óvoda kezdeményezte a területileg illetékes pedagógia szakszolgálatnál a gyermek kivizsgálását. A vizsgálatok megkezdése előtt az óvodapedagógus elkészített egy jellemzést a gyermekről, amelyben kitért az óvodai környezetben tapasztalt szociális készségeire, kommunikációs készségeire, a nagy- és finommotorikai fejlettségére, illetve az önkiszolgálására, így érintett minden szempontot, ami egy teljeskörű a pedagógiai vélemény megalkotásához szükséges. A jellemzés teljesebb képet ad a vizsgáló gyógypedagógusnak, hogy a társas környezetben, hogy telnek a gyermek hétköznapijai, mennyire tud az óvoda támasztotta elvárásoknak eleget tenni. Általában a szülő után az óvodapedagógus a második személy, aki a legjobban ismeri a gyermeket, a közoktatásba bekerülve a gyermek fejlődési ütemét ő tudja a legjobban nyomon követni, ha eltérést észlel

jeleznie kell, ami az eset során meg is történt, ennek fontosságát hangsúlyozza Kereki Judit is a felismerés és szűrés területén.

Az óvoda jelzésére a területileg illetékes pedagógia szakszolgálat gyógypedagógusa elvégzett egy Budapest Binet tesztet, mely normál intelligencia szintet mutatott. A motoros funkciók fejlettlensége megmutatkozott, a bizonytalan vizuo-motoros koordináció és a ceruzafogásnál tapasztalható gyenge nyomaték esetében. A szakvélemény említi a mozgásfejlődésbeli lemaradást, mely a finom- és grafomotorikában és a beszédfejlődésen nyilvánul meg legjobban. Összegzésként megállapították, hogy motoros funkciók fejlődésének zavara továbbra is jelen van, ez SNI diagnózis, ennek ellenére BTMN diagnózist kapott a gyermek.

A gyermek felülvizsgálatra kerül a megyei pedagógiai szakszolgálatához. Itt először vizsgálaton kicsivel több, mint 1 éves korában volt, sajátos nevelési igényt állapítottak meg nála és javasolták a komplex gyógypedagógiai fejlesztést korai fejlesztés formájában. Majd a következő évben lett BNO: F82 kódja, azaz a motoros funkciók specifikus fejlődésirendellenessége megállapítva. Az anamnézisnek tartalmaznia kellene, hogy a gyermeknek születésétől jelen van hipotónia, ebből adódóan vett részt Dévény terápiában, még a korai fejlesztést megelőzően.

A szakdolgozati kutatásom során egy esettanulmányt dolgoztam fel, mely a vizsgált gyermek életútját tíz éves koráig követi nyomon. Ezen évek alatt több vizsgálaton is részt vett, így az esettanulmány szempontjából kellő mennyiségű dokumentum állt a rendelkezésemre.

Negyedik életévét betöltve az óvoda kezdeményezte a területileg illetékes pedagógia szakszolgálatnál a gyermek kivizsgálását. A vizsgálatok megkezdése előtt az óvodapedagógus elkészített egy jellemzést a gyermekről, amelyben kitért az óvodai környezetben tapasztalt szociális készségeire, kommunikációs készségeire, a nagy- és finommotorikai fejlettségére, illetve az önkiszolgálására, így érintett minden szempontot, ami egy teljeskörű a pedagógiai vélemény megalkotásához szükséges. A jellemzés teljesebb képet ad a vizsgáló gyógypedagógusnak, hogy a társas környezetben, hogy telnek a gyermek hétköznapijai, mennyire tud az óvoda támasztotta elvárásoknak eleget tenni és a társaságba beilleszkedni. Általában a szülő után az óvodapedagógus a második személy, aki a legjobban ismeri a gyermeket, a közoktatásba bekerülve a gyermek fejlődési ütemét ő tudja a legjobban nyomon követni, ha eltérést észlel jeleznie kell, ami az eset során meg is történt, ennek fontosságát hangsúlyozza Kereki Judit is a felismerés és szűrés területén.

Az óvoda jelzésére a területileg illetékes pedagógia szakszolgálat gyógypedagógusa elvégzett egy Budapest Binet tesztet, mely normál intelligencia szintet mutatott. A motoros funkciók

fejletlensége megmutatkozott, a bizonytalan vizuo-motoros koordináció és a ceruzafogásnál tapasztalható gyenge nyomaték esetében. A szakvélemény említi a mozgásfejlődésbeli lemaradást, mely a finom- és grafomotorikában valamint a beszédfejlődésben nyilvánul meg legjobban. Összegzésként megállapították, hogy a motoros funkciók fejlődésének zavara továbbra is jelen van, ez SNI diagnózis, ennek ellenére BTMN diagnózist kapott a gyermek. Pedig a hatályos, 2011. évi köznevelési törvény 4. § alapján sajátos nevelési igényű gyermeknek tekintjük a mozgásszervi fogyatékkal élő gyermekeket is.

A motoros funkciók nem megfelelő működése miatt javasolták az Ayres terápiát, mely egy jól kiválasztott terápia ezen gyermek esetében, hiszen az Ayres, azaz a dinamikus szenzoros integrációs terápia döntően mozgásos elemeket helyez a középpontba, amik által a gyermekek megtanulják kontrollálni a saját testüket, elősegítve a motorikus működések fejlődését, ezt emeli ki Molnár Magda, a Magyar Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia Egyesület vezetőségi tagja is, a Korai Gyermekek Kiadványban.

A gyermek felülvizsgálatra került a megyei pedagógiai szakszolgálatához. Az itt készült szakértői vélemény előzményi részéből kiderült, hogy a gyermek először vizsgálaton kicsivel több, mint egy éves korában vett részt, amikor is sajátos nevelési igényt állapítottak meg nála és javasolták a komplex gyógypedagógiai fejlesztést, korai fejlesztés formájában. Majd a következő évben lett megállapítva a BNO: F82 kód, azaz a motoros funkciók specifikus fejlődési rendellenessége, ami a pszichés fejlődési zavarok közé sorolandó, ahogy már fentebb említve lett ez sajátos nevelési igényű kategória.

Az anamnézisnél fontosnak tartanám kiemelni a gyermeknek a születésétől jelen lévő hipotóniáját, ez viszont ott nem jelent meg, csak a mozgás jellemzésnél, így nyerve értelmet a Dévény terápia szükségessége, amely a csecsemőkori mozgásrehabilitáció egyik legjobbjá, erről ír Mészáros Zsuzsanna szakképzett DSGM gyógytornász a Gyermekek Kiadványok Mozgásterápiás Protokoll a kora gyermekkori intervencióban című kötetében.

A hipotóniából adódott megkésett mozgásfejlődés alátámasztotta a korai fejlesztést, ami az óvodai integráció megkezdéséig tartott. A szakértői vélemény fejlesztőpedagógus státuszban foglalkoztatott szakembert jelölt ki a gyermek fejlesztésére, ami a köznevelési törvény 47.§ (8) bekezdése alapján megfelel a BTMN diagnózis kategóriának.

Javaslatot tettek a grafomotoros fejlesztésre, hiszen a motorikus funkciók fejlődési rendellenessége kihatással van a finommotorika fejlődésére, azon belül is az íráskészség fejlődésére.

A következő tanévben újabb pedagógia vélemény született az óvodában a kisgyermekről. A mozgásának összerendezettsége még nem felel meg az elvártnak. A grafomotorikus készsége igényli a fejlesztést, amit előírtak neki, ugyanis a ceruzafogása még 5 és fél évesen sem az átlagnak megfelelő. A grafomotorikus fejletlenség mellett az evőeszköz használatnál is megmutatkozik a motorikus fejlődési rendellenesség adta nehézség.

Az ezt követő felülvizsgálat során pszichológiai vizsgálaton vett részt a gyermek, ahol a WPPSI-IV intelligenciateszt eredményénél a téri-vizuális résznél nyújtotta a legjobb teljesítményt. A többi szubteszthez képest itt jóval magasabb eredményt ért el, a százalékrang esetében 34 az érték, ami jóval magasabb a másik öt rész 8-as értékű százalékrangjához képest. Ezt a jelentős eltérést a szakértői véleményben a későbbiekben nem hangsúlyozzák.

Az óvodai fejlesztés során a nagymozgás, finommotorika és a grafomotorika fejlesztésére helyeztek hangsúlyt, az előírtaknak megfelelően, ami a meglévő motoros fejlődési rendellenesség szempontjából nagyon jó, hiszen így komplex módon tudják a meglévő problémát fejleszteni. A komplexitás nagyon fontos, hiszen a beszéd, a mozgás, a gondolkodás összefügg egymással, így, ha valamelyik területen rendellenesség mutatkozik, az kihathat további területekre is. Ebből adódóan a kisgyermek esetében esélyes lehet a későbbi iskolába való bekerüléskor a tanulásban megmutatkozó nehézség, amire az eddigiekben nem tért ki egy szakember sem.

A gyógypedagógiai záróvélemény utolsó részében a szülővel folytatott záróbeszélgetés főbb információiból kiderült, hogy a gyermek táncra jár. A tánc terápiaként is felfogható, ami a gyermeket több területen is képes fejleszteni. Jarovinszkij Vera és Kiss Tibor kutatására és a nemzetközi szakirodalmakra alapozva elmondható, hogy az egészségügy, a pszichoterápia főbb területe mellett nagyon hasznos az oktatás terén is, esetünkben releváns a részképesség zavarok és a mozgásproblémák, mint fejlesztendő területek kiemelése.

A 2016 nyarán kiadott gyógypedagógiai záróvéleményben kért BTMN felülvizsgálat az ősz folyamán megtörtént. A felülvizsgálat célja a gyermek fejlettségi szintjének meghatározása komplex vizsgálat keretein belül, a hatályos 15/2013. EMMI rendelet 22.§ alapján. Emellett a felülvizsgálat célja még a meglévő diagnózis megalapozottságának, a nevelés és fejlesztés típusának és az eddig megtörtént fejlesztések eredményességének a vizsgálata.

A gyógypedagógia vizsgálat során a gyógypedagógus Raven tesztet, Goodenough-féle emberrajzot, MSSST (Meeting Street School Screening Test) *szűrőeljárást és Sindelar-féle vizsgálóeljárást alkalmazott.* A gyermek a vizsgálat során a feladattartásban folyamatos

erősítést igényelt, emellett motoros nyugtalanság jellemezte, ezek jelenléte felveti a figyelemzavar jelenlétét.

A Raven teszt nagyon jó eredményt mutatott, kiváló teljesítményt ért el a gyermek. Ezen teszt jó intellektuális képességet mutat, 95 pont feletti értékével.

A gyógypedagógiai záróvéleményben közölt 2015/2016-os tanévben végzett fejlesztő foglalkozások során a finommotorika teljeskörű fejlesztése megtörtént, nagyobb mozgásokból indultak a kisebbek felé, így jutva el a ceruzafogás, azaz a grafomotorika gyakorlásáig. Ennek fejlődését mutatta meg a Goodenough féle emberrajz vizsgálat, itt tapasztalható volt az életkori átlaghoz képest elmaradt teljesítmény. A fő testrészek jelentek csak meg, 5 éves korban már kidogozottabb több testrészt ábrázoló rajzok szoktak születni, Gallai Mária és Vetier Anna is ír erről a *Mozogj, érzékelj, légy aktív és egészséges* című tanulmányukban. A ceruzafogás korrekciót igényelt, talán itt mutatkozott meg a legjobban a motoros funkciók fejlődési rendellenessége, hiszen az teljes mértékben kihat a finommotorikára és legfőképp a grafomotorikára.

A MSSST szűrőeljárás eredményei alapján elmondható, hogy a motoros minták esetében teljesített a leggyengébben, az eredmény a határérték közelében mozgott. A laterális differenciálás területén nehézségek mutatkoztak meg. Ezek az eredmények a tanulási zavar kialakulásának veszélyére hívják fel a figyelmet.

A vizuo-perceptuo-motoros szubteszt eredménye átlagos lett, de a vizuális szerialitás terén pontatlanság jellemezte. A síkbeli tájékozódása fejlesztést igényel, ennek a későbbi iskolai tanulmányok során nagy szerepe lesz.

A nyelvi készség területen érte el a legjobb eredményt, viszont beszédhibával rendelkezik, illetve itt mutatkozott meg, hogy az időrendi fogalomhasználat még akadályoztatott nála. Mindezeket összességében nézve a tanulási zavar enyhe veszélye fennáll a MSSST teszt alapján.

A Sindelar teszt egy jó vizsgálati módszer a tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerésére. A teszt eredményéről elmondható, hogy a képesség struktúra tekintetében egyenletlenség figyelhető meg. Az auditív észlelés során jó eredmény tükröződött ki, a szerialitással sem volt problémája a hallási emlékezet vizsgálatakor. A vizuális észlelést vizsgáló szubtesztnél már mutatkoztak meg nehézségek. Az alak-háttér megkülönböztetése minden esetben gondot okoztak számára. A vizuális szeriális memóriát vizsgáló feladat eredménye a közepes kategóriába esett, ennek nehézsége az MSSST vizsgálat vizuo-perceptuo-

motoros részében is megmutatkozott, ez figyelemre ad okot. A Sindelar teszt során is megemlítendő volt a nem megfelelő figyelmi szint, ami kihatott a vizsgálatra is. A saját testen való tájékozódása bizonytalan volt a Sindelar tesztnél, míg az MSSST teszt esetében a motoros minták vizsgálata során a téri tájékozódás megfelelő volt. Érdekes, hiszen a megfelelő téri tájékozódást a testen való tájékozódás alapozza meg, Danisné Bán Éva *Játékgyűjtemény a téri tájékozódás fejlesztéséhez* című könyvében erre is kitér, mint alapvető fejlesztési kiindulási pont, ezt nézve a két eredmény egymásnak ellent mond. Hasonlóan a nyomaték tekintetében gyenge nyomaték figyelhető meg a Sindelar tesztben, de az emberrajz esetén ez megfelelőre van értékelve. Ezek az eredmények alátámasztják azt, hogy a gyermek teljesítményét befolyásolhatja a figyelmi szintje, illetve a hangulata, így születhet eltérés két teszt között.

A pszichológiai vizsgálatnál a szakpszichológus a Dél-Californiai Szenzoros Integrációs Tesztet használta. Az idegrendszeri érettségi vizsgálat alapján elmondható, hogy a jobb oldali dominancia kialakulóban, ez a későbbi olvasástanulás szempontjából nagyon hasznos. Hat-hét éves korra ennek ki kell alakulnia a könnyebb iskolakezdés érdekében, ha ez nem történik meg nagyobb a tanulási zavar kialakulásának a veszélye, erről ír Ackermanné Kelő Kamilla a *Balkezes gyermekek az iskolában* című 2007-es tanulmányában. A reflexprofilnál a szimmetrikus tónusos nyaki reflexnél megfigyelhető volt a tónusos nyaki reakció esetében a gerinc enyhe együttmozgása, ami az idegrendszer szabályozó képességének éretlenségét mutatja. Ez összefüggést mutathat a finommotorikum gyengeségével, illetve a nagymozgások megfelelő koordinációjának hiányával. A reflex fennmaradása kihat a testtartásra, nagymozgásra, a szem-kéz koordinációt is befolyásolhatja, illetve okozhat figyelem zavart, ugyanis az iskolában az egyhelyben ülés számára kényelmetlen lesz a meglévő reflex miatt. Az aszimmetrikus tónusos nyaki reflex kiválthatóságának megléte jelzi a finommotorikus, grafomotorikus készség és a kézhasználat éretlenségét. A csecsemőkori reflexek gyermekkorban való megmaradása problémákat okozhat az iskolai teljesítmény során. Ezen reflex megmaradása kihat a keresztezett mozgásokra -ami a szakértői véleményben is ki van emelve- a szemmozgásokra, abból adódóan okozhat az olvasásnál problémát, illetve görcsös ceruzafogás alakulhat ki, ami a kézírást is nehezítheti. Sally Goddard Blythe ír az említett két reflex megmaradásának következményeiről a *Reflexek, tanulás és viselkedés. A tanulási és magatartási problémák nem invazív megoldása* című könyvében. A gyógypedagógia vizsgálatoknál is mutatkoztak már meg ezt alátámasztó jelek, az emberrajznál a ceruzafogás korrekcióját, az MSSST tesztnél a keresztcsatornák működésének koordinálását említik.

A szomatoszenzoros vizsgálat során az ujjait jól azonosítja, ez a jobb kézen kicsivel gyengébb. A grafesztéziát nézve pontatlanabb érzékelés tapasztalható szintén a jobb kezén, az itt kapott

eredmény a normál és veszélyeztetett övezet határán van, a bőr általi ingerfelvevő készség és az idegrendszer azonosító, emlékező működése az életkorának megfelelő értéket alighogy eléri, ez is jelzi az idegrendszer még nem tökéletes érettségét.

A motoros teljesítmény vizsgálata folyamán a posztura, vagyis a testhelyzet utánpótlásának eredménye veszélyeztetettséget jelzett, nem igazán tudta őket kivitelezni. Egyensúlya nagyon bizonytalan, ami a már említett primitív reflexek fennmaradásának is lehet a következménye. A kívülről ható erőkkel szemben a testhelyzet rögzítő feladatainak ellátása még nem érett. Az idegrendszeri szabályozás nem megfelelő működésére mutatnak rá ezek az eredmények.

Ezen szakvélemény összegzéseként elmondható, hogy a gyermek együttműködő, a feladattartásban erősítést igényel még, hamar elfárad, könnyen terelődik a figyelve. Jelen van nála a motoros nyugtalanság, az idegrendszer éretlen szabályozása, amik a nagymozgások és a finommotorika területén mutatkoznak meg legjobban. Az intelligencia kiegyenlítetlen struktúrát mutat, egyenetlen részképesség struktúra mellett. Síkbeli tájékozódása és a lateralitás nehézkes. Az eredmények alapján az iskola megkezdésével tanulási nehézség alakulhat ki. Ez járhat együtt a társas kapcsolatok kialakulásának nehezítettségével. A diagnózisnál a kicsit pontatlan megfogalmazás, miszerint a motoros funkciók fejlődésének nehézsége áll fenn, kiegészült a kognitív képességek egyenetlen fejlődésével, ami alátámasztja a fentiekben részletesen leírt eredményeket. Összegző megállapításként megmaradt a beilleszkedés, tanulási, magatartás nehézség kategória, vagyis a 2011. évi köznevelési törvény értelmében különleges bánásmódot igénylő gyermek.

A szakértői vélemény végén javaslatokat tettek a szülők számára az otthoni fejlesztésre, ez nagyon jó dolog, hiszen a hatékonyság elérése érdekében hangsúlyt kell fektetni az otthoni fejlesztésre is, Kereki Judit és Szvatkó Anna is hangsúlyozza ezt a 2015-ben megjelent írásukban.

A gyermek az iskolát 6 évesen megkezdte, 2. osztályosként van róla osztályfőnöki véleményünk, viszont ekkor már másodjára járja az adott osztályfokot. A gyermek az egyéni fejlesztő foglalkozások légkörét jobban kedveli, mint a nagylétszámú tanórákat, ennek oka lehet a tanulásában megfigyelhető nehézségek. A könnyen terelődő figyelem még mindig jelen van nála, amelyhez lassú munkatempó is csatlakozik. Tantárgyi tekintetben a matematika területén mutatkoznak a legnagyobb problémák. Az alapműveletek elvégzése, a 100-as számkörben való tájékozódása bizonytalan, hibákat ejt. A magasabb fokú matematikai műveletek-szorzás, bennfoglalás, szöveges feladat- nagyon nehézkesen mennek. Az első osztály után tett javítóvizsga sikertelensége indokolta az osztályismétlést. Az első osztály anyagát összefoglaló

mérés eredménye 68,5%-ra sikerült neki. A pedagógus dyscalculia gyanújára hívja fel a figyelmet. A fent említett problémák alátámasztják a dyscalculia meglétét. A motoros fejlődési rendellenesség és a kisebb életkorban észlelt síkbeli tájékozódási zavar, akusztikus és vizuális észlelés jelző tünetekként szolgálhattak, a diszkalkulia tüneteit leírva Szilák Aladárné is ezeket említi a *Matematikatanulási nehézségek, diszkalkulia* című írásában. A korábbi szakvélemény is említi ezen problémákat.

A fejlesztőpedagógiai jellemzésből kiemelendő, hogy nagy hangsúly van a figyelmi funkciók, beszédértés és beszédészlelés fejlesztésén és a diszlexia prevención. Az auditív és vizuális figyelem területén fejlődés mutatkozik meg, az auditív rész a gyengébb. A figyelme könnyen terelődik, a munkatempója, főleg az írásbeli feladatoknál lassú. A már korábban jelzett beszédhibája még mindig jelen van, ez kihat az olvasására is, melynek a tempója lassú. A szövegértés nehézkes, ez a matematikánál a szöveges feladatoknál is megnyilvánul. A grafomotoros képesség, a görcsös ceruzafogás és a gyenge nyomaték szintén megmaradt, ahogy már fentebb említve lett a motoros funkciók fejlődési problémájából és a veleszületett hipotóniából adódva.

A logopédiai jellemzés is említi az aritmetikai műveletek területén fellépő problémákat és azok az adott osztályfokon nem az elvártnak való megfelelését. Emellett a gyenge grafomotorikum, feladatértés és a folyamatos motivációra való igény is fennáll. Mind a két vélemény ugyan arra összpontosít. A logopédiai jellemzésből a nyelvi fejlődésre utaló főbb momentumokat kicsit hiányolom, főleg, hogy beszédhibás a gyermek.

Az anamnézis kiemeléséből érdekes tény, hogy az óvoda és a szülők is szerettek volna még egy óvodai nevelési évet az iskola elkezdése előtt, ez ennek ellenére mégsem történt meg, az oka itt nincs megnevezve. A még óvodás korában végzett vizsgálatok előre jelezték a tanulási nehézséget, ez meg is mutatkozott már elsőben a matematika és az írás területén. A már fentebb említett pedagógiai véleményekből is kiderült, hogy több területen is nehézségei vannak, amik kudarcot okoznak a számára, egyelőre a pedagógusa tudja motiválni, de kérdéses, hogy ez meddig tud így működni. Ami még itt érdekes és megemlítendő, hogy a gyermek bosu-ra jár, ez a mozgásforma nagyon jól hat az idegrendszer, az egyensúly, a mozgáskoordináció és a helyes testtartás kialakítására. Az egyensúlyközpont fejlettsége kihat az írás és olvasás képességére is, a mély izmok erősítése által a hipotónia okozta problémák is jobb irányba változhatnak, így ez az adott gyermek esetében többszörösen is hasznos (www.bosu-hungary.hu).

A szakvélemény vizsgálati tényeit nézve a legelső az orvosi vizsgálat kiemelése. A gyermekpszichiáter véleménye alapján elmondható, hogy a laza izomzat az egész testre kiterjedt, laza ízületek mellett a veleszületett hipotóniából adódóan. Gondolkodása életkorának megfelelő. Beszédében hadarás tapasztalható. A figyelmi zavar, fáradékonyság minden vizsgálati helyzetben elmondható. Ekkor kap először F83H0: Kevert specifikus fejlődési zavarok és P9420: Veleszületett csökkent izomtónus diagnózist. Az utóbbi diagnózis eddig egyszer sem szerepelt egyik szakvéleményben sem, pedig ahogy a nevében is benne van veleszületett. Az előbbi diagnózis úgy gondolom, hogy már korábban is megjelenhetett volna a gyermek kórtörténetében, hiszen a 2016-os szakvélemény is említ egyenletlen részképesség struktúrát.

A gyógypedagógiai vizsgálat alakalmával az első felvett teszt a WISC-IV gyermek intelligencia teszt volt. A gyermek intellektuális képességei alacsony átlagosok, de szórt képet mutat. A szóbeli megértés területén átlagosan teljesített, az általános megértésnél érte el a legkevesebb értékpontot. Szóismerete az életkorának megfelelő, ez azon terület, ami a fejlesztések során alapként szolgálhat. A logikai gondolkodás készségei és a munkamemória szintén alacsony átlagos övezetbe esnek, ezen területeken teljesített a leggyengébben. Ezek okozhatják a szövegértés és a matematikai feladatok során a nehézséget. A feldolgozási sebesség mérése átlagos képet mutat, viszont feladathelyzetben a munkatempója lassul. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a gyermeknek az olvasás, írás és az összetettebb matematikai feladatok során kiemelt figyelemre van szüksége.

A vizuális figyelem vizsgálata során a Piéron teszt komoly figyelmi deficitet mutatott, gyengén teljesített. A gyermek úgy vélekedett, hogy „jó volt, könnyű volt a feladat, de inkább nehéz volt”, ezt a pedagógus a teszt alá megjegyezte, a gyenge teljesítményt a gyermek is érezhette, hiszen nehéz feladatnak értékelte. A Bourdon teszt gyenge szintet jelzett, az életkorától elvárható szint alatt teljesített. Nagyon lassú volt a vizuális alak-háttér megkülönböztetési képessége. A feladat elkezdése előtt a gyermek fáradtságát - ami az egész vizsgálat során fennállt - a pedagógus egy kis mozgással próbálta feloldani. A Szék-lámpa tesztnél az eredmény szintén figyelmi deficitet jelzett, életkori szinten gyengén teljesített. Mind a három feladatnál a hibázás kihagyásból adódott, ez figyelmi zavarra hívja fel a figyelmet. A vizuális figyelméről összességében elmondható, hogy a korosztályától elmarad.

Az auditív figyelem vizsgálatánál a többszemponútú figyelemmegosztása bizonytalan volt. Az auditív figyelme fáradékony. A teljesítménye az életkorának nem felelt meg. A gyógypedagógus említi a vizsgálat során jegyzetében, hogy a gyermek nehezen motiválható, ami a tanulás során keletkezett kudarcok tükrében nem meglepő. A szülő által kitöltött

figyelemzavar kérdőív alapján elmondható, hogy otthoni helyzetben is jelen van figyelmi probléma. A Bender B teszt is alátámasztja a kezdetektől meglévő egyedi ceruzafogás fennállását. Az itt nyújtott teljesítmény az igen gyenge kategóriába tartozik, munkája során nem törekedett a pontosságra. A Sindelar vizsgálóeljárásból kiemelve a vizuális területen a vizuális differenciálása a képek esetében gyengébb volt, előfordult sz-zs hangok cseréje, emellett a másolás során betűkihagyások és betoldások is megmutatkoztak. Rendezetlen íráskép, bizonytalan nyomaték jellemezte. A vizuális emlékezete absztrahálás során az életkorától elvárható szint alatt volt. Az auditív területeknél a szópárok differenciálása megfelelő teljesítmény mutatott, hiba nélkül végezte el. A hallási emlékezete négy elemig megbízható. A szöveg felidézése igényelt némi segítséget. A feladatok során motoros nyugtalanság jellemezte. A vizsgálatok igazolták a már korábban is fennálló tüneteket, amik mind tanulási zavart okozhatnak.

A logopédiai vizsgálat alkalmával GMP-GOH beszédhallás, beszédértés vizsgálat történt. Az életkorához képest elmaradás mutatkozott meg a beszédészlelés akusztikai, fonetikai és fonológiai szintjén. A verbális memória határövezeti szintet mutatott, ezzel szemben a vizuális memóriája az életkorának megfelelt. A fonológiai tudatosság terén nincs a gyermeknél probléma. A szövegértése auditív úton eléggé problémás. A téri és időbeli tájékozódása életkori szintjének megfelelő. Olvasása a Meixner olvasási felmérőlap alapján betű, szó, szótag szintjén megfelelő, kevés hibát vétett. Hangos olvasás során a hibáit nagy részben észlelte és javította. A szövegmélekezet során a szövegértésnél válaszai szó szintűek, nem foglalta őket mondatba. A lassú munkatempó itt is megmutatkozott. Az írásvizsgálatnál szintén említették a szabálytalan, egyedi ceruzafogást, ebből adódóan vonalvezetése nem határozott. Helyesírásban gondok adódtak, betűkihagyás, mondat végi írásjelek és nagybetűk használatának hiánya jellemezte. A motoros fejlődési rendellenesség hatásai itt is megmutatkoztak.

Az egyesével történő számlálás a 20-as és a 100-as számkörben felfelé biztos, visszafelé már pontatlan. A globális mennyiség felismerése és a mennyiségállandóság fogalma problémát okozott. Az egyforma számjegyeket tartalmazó számokat nem keverte, így a vizuális észlelés zavarának problémája nem áll fenn. Számolás során az ujjaira szüksége volt. A lassú munkatempó itt is jelen volt. Nehézséget okozott még a szorzó és bennfoglalo tábla, valamint a szöveges feladatok értelmezése, helyes megoldása.

A szakvéleményben leírtak alátámasztják az osztályfőnök által említett nehezített területeket, illetve a diszkalkulia gyanúját. Ezen szakvélemény fényében a szakértői bizottság a gyermeket javasolta tovább küldeni a Megyei Szakértői Bizottsághoz, sajátos nevelési igény felmerülése,

illetve a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség felülvizsgálata céljából. A látottak alapján ez a döntés teljes mértékben helytálló, a korábbi eredmények is ezt támasztják alá.

A szakvéleményben leírt vizsgálati eredmények is azt mutatják, hogy a motoros fejlődési rendellenesség kihat az iskolai teljesítményre. A kezdetben felmerülő kisebb problémák, mint a testen vagy síkban történő orientációs nehézségek gondot okoztak az olvasásnál, amihez kapcsolódott a gyenge helyesírás és a grafomotorikus fejletlenség általi nem esztétikus íráskép. Az szakvéleményeket végig olvasva elmondható, hogy a motoros képességek fejlődési zavara tanulási problémát eredményezett. Ez az eset is felhívja a figyelmet az időben elkezdett fejlesztésekre és a korai felismerésre.

6. Összegzés, záró gondolatok

Az esettanulmány alapján összegezhetjük a korai fejlesztés hatását és annak jelentőségét. A megfigyelt gyermek a negyedik életévét betöltve került a pedagógiai szakszolgálatához. Ezt az óvodai nevelését végző intézmény kezdeményezte, pedagógiai jellemzéssel alátámasztva, melyet a gyermek óvónője készített. A jellemzés teljesebb képet nyújtott a gyógypedagógusnak, aki a szakszolgálatnál a gyermek vizsgálatát végezte.

A vizsgálat során egy Budapesti Binet intelligencia tesztet készítettek, mely normál övezetbe tartozó intelligencia szintet mutatott. A motoros funkciók fejletlensége már itt jelen volt, ezen fejletlenség a grafomotorikum és a vizuo-motoros koordináció területén mutatkozott meg. A korábban kapott diagnózis, azaz a motoros funkciók fejlődési zavara, továbbra is fennállt. Ezen diagnózis a sajátos nevelési igényű kategóriába tartozik, ennek ellenére beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő diagnózist kapott a gyermek. A motoros funkciók célzott fejlesztése érdekében javaslatot tettek a dinamikus szenzoros integrációs terápia alkalmazására, ami tényleg nagyon hasznos mozgásfejlesztési forma a gyermek számára.

Majd a gyermeknél a megyei pedagógia szakszolgálatnál végeztek felülvizsgálatot. Az itt készült szakértői véleményből derült ki először, hogy a gyermek nem egészen két és fél éves korában kapott BNO kódot, mégpedig az F82 A motoros funkciók specifikus fejlődési rendellenessége diagnózist, amelynek alapjául a veleszületett hipotónia állhatott. A veleszületett hipotónia az anamnézisből kimaradt, de a mozgásvizsgálatnál említették, ebből adódóan vett részt a gyermek nyolchónapos korától kezdve Dévény tornán. A megkésett mozgásfejlődés indokolta a korai fejlesztésben való részvételt, ami a gyermek egy éves korától kezdve az óvodai integráció megkezdéséig tartott.

Az óvodai nevelés során a BTMN diagnosztikus kategóriának megfelelően fejlesztő pedagógus által vezetett fejlesztést írtak elő a gyermeknek. Ezen felül javasolta a szakértői bizottság a grafomotorikus fejlesztést, hiszen a motoros funkciók fejlődési rendellenessége nagy mértékben érinti a finommotorika fejlődését és ebből adódóan az íráskészség fejlődését is. Nehézségek mutatkoztak az evőeszköz használat és a ceruzafogás tekintetében, utóbbi probléma a későbbiekben is fennállt és a vizsgálatok alkalmával is mindig kiemelték.

Az óvoda éve alatt a nagymozgás fejlesztése is hangsúlyt kapott a foglalkozások keretein belül és azon kívül, ugyanis a kisfiú táncra kezdett járni, ami a szülők elmondásából derült ki egy kontrollvizsgálat során.

2016 nyarán, a gyermek hatodik életévének betöltése előtt a területileg illetékes pedagógiai szakszolgálat BTMN felülvizsgálatot igényelt a megyei pedagógiai szakszolgálatától. A felülvizsgálat célja a fennálló diagnózis meglétének megalapozottsága és a fejlesztések eredményességének vizsgálata volt. A vizsgálat során motoros nyugtalanság jelentkezett nála és folyamatosan szükség volt a feladattartás erősítésére. Az elvégzett MSSST vizsgálatnál a laterális differenciálás nehézséget okozott, ez előrevetítheti a tanulási zavar kialakulásának lehetőségét. A nyelvi készség területén jó eredményt ért el, viszont beszédhiba jellemezte és az időrendi fogalomhasználata is problémás volt, ami szintén a tanulási zavar veszélyére hívhatja fel a figyelmet.

A pszichológiai vizsgálat mutatott rá, hogy a jobb oldali dominancia kialakulóban van, ami a későbbi olvasástanuláshoz nagyon fontos tényező. A csecsemőkori reflexek visszamaradása kis mértékben még jelen volt, a szimmetrikus és az aszimmetrikus tónusos nyaki reflex még kiválthatóak voltak, ezek a nagymozgás és a finommotorikum fejlődésére hatással vannak, befolyásolhatják az íráskészség és az olvasási készség fejlődését.

Ezen szakértői véleményt összegezve nézve elmondható a motoros nyugtalanság az intelligencia kiegyenlítetlensége és az egyenletlen részképességstruktúra megléte. A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség kategória a továbbiakban is megmaradt. Az eredmények alapján az iskolakezdéskor tanulási nehézség megléte vetíthető előre.

Hatodik életévébe érve a gyermek megkezdte iskolai tanulmányait, annak ellenére, hogy a szülők ezt még nem szerették volna, ennek okára az esettanulmányból nem derült fény. Második osztályos korában készült róla egy újabb pedagógia jellemzés az osztályfőnöke által. Ekkor már második alkalommal járta ezen osztályfokot. A jellemzésből kiderült, hogy diszkalkulia gyanúja állt fenn, ezen felül a még meglévő grafomotorikus fejletlenség is megmutatkozott a görcsös ceruzafogás tekintetében. A beszédhiba még ekkor is jelen volt a

gyermeknél. Az óvodás korban előrelátható tanulási nehézség az első osztályban meg is mutatkozott az írás és a matematika területén.

A mozgás és annak fejlesztése szerepet játszik a gyermek mindennapjaiban, bosura kezdett el járni, ami nagyon jól hat az egyensúlyérzék és a mozgáskoordináció fejlesztésére, ezáltal az írás és olvasás készség fejlődését is elősegíti.

A második osztályos korában elvégzett vizsgálat alapján kapott szakértői véleményben jelenik meg először, a gyermekpszichiáter által adott F83H0: Kevert specifikus fejlődési zavarok és P9420: Velezületett csökkent izomtónus diagnózis.

A vizsgálat eredményei relevánssá tették, hogy a gyermeket tovább küldjék a megyei pedagógia szakszolgálatához sajátos nevelési igény megállapítása céljából, illetve, hogy a meglévő beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséget felülvizsgálják.

Az esettanulmány alapján végig követhettük a gyermek első tíz évét. Láthattuk, hogy a velezületett hipotónia mekkora mértékben kihat a gyermek motorikus fejlődésére. Már csecsemőkorában elkezdődött a mozgásfejlesztése, ez az életkorával előre haladva annak megfelelően életkorspecifikus fejlesztéssé vált. Az óvodai nevelése során megmutatkozott a finommotorika fejlődésének lemaradása, középpontba helyezve a grafomotorikus készséget. Ez a későbbiekben kihatással lett az iskolai teljesítményére. A gyermeknek a matematika és az írás területén problémái lettek, ami a sajátos nevelési igény felmerüléséhez vezetett. Az évek során ezen diagnózisnak már korábban meg kellett volna lennie, hiszen a gyermek teljesítménye és a motoros funkciók specifikus fejlődési rendellenessége ezt indokolta tette volna.

Az eset nagyon jól példázza, hogy milyen nagy szerepe van a korai felismerésnek és a célzott, minél előbb elkezdett fejlesztésnek. A motoros funkciók specifikus fejlődési zavara, ahogyan láthatjuk az esettanulmány alapján is több készségterületre is kiterjed. A saját testen való tájékozódás, majd ezt követően a térben és a síkban való orientációt nagyban érinti már egészen kicsi kortól kezdve. A megfigyelt gyermek esetében a velezületett hipotónia a mozgásminták kivitelezésénél nehézséget okozott. Ez a probléma hatást gyakorol a finomabb mozgásminták végrehajtására is. A motoros fejletlenség a finommotorikumon belül a grafomotorikus készséget érinti a legjobban, ami az iskolai tanulmányok során ortográfiai problémát is eredményezhet, ami a gyermeknél is megmutatkozott. Az íráson kívül más képességterületre is kihatással lehet. Ezek a gyermekeknél tanulási nehézséget okozhatnak, amik nehezítik egy adott gyermeknek a tanulmányaiban való tovább haladást, így nem kizárt akár az esetleges osztályismétlés lehetősége sem.

Az óvodai nevelés során a későbbi tanulási nehézséget okozó fejlődésbeli elmaradások már megmutatkoznak. Ha ezekre kellő mértékben odafigyel az óvodapedagógus és szükség esetén más szakember segítségét is kéri vagy az ismertetett eset alapján a pedagógiai szakszolgálathoz küldi a gyermeket vizsgálat céljából, akkor nagy mértékben fejleszthetőkké válnak az adott részképesség területen megmutatkozó problémák.

Ha az atipikus fejlődés jelei mutatkoznak egy gyermeknél vagy ahogy a megfigyelt gyermek esetében veszületett a probléma, akkor minél előbb el kell kezdeni a korai fejlesztést. A probléma mielőbbi felismerése fontos, ugyanis meghatározza a gyermek jövőjét. A korai fejlesztés jó alapot ad, hogy a gyermek óvodába kerülésekor az integráció minél könnyebben valósuljon meg és a fejlesztés is hatékonyabb legyen. A fejlesztési színterek fokozatosan épülnek egymásra a minél jobb eredmény elérése céljából, hiszen az óvodai fejlesztés meghatározza az iskolai teljesítményt is.

A tapasztalataim alapján az óvodában történő megfelelő fejlesztés nagyon hangsúlyos, aminek a hatása az iskolakezdekésor érvényesül talán a legjobban. Ezt támasztja alá az esettanulmány alapján a gyermek életútja is.

A gyermeknek a motoros funkciók fejlődési rendellenessége születésétől kezdve fennáll. A már csecsemőkorban elkezdett és azóta is valamely formában a hétköznapi részévé vált mozgásfejlesztés jó hatást gyakorolt a probléma kezelésére. Ebből következően jó ötletnek tartom az óvodai mozgásfejlesztésre való nagy hangsúly helyezést. Ezért jó a testnevelés foglalkozásokba beépíteni változatos mozgásmintákat, amik a kisgyermek fejlesztését elősegítik. Jó lehetőségnek tartom az óvodai tánc foglalkozásokat, hiszen ezek több területet is érintenek. A lateralitás fejlesztését, ebből adódóan a jobb és bal agyfélteke összehangolt munkáját segíti, ami a tanulási képesség fejlesztéséhez vezet. Emellett a tánc segíti a mozgáskoordinációt, illetve a nagymozgás fejlesztése által egy összerendezettebb mozgáskultúra kialakítását.

Ahogy az láttuk az eset alapján, a motoros funkciók rendellenes fejlődése nagy mértékben megmutatkozik az orientációs képességek területén is. Ezért nagyon fontos, hogy ezen részképességek jól meglegyenek alapozva. Kezdetben a gyermeknek jól kell tájékozódnia a testén, majd ezután az őt körülvevő térben. Ez már egy következő, nehezebb lépcsőfok, viszont, ha ez bizonytalan, akkor a síkbeli orientáció területén nehézségekbe fog ütközni. Az írás elsajátításakor ezen részképességre nagymértékben szükség van, hiszen ez az egyik alapja. A gyermek esetében is mutatkoztak meg effajta problémák. Természetesen az írás során mutatkozó nehézségeknél szerepet játszott a finommotorika gyengesége is. Így nagyon fontos,

hogy ezen területek fejlesztése az óvodai foglalkozások során is nagy szerephez jussanak. A térbeli tájékozódást segítő játékok nagyrészt csoportos formában is megvalósulhatnak, akár körjátékok által is. Ezen rész képesség elmélyítése után jöhet a síkbeli orientáció fejlesztése, amikor is a gyermek a papíron képes a térirányokat felismerni és ott tájékozódni. Ehhez játékos megalapozottság szükséges, amit a vizuális foglalkozások keretein belül is jól tudnak gyakorolni.

Azt gondolom, ha megfelelő szintű és komplex, azaz több területre kiterjed az óvodai foglalkozások köre, akkor a gyermekeknél a felmerülő problémákat könnyebb fejleszteni. Ezt szükség esetén gyógypedagógiai megsegítéssel ki kell egészíteni az optimális cél elérése érdekében. Viszont a gyógypedagógiai fejlesztés sikerességét is nagyban meghatározzák az óvodai nevelés során végzett célzott foglalkozások. Ez így egyben jelent sikerességet az iskolai tanulmányok során és a felmerülő tanulási nehézségek mértékét és fejleszthetőségét is nagyban meghatározza.

Összegezve az esettanulmány során beazonosított faktorokat és tényezőket, megválaszolhatjuk a már korábban felvetett kutatói kérdésünket is, mely a következő volt: *a korai fejlesztés valóban hozzájárulhat-e adott tanuló sikeresebb iskolai előmeneteléhez?*”

Az elvégzett kutatás során, az adott esetre vonatkozóan elmondható tehát, hogy a korai fejlesztés segítette a későbbi, sikeres iskolai előmenetelt. A hatásmechanizmus pontos háttere azonban az elvégzett kutatás alapján továbbra sem feltárható és indokolt a terület és a téma további kutatása, hogy a fejlesztési folyamat hatékonyságát tovább növelhessük.

Irodalomjegyzék

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

Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> (2023. április 10.)

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

Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv>. (2023. április 10.)

2013. évi XXVII. törvény a szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények- A hátrányos és halmozottan hátrányos helyzet megállapítása.

Letöltés: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300027.TV> (2023. április 10.)

Ackermanné Kelő, K. (2007). Balkezes gyermeke az iskolában. *Studia Caroliensia*, 107-116.

Blythe, S. G. (2015). *Reflexek, tanulás és viselkedés. Betekintés a gyermeki elmébe*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Czeizel, B. (2009). *A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője*. Budapest: Budapest Korai Fejlesztő Központ.

Czeizel, B., & Kemény, G. (2015). A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. *Gyermekevelés*, 77-92.

Danisné Bán, É. (2019). *Játékgyűjtemény a téri tájékozódás fejlesztéséhez*. Szeged: Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat.

EADSNE. (2005). Early Childhood Intervention – Analysis of Situations in Europe.

Letöltés: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_hu.pdf (2023. április 10.)

EADSNE. (2010). Early Childhood Intervention – Analysis of Situations in Europe.

Letöltés: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-HU.pdf (2023. április 10.)

Gallai, M., & Vetier, A. (2011). Mozogj, érzékelj, légy aktív és egészséges!- Testi növekedés, motoros és érzékszervi fejlődés, valamint az egészség. In I. Balázs, A koragyermekkori fejlődés természete-fejlődési lépések és kihívások. Budapest: Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet.

Hámori, E., Csabai, K., Horváth, Á., Rajnik, M., & Tar, J. (2021). *A kapcsolati szemléletű pszichodiagnosztika a kora gyermekkori pszichés problémák felismerésében és az intervenció tervezésében*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Kft. .

Jarovinszkij, V., & Kiss, T. (2016). Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél. In A. Szvatkó, Billenések. *Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből* (old.: 225-262). Budapest: Oriold és Társai.

Kereki, J., & Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

- Kereki, J. (2015b). *Kliensút Kalauz*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kereki, J. (2017). Utak. A koragyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése. In Á. Gyírkis, J. Kereki, V. Komlósi, & E. Rózsáé Czigány, *Felismerés és támogatás- A kora gyermekkori intervencióról*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Kereki, J. (2019). *Gyermekút. EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Módszertani kézikönyv*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Kft.
- Kis, N. (2016). Eltérően fejlődő gyermek a családban. *Gyermeknevelés*, 1-15.
- Lányiné Engelmayer, Á. (2012). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Budapest: Medicina.
- Rózsa, J., Szombathelyiné Nyitrai, Á., Tolnayné Falusi, M., & Vokony, É. (2009). *A bölcsődei gondozás-nevelés szakmai szabályai. Módszertani levél*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.
- Rózsáné Czigány, E. (2015). A korai fejlesztéstől a korai intervencióig. *Gyermeknevelés*, 51-54.
- Szilák Aladárné. (2000). *Matematikatanulási nehézség, diszkalkulia*. Eger: Sectio Mathematicae 27.
- WHO (2005): *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. World Health Organization, Geneva.
- Letöltés: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf.
(2023. április 10.)
- www.bosu-hungary.hu. (Letöltés: 2023. április 10.)