

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK  
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2016 – XLIV. évfolyam

2

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

*A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata*

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

HUISSN0133-1108

**2016. április-június**

Felelős kiadó:

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

DR. ZÁSZKALICZKY PÉTER dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar  
1097 Budapest, Ecséri út 3. Tel: 358-5500

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága  
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,  
e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu), faxon: 303-3440

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 750,-Ft

Indexszám: 25359

Megjelenik negyedévenként.

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

## **NYOMDA:**

FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

# EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)*

*Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat, Szentendrei Tagintézmény*

*Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat, Gödöllői Tagintézmény*

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet*

*Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet*

*BRIGHT FUTURE Humán Kutató és Tanácsadó Kft.*

## **A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció tevékenységének megjelenése és integratív szemlélete a pedagógiai szakszolgálat egyes területein<sup>1</sup>**

### **A lelki egészségvédelem lehetőségei a korai időszakban**

(Közlésre elfogadva: 2015. július)

NÉMETH TÜNDE – DARITSNÉ RAJZÓ ÉVA – JÁNOSINÉ KAKUK SAROLTA  
– PRÓNAY BEÁTA – DANIS ILDIKÓ

dr.nemeth.tunde@gmail.com, eva.rajzo@gmail.com,

lelek.mozgas@gmail.com, beata.pronay@barczi.elte.hu,

ildiko.danis@brightfuture.hu; ildiko.danis@gmail.com

---

#### **Absztrakt**

Tanulmányunk fókuszában a csecsemő- és kisgyermekkorai érzelmi és viselkedésszabályozási zavarok megelőzésében és kezelésében jelentős terepek és módszerek, többek között a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció, és annak a hazai szolgáltatási rendszerben való elhelyezése áll. Ehhez feltétlenül szükséges a csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatási formáinak bevonása a koragyermekkorai intervenció fogalom alá. Írásunkban kifejezetten a pedagógiai szakszolgálatok és a hozzájuk szorosan kapcsolódó ellátási helyszínek tevékenységi köreinek (korai fejlesztés és nevelési tanácsadás) bővítését javasoljuk.

---

1 Szeretnénk kifejezni köszönetünket Szvatkó Annának, akitől a Pedagógiai Szakszolgálatokról írt részekben jelentős szakmai segítséget kaptunk. Juditnak pedig szeretnénk köszönetet mondani a cikk véleményezéséért és építő javaslataiért.

## **BEVEZETÉS – A koragyermekkorai lelki egészség prevenációs és intervenciós támogatási formái**

Az elmúlt években – főként európai uniós források felhasználásával – jelentős fejlesztések történtek a koragyermekkorai prevenció és intervenció területén mind az egészségügyi (TÁMOP 6.1.4.<sup>2</sup>), mind a szociális (TÁMOP 5.2.1.<sup>3</sup>, 5.2.6.<sup>4</sup>), mind az oktatási (TÁMOP 3.1.1.<sup>5</sup>, TÁMOP 3.4.2./B<sup>6</sup>) szektorban. A projektek során megjelentek azok a kezdeményezések, amelyek a családok szektorokon átívelő, összehangolt támogatására törekkenek (pl. KERÉKI 2013; KERÉKI 2015; KERÉKI és mtsai 2014).

A nemzetközi gyakorlatban (pl. DANIS 2015; KERÉKI–SZVATKÓ 2015) a tágan értelmezett koragyermekkorai intervenció körébe nem csak a korai fejlesztés, hanem minden testi-lelki egészséget támogató koragyermekkorai szolgáltatási forma beletartozik (l. 1. keretes szöveg).

### **A koragyermekkorai intervenció fogalma és szolgáltatási területei**

„Több nemzetközi definíció áttekintése után széles értelemben kezelve a koragyermekkorai intervenció fogalmát, ez olyan univerzális és célzott szolgáltatások (intézményi hálózatok és konkrét programok) összessége, amely a gyermektervezéstől, várandósságtól a gyermek iskolába lépéséig tartó időszakban a gyermeknek és családjának komplex segítséget és támogatást nyújt annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési potenciáljait maximálisan kibontakoztathassa, a család kompetenciáit és kapacitásait pedig megerősítse.” (POLEY et al 2000, id. DANIS 2015: 104) „E bő definíció egyértelművé teszi, hogy a hatékony koragyermekkorai intervencióban [...] univerzális és célzott szolgáltatások [...] együttesen képesek biztosítani, hogy minden gyermek speciális szükségleteinek megfelelően kapjon támogatást.” (DANIS 2015: 104)

#### **1.**

E tanulmányban is a koragyermekkorai intervenció komplex, rendszerszintű felfogását képviseljük, ahol a szűken értelmezett korai fejlesztések mellett a gyerekek természetes közegben (otthon és intézményben) való nevelését, egészségük támogatását és a szülői szerepek megerősítését próbáljuk egy időben elősegíteni (l. ábra).

---

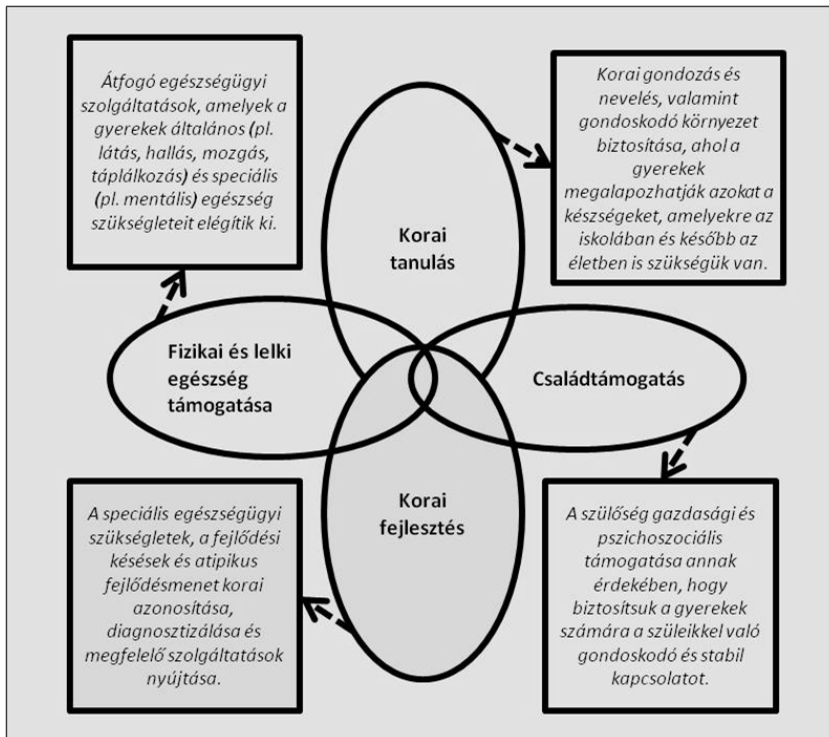
2 <http://www.gyermekalapellatas.hu/>

3 <http://www.gyerekesely.hu/>

4 <http://tamop526.hu:81/TAMOP-5.2.6/Kezd%C5%91lap>

5 <http://www.educatio.hu/>

6 <http://www.educatio.hu/projektjeink/tamop342b>



1. ábra. Gyereknek és családoknak nyújtott komplex, átfogó szolgáltatások (ECD Systems Working Group id: BENNETT, 2011; DANIS 2012: 10 nyomán)

**A nemzetközi gyakorlatban ebbe a körbe tartoznak (POLEY et al 2000 alapján is):**

**Univerzális szolgáltatásként:**

- az egészséges fejlődést nyomon követő egészségügyi (gyermekorvosi és védőnői) programok,
- a családlátogató és a szülőséget támogató (szociális) programok,
- a gyerekek napközbeni ellátását (bölcsőde, óvoda, családi napközi, stb.) biztosító intézmények komplex pedagógiai-pszichológiai programjai.

**Céltott intervenciókként:**

- a sérült vagy fejlődési elmaradást mutató gyermekek korai fejlesztését végző hálózatok,
- a szociálisan hátrányos helyzetű kisgyermeknek fejlődését támogató, felzárkóztató programok,
- **a koragyermekkorai és a szülői lelki egészséget támogató programok és hálózatok.**

Magyarországon a koragyermekkori intervenciók tevékenységei közül a legfrissebb szolgáltatási terület a *koragyermekkori lelki egészség támogatása*<sup>7</sup>. Bár néhány kezdeményezés már két évtizedes múlttal tekint vissza hazánkban (l. 2. keretes szöveg, bővebben: NÉMETH és mtsai 2015), országos szinten e terület egyértelműen kihívásokkal áll szemben.

## 2.

### **A koragyermekkori lelki egészség legfontosabb prevenciók és intervenciók támogatási formái (időbeli relevanciával):**

#### **A születés előtti, korai primer prevenciók támogatási formái:**

- a formálódó nem, családi és szülői identitás alakulásának pszichoedukatív támogatása az iskolarendszeren belül, de legfőképpen a serdülő- és fiatal felnőttkori személyiség- és szociális fejlődés idején
- a párkapcsolati elköteleződés támogatása
- tudatos – nem csak egészségügyi, hanem pszichoszociális fókuszú – családtervezés támogatása
- komplex – nem csak egészségügyi, hanem pszichoszociális fókuszú – várandósgondozás
- szülői szerepek betöltésére felkészítő támogatási formák

#### **Néhány a gyermek megszületését követő prevenciók és intervenciók támogatási formái közül:**

- bababarát és családbarát kórházi gyakorlat
- a szoptatás komplex (bio-pszicho-szociális) támogatása
- a szülővé válás segítése: szülői kompetenciákat (csecsemőgondozást, gyermeknevelést) és pozitív szülőiséget megerősítő támogatási formák
- szülői szenzitivitást és szülő-csecsemő kötődést elősegítő támogatási formák
- pszichiátriai beteg anyák és csecsemők együttapótlásának biztosítása
- a csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarok (excesszív sírás, alvási és táplálási problémák, erős dac, dührohamok, agresszió, extrém csüngés, heves szeparációs szorongás, játéktevékenység iránti érdeklődés hiánya, stb.) előfordulása esetén **szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia** biztosítása

A nevelési tanácsadás országos hálózatára ráépülő *pedagógiai szakszolgálati rendszer* mind a primer prevenció, mind az intervenció szintjén a *korai lelki egészség támogatásának lehetséges színtere lehet*.

A csecsemő- és kisgyermekkori érzelmi- és viselkedésszabályozási problémák (ún. regulációs zavarok) kezelésében egyik leghatékonyabb módszer a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia (pl. HÉDERVÁRI–HELLER 2008; NÉMETH 2010; NÉMETH

7 Törvényileg a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 46. § (3). bek. g) pontjához kapcsolódhat.

2012; CRAMER–PALACIO-ESPASA 2012; PRÓNAY és mtsai 2015; HÁMORI 2015). A módszer jelentős átstrukturálás nélkül, mindössze a fogalmi és a tevékenységi keretek átfogalmazásával, valamint a szakemberek ráképzésével beépíthető a meglévő rendszer elemei közé. Ennek lehetőségeit mérlegelve, írásunkban szót ejtünk a pedagógiai szakszolgálatok és a hozzájuk szorosan kapcsolódó ellátási helyszínek (pl. bölcsődék, óvodák, gyermekotthonok, bentlakásos intézmények) két nagy tevékenységi köréről, a korai fejlesztésekről és a nevelési tanácsadásról, jelzünk néhány problématerületet, illetve ajánlásokat teszünk a koragyermekkorai intervenció fogalmának és tevékenységi köreinek bővítésére és az új tevékenység integrálására vonatkozóan. Az egészségügyi szolgáltatásokat célzó ajánlásaink egy másik tanulmányunkban (NÉMETH és mtsai 2015) olvashatók.

## **A Pedagógiai Szakszolgálat, mint a korai lelki egészségvédelem módszereinek, kiemelten a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció végzésének lehetséges terepe**

### **Korai fejlesztés és gondozás**

*A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás (a továbbiakban: korai fejlesztés és gondozás) 2013 óta megjelenik a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységi körében. Feladataként a 15/2013 EMMI rendelet a komplex koragyermekkorai intervenciót és prevenciót határozza meg. A rendelet (4. § (1) Az Nkt. 18. § (2) bekezdés a) pontja) szerint ez „az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.”* Ez a rendelkezés alkalmas a szélesen értelmezett koragyermekkorai intervenció (l. 1. kezetes szöveg) pedagógiai szakszolgálatokra vonatkoztatott feladatainak megszervezéséhez. Írásunkban a csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatási formáinak lehetőségeit helyezzük fókuszba.

**Ágazatok közötti és az oktatási ágazaton belüli problémák.** A koragyermekkorai intervenció rendszerszemléletű megközelítése kapcsán a gyakorlatban tapasztalható anomáliákról, a rendszer merevségéről, az érintett ágazatok közötti összehangolt együttműködés hiányáról már több fórum is beszámolt (KEREKI 2009; KERÉKI 2010; KERÉKI 2011; KERÉKI 2013; NÉMETH 2010; GEREBEN 2015). A korai időszak ellátásában az egészségügyi (orvosi, fejlődésneurológiai) kompetencia elsődlegessége érvényesül, amelyet már kezdetben kiegészít a (gyógy)pedagógiai rehabilitáció. A korai egészségügyi-

pedagógiai–szociális ellátás gyakorlati összehangolódása az utóbbi évekig nem teljesült. A TÁMOP 3.1.1. korábbi javaslatcsomagjai (KEREKI–SURÁNYI 2012; KERÉKI 2012a; KERÉKI 2012b), majd a TÁMOP 6.1.4. (KERÉKI és mtsai 2014), valamint a TÁMOP 3.4.2./B projekt (KERÉKI 2015) módszertani erőfeszítései azonban a lehetséges és preferált gyerek-utak megfogalmazásával a nyomon követés, a szűrés, a jelzés és továbbküldés, valamint az ellátás szektorok és szakmák közötti harmonizációjára törekuszenek. Az időközben megjelenő és széles szakmai körökben is hozzáférhetővé vált szakterületi és specifikus protokollok (l. bővebben: KERÉKI–SZVATKÓ 2015) már részletes áttekintést adnak a jelenlegi intézményrendszerben lehetséges kliensútjairól.

Kevesebb szó esik az (oktatási) ágazaton belül jelentkező nehézségekről, például az érintett szakmák (gyógypedagógia, konduktív pedagógia, pszichológia, gyógytorna) közötti párbeszéd problémáiról. Tapasztalataink szerint még az ágazaton belül sem beszélhetünk sikeres interdiszciplináris összehangolódásról, egységes nyelvről, közös gondolkodásról. Mindez nehezíti az átláthatóságot, az együttműködést és az egységes fellépést a jogalkotók felé. A magánszféra és az államilag finanszírozott ellátás közötti, illetve az érintett szakmák együttműködésében és a különböző kompetenciák szükségességének elismerésében mutatkozó problémák sokak számára ismertek. A pedagógiai szakszolgálati tevékenységek (*a korai fejlesztés, a konduktív pedagógiai ellátás, valamint a nevelési tanácsadás és szakértői bizottsági tevékenység*) között több helyen is megjelennek a komplex koragyermekkori intervenciók ellátás elemei, gyakran azonban anélkül zajlanak munkafolyamatok, hogy harmonizálnának egymással, pedig vannak jó példák, és az együttműködés nagyon is lehetséges. Az egyes területek nem mindig ismerik egymás módszertani megközelítését, gyakran egymástól függetlenül keresik megoldásaikat, helyüket a rendszerben.

Ezeket a problémákat az újonnan megjelenő szakterületi protokollok (pl. KERÉKI–SZVATKÓ 2015, KIRÁLY és mtsai 2015) már jól kezelik, egységesítik.

A rendszerben még gyakran elszigetelten zajló jó gyakorlatok meg- és elismerése, megerősítése mellett fontos, hogy a szakmaközi együttműködést felsőbb szinteken, a szakmákat képviselő felsőoktatási intézmények, egyesületek, egyéb szervezetek is segítsék.

Példaként a tanulmányunk fókuszában lévő koragyermekkori intervenciók tevékenység, a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szemléleti keretét említjük. Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISzCsK) szemlélete és jó gyakorlata már a képzés<sup>8</sup> során megjelenik (l. későbbi fejezetet), majd a végzetek szakmai műhelyének, *a magyarországi integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek szakmai csoportjának* működésében teljeseedik ki. A képzésben és a szakmai csoport működésében markánsan jelen van az interdiszciplinaritás: orvos, védőnő, pszichológus, pedagógus, gyógypedagógus, szociális munkás, gyógytornász, konduktor részvételével az elméleti ismeretszerzés mellett a gyakorlati tapasztalatok megosztása által új minőséget hoz létre. A közös gondolkodás során lehetőségünk van több szakma megközelítéseivel megismerkedni és közös nyelvet kialakítani. Erről tanúskodnak a végzett konzulensek kéz-

---

8 A PPKÉ-BTK-án 2010-től indult ISzCsK képzések 2014-től a SE Mentálhigiéné Intézetben és 2015 szeptemberétől az ELTE BGGyK Gyógypedagógiai továbbképző központban folytatódtak.



iratai<sup>9</sup> is. Olyan fogalmakat használunk, amelyek áthatják a mindennapi gondolkodásunkat, és hozzájárulnak a kisgyermekes családok lelki egészségvédelméhez (pl. a biztonságos bázis, a kötődés és az exploráció egyensúlya, az anyaság állapota, intuitív szülőség, a csecsemő kompetenciája, a szülő és a gyermek illeszkedése, a gyermek és a szülő együttése vagyis a kapcsolat mint kliens, szenzitív szülőség és gyermekgondozás, a mindennapi gondozásban mutatkozó önszabályozás és közös reguláció egyensúlya stb.). Az ISzCsK szemlélete új dimenziót jelent az érintett ágazatközi és ágazaton belüli szakmák számára, ami teret ad a szemléleti keret adta szakmai kreativitásnak nemcsak a regulációs zavarok konzultációs kezelésének folyamatában, hanem a mindennapi fejlesztő, pszichológiai, gyógyító munkában is (I. PRÓNAY és mtsai 2015).

**Interdiszciplinaritás és specifikus szaktudás a koragyermekkorai lelki egészség hátteréről.** Úgy véljük, *számos segítő szakma jelenléte szükséges a komplex, rendszer-szemléletű koragyermekkorai intervencióban, ugyanakkor ezek a szakmák önmagukban, egy integratív szemlélet és speciális, kifejezetten koragyermekkorra vonatkozó szaktudás beépítése nélkül, még együttesen sem adnak elégséges választ a koragyermekkorai problémák kezelésére.* A gyermekre, illetve sérülésére szabott módszertanok valóban sokat segítenek a gyermeknek a következő fejlődési lépcsőfok megtételére a különböző fejlődési területeken, azonban az átfogó koragyermekkorai intervenció szaktudással, a megfelelő szülői/családi támogatással, együttműködéssel annak határfoka hosszútávon is erőteljesebbnek bizonyul. A korai fejlesztés nagyon különleges ága a segítő szakmáknak, mivel egyrészt a koragyermekkorral foglalkozik, aminek kitüntetett szerepe van az egészséges és a sérült gyermekek fejlődésében egyaránt, másrészt mert *ez az a kor, amikor különösen hangsúlyos a kompetens szülőség és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása, amikor nem tekinthetünk el a szülői jelenléttől, a szülők direkt bevonásától és támogatásától sem.*

Hagyományosan a szenzoros és/vagy motoros problémákat mutató csecsemők, kisgyermekek korai fejlesztésében már több évtizede megvalósul a születéstől kezdve történő segítségnyújtás, amelyben a szülők nemcsak passzív, hanem aktív résztvevők, partnerek. A foglalkozások során a *szülőkkel folytatott konzultáció* jelentős teret kap. A fókusz a csecsemők/kisgyermekek szenzomotoros készségeinek fejlesztése, és ebben a szülők támogatása, bevonása.

A *szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációban* a fókusz a szülő-gyermek interakciókon és kapcsolaton, illetve a korai érzelmi- és viselkedésproblémák megértésén és megoldásán van. A konzultációk célcsoportja nem csak a megkésett vagy atipikus fejlődésű gyerekek, hanem minden korai pszichoszociális nehézségekkel küzdő 0–3/5 éves korú gyermek és családja. Emiatt az ellátásban résztvevő *szakembereknek a szakmódszertani tudás mellett szükséges korszerű ismeretekkel rendelkezniük a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok jellemzőiről,*

---

9 Magyarországi alapellátások és szakszolgálatok a koragyermekkor idején (2011) (szerk. Danis I. – Nemeth T.). Kézirat. PPKE-BTK, Piliscsaba.

Az integrált szülő-csecsemő konzulensek és más kisgyermekkel foglalkozó szakmák képzéseinek kapcsolódási pontjai. (2014) (szerk. Danis I.–Németh T.). Hallgatói kézirat. PPKE-BTK, Piliscsaba.

*minőségéről kisgyermek és felnőtt korban, a szülővé válás folyamatáról, és a szülő-csecsemő kapcsolatban jelentkező regulációs problémákról, jártasságot kell szerezniük a szülőkkel való együttműködésben.* (HÁMORI 2005; HÉDERVÁRI–HELLER 2008; BORBÉLY 2012)

A törvényi keretek mellett az elmúlt években kidolgozásra kerültek a protokollok rendszerei, megszületett az alpprotokoll (TORDA–NAGYNÉ 2013), ennek nyomán készültek el a szakterületi protokollok (KIRÁLY és mtsai 2015; KERÉKI–SZVATKÓ 2015) és a specifikus protokollok<sup>10</sup>. A specifikus protokollok területén megjelenhetnek azok a tevékenységek is, amelyek (az EMMI rendelet alapján) a törvény szellemét érvényesítik a preventív és korai ellátásban: a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenció tevékenységei, így a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció is, mint specifikum.

Szükségesnek tartjuk, hogy a korai fejlesztésben dolgozó szakemberek legalább egy része alapképzésükön túl rendelkezzen olyan speciális végzettséggel (szakvizsgával egyenértékű posztgraduális képzettséggel), amely kifejezetten a koragyermekkor sajátosságaira, dilemmáira és nehézségeire irányul. *Minden régióban szükség van szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensekre, akik. „... a koragyermekkorai fejlődés pszichológiai modelljein, a korai fejlődés pszichoanalitikus és modern fejlődéslelektani alapjain építkezve, a társadalmi és pszichológiai aspektusok figyelembevételével (szülővé válás, a családot érintő társadalmi-gazdasági problémák stb.) az alkalmazott kötődésemlethez ágyazva dolgoznak.*” (PRÓNAY és mtsai 2015)

**Ajánlások a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szolgáltatási rendszerbe történő bevonásához.** Áttekintve a hatályos jogszabályokat, a korai fejlesztésben strukturális átalakítások nélkül megjelenhet a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi és terápiás tevékenység. A korai fejlesztés törvényi háttéréből ferdén szedve kiemeltük azokat a gondolatokat, amelyek a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció szemléleti alapjaival azonos családfókuszot jelenítik meg. Vastag betűvel azokat a részeket jelenítettük meg, amelyekhez alább javaslatainkat fűztük.

A 15/2013 EMMI rendelet a korai fejlesztés feladatairól az alábbiakat fogalmazza meg:

4. § (1) Az Nkt. 18. § (2) bekezdés *a)* pontja szerinti **gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás (a továbbiakban: korai fejlesztés és gondozás) feladata a komplex koragyermekkorai intervenció és preventció:** az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően *a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.*

---

10 (1) A koragyermekkorai gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat (diagnosztika) protokollja, (2) a kora gyermekkorai interdiszciplináris team-munka protokollja, (3) a kora gyermekkorai ellátás protokollja, (4) a családközpontú kommunikáció és tájékoztatás protokollja, (5) a kora gyermekkorai fejlesztő-terápiás munka protokollja (Kereki–Szvatkó 2015).

(2) **A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. A szakértői bizottság a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermek-neurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.**

(3) Ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékosok nappali intézményében, fogyatékosok ápoló-gondozó bentlakásos intézményében intézményi ellátásban részesül, a korai fejlesztést és gondozást – amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek biztosítottak – az intézményben kell ellátni. A pedagógiai szakszolgálati intézmény a tanácsadást a szülőn kívül a feladatellátási hely adott gyermekkel foglalkozó szakalkalmazottai részére is biztosítja.

(4) **Ha a gyermek harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe.**

(5) **A korai fejlesztés és gondozás egyéni foglalkozás, vagy legfeljebb hat gyermekből álló csoportfoglalkozás keretében valósítható meg.**

(6) A korai fejlesztés és gondozás keretében a gyermek állapotának, szükségleteinek, valamint a család terhelhetőségének függvényében a fejlesztési feladatok végrehajtásának időkerete

0–3 éves kor között: legalább heti egy, legfeljebb heti négy óra,

3–5 éves kor között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt óra.

(7) **A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg. Az időkeretet a fejlesztést ellátó szakember a szakértői bizottság írásbeli egyetértésével módosíthatja. A fejlesztés a gyermek állapota alapján egyéni, vagy csoportfoglalkozáson, illetve vegyesen – egyéni és csoportfoglalkozáson – is történhet.**

(8) Ha a korai fejlesztés és gondozás igénybevétele a pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére

a. otthoni ellátás keretében vagy

b. a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor.

**(1) ponthoz:** Üdvözöljük, hogy a szakterületi protokoll megjelenésével (KEREKI–SZVATKÓ 2015; KIRÁLY és mtsai 2015) a szakszolgálati gyakorlatban már a koragyermekkorai intervenció tevékenység nemzetközi értelemben vett tág értelmezése szerepel, amely magába foglalja a gyógypedagógiai tevékenység (korai fejlesztés) mellett a szülői és a csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának különböző formáit is. Hosszabb távon azonban szükségesnek tartjuk a koragyermekkorai intervenció fogalmának megjelenését és bővítését a hatályos jogszabályokban, rendelkezésekben is.

Javaslatunk szerint a „Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás” szakszolgálati tevékenységi kört és elnevezést bővíteni szükséges, például:

„Koragyermekkori családközpontú pszichológiai, mentálhigiénés, gyógypedagógiai és konduktív pedagógiai intervenciók tevékenysége” vagy „Koragyermekkori családközpontú pedagógiai-pszichológiai intervenciók tevékenysége” (röviden: „Koragyermekkori intervenciók tevékenysége”).

Ez az elnevezés:

- hangsúlyozza a korai életszakasz jelentőségét, különlegességét az érintett (pedagógiai szakszolgálatokban együttműködő) szakmákon belül, elkülönítve a későbbi korosztályoktól
- kiemeli a tevékenység intervenciók jellegét, mely túlmutat a hagyományosan értelmezett fejlesztés fogalmán
- nyomatékosítja a család bevonását, támogatását
- valamint a pszichológiai és mentálhigiénés szakmák bevonását az életkori periódusra jellemző pszichés folyamatok (szülővé válás, kötődés, illeszkedés, énefejlés stb.) nyilvánvalósága miatt

A tevékenység rendeleti szabályozásának megalkotásához szükségesnek tartjuk az érintett szakmák bevonását, egy interdiszciplináris szakmai csoport felállítását.

**(2) és (7) ponthoz:** A jelenlegi szabályozás meghatározása lefedi ugyan a prevenció és az intervenció pedagógiai-pszichológiai vonatkozású tevékenységeit, azonban az értelmezés során a kifejezetten korai fejlesztést, terápiát igénylő, szakértői véleménnyel rendelkező gyermekek fejlesztéséről rendelkezik.

A korábbiakban leírt (pl. DANIS 2015) külföldi példák és kutatások is azt mutatják, hogy ezek a célok sokkal szélesebb rétegeket érintenek. A jogszabályok adta lehetőségekkel ellentétben hazánkban a gyerekek gyakran csak szakértői bizottsági vizsgálat után részesülhetnek korai ellátásban vagy fejlesztésben. Azon gyermekek és családok körében, ahol a probléma nem indokolja a megyei szakértői bizottság bevonását, a gyakorlat tapasztalata szerint gyakran nincs lehetőség korai fejlesztés elindítására. Pedig az ő esetükben legtöbbször egy rövid távú beavatkozás (pl. szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció) rendezné a nehézségeket, megelőzve a későbbi klinikai szintű zavarok előfordulását. Amennyiben nincs szükség a szakértői bizottságok differenciáldiagnosztikai munkájára, *a lelki egészség és jóllét szempontjából nagy prevenciók jelentőséggel bírhatnak a szülői bejelentkezésre válaszoló konzultációs családtámogatás is.* A jogszabályok lehetőséget adnak a pedagógiai szakszolgálatnak nem a diagnosztikát és jogszabályi meghatározást igénylő korai fejlesztés körében, hanem más szakmai keretekben (pl. a nevelési tanácsadásban) teljesíteni ezeket a feladatokat. Fontos lenne a családok számára az önkéntes, anonim (INYP-től független) megjelenés lehetőségét biztosítani.

*A szakértői papírhoz rendelt ellátásnak a "hozzáférhetőség" problémája mellett jelentős pszichoszociális hatása is van.* Gyakorlati tapasztalatok szerint nem ritka, hogy a korai diagnózisok jelentősen megváltoznak az életkorral (pl. számos korai értelmi sérültség kódot kapó gyermek később ép értelműnek minősül, vagy más SNI státust kap). A medikális modell értelmében egy korai diagnózis jó alapot nyújt a szükségletek pontos felméréséhez és a szolgáltatások tervezéséhez, a szociális és az emberjogi modell szerint viszont a korai és később változó diagnózis erőteljes hatással bírhat a gyermek,

a család és a tágabb környezet sokrétű interakcióira, ezáltal megzavarhatja a gyermekek személyiségfejlődését, a szülői szerepek és jóllét alakulását, sőt a szülő-gyermek kapcsolatot is. Fontos törekvés tehát, hogy a gyerekeket nagyon óvatosan és kellő bizonyossággal soroljuk stigmatizációra lehetőséget adó kategóriákba. *Egy megalapozott korai diagnózis a gyermek és a család minél hamarabbi átfogó ellátását teszi lehetővé, amennyiben ez a szükségletek megnevezésével és a társuló segítő-támogató szolgáltatások elérhetőségével párosul.* Egy korai diagnózis nem jelent stigmát, amennyiben megfelelően van tájékoztatva a gyermek és a család, és a család támogatása egy interdiszciplináris szakmai network által minden lehetséges szinten megtörténik.

**(4) ponthoz:** A jelenlegi törvényi szabályozás egyértelműen kimondja, hogy az óvodai nevelésben részesülő gyermekek nem vehetik igénybe a korai fejlesztő szakszolgálat szolgáltatásait.

Javasoljuk, hogy a korai fejlesztést végző szakemberek bevonásával a korai intervenció támogatás része legyen az óvodai beilleszkedés támogatása is. A korai fejlesztő szakemberek azok, akik gyakran már évek óta együtt dolgoznak a családokkal, ismerik sajátosságait, erősségeit, lehetőségeit. A beszoktatás első évében megvalósuló együttműködésük a helyi szakemberekkel (intézménypszichológus, pedagógus, fejlesztő) valódi prevenció értékkel bírhat.

**(5) és (7) ponthoz:** A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció se nem egyéni, se nem csoportos módszer, a szülő-gyermek diáddal, illetve az egész családdal dolgozunk.

Nemcsak a korai pszichoszociális problémák esetében, hanem a korai fejlesztés egyes területein is elengedhetetlen a szülővel való munka (akár szülő-konzultáció, akár szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció formájában), így fontosnak tartjuk a jogszabályi meghatározások bővítését.

**(8) ponthoz:** Az utazó szakember hálózat átgondolása mindenképp szükséges lenne a korai ellátás területén. Halmozottan hátrányos helyzetű családoknál és a rossz infrastruktúrájú településeken, régiók esetében a korai intervenció egyik formájaként a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció is megjelenhet.

Az intézményekbe bejáró családok számára pedig olyan feltételek (módszertani sokszínűség, szakember team, tárgy- és eszközállomány) kialakítására van szükség a szakszolgálati ellátásban, amelyek különböző terápiás kezelésekre és módszerekre (pl. szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció) használatára alkalmasak 0–3 éves korú gyermekek esetében.

## Nevelési tanácsadás

A nevelési tanácsadás törvényi keretei – hűen a sok évtizedes hagyományokhoz – jelenleg is tartalmaznak korszerű, előremutató és innovációra serkentő elemeket: preventív szemlélet, családfókusz, team-munka, indirekt, konzultatív munka, rendszerszemlélet stb.

Ezek a korszerű elvek nemcsak a törvényi keretben, hanem az utóbbi években kidolgozásra kerülő szakprotokollban (KIRÁLY és mtsai 2015) is megjelennek. A specifikus protokollok területén megjelenhetnek továbbá azok a tevékenységek, amelyek a törvény szellemét érvényesítik a preventív és korai ellátásban. Ezek a 15/2013 EMMI rendelet alapján a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenció tevékenységei, így a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció is, mint specifikum (JÁNOSINÉ 2015<sup>11</sup>). A korai és családközpontú intervencióra való törekvést tükrözve a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció említésre kerül a szakterületi protokollokban, a specifikus protokollokban, a Kliensút Kalauzban és a TÁMOP 6.1.4. egyéb anyagaiban is.

Problémát jelent az, hogy a pedagógiai szakszolgálatok jövőbeni működéséhez elengedhetetlen szakterületi protokoll a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt kompetencia körében a pszichológusi tevékenységek köréhez sorolja, nem említve meg más szakszolgálatban dolgozó lehetséges szakmákat (pl. konduktor, gyógypedagógus), noha a szülő-csecsemő konzulensi képesítés ezekre az alapszakmákra is építhető, államilag akkreditált egyetemi szakirányú továbbképzésben megszerezhető végzettség (l. alább). Az érintett szakmák képviselői saját alapidiplomájuknak megfelelő kompetenciákkal, integrált tudásként – a kellő szakmai kompetenciahatárok kijelölésével, az alapidiplomának megfelelő hatókörben és területen – általános feladatköreik hatékonyabb elvégzése mellett képesek ellátni a nem pszichoterápiát igénylő eseteket.

Ez az intervenció módszer a korai életkor pszichoszociális problematikáit, érzelmi és viselkedésszabályozási nehézségeit és pszichoszomatikus tüneteit kezeli. A gyermekre egyenrangú, a kapcsolatot aktívan alakító szereplőként tekint. Módszerében és szemléletmódjában újszerű. A konzultációs folyamatban a csecsemő nem „alany”, hanem kliens. Ez egyrészt a szülői kompetenciát támogatva a partneri viszonyt erősíti, másrészt a gyermeket nem zárja ki a számára fontos eseményből, sőt inkább teret ad a megnyilatkozásra és kommunikációra, amely kölcsönös a viselkedéses információk révén. Az eddigi tapasztalatok szerint a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció költséghatékony módszer, a tevékenység végzése nem igényel külön infrastrukturális fejlesztést, hiszen a nevelési tanácsadás protokolláris feltételeihez igazodik.

**A fentiek alapján kiegészítő javaslataink.** A szakmai protokollokban definiálni kell, hogy ki milyen végzettséggel végezhet szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt és/vagy terápiát (l. későbbi fejezetet a képzésről, mint a minőségbiztosítás alappilléreiről). Amíg nem állnak rendelkezésre tömegesen a képzett szakemberek, széles körben elérhetővé kell tenni egy országos listát a már képzettek működési helyéről, működési kereteikről.

Szükséges, hogy a szakma támogassa a megyei szakértői bizottságok vagy a helyi szakmai teamek javaslata és a specifikus protokollok alapján indokolt különböző kompetenciák és specifikus módszerek – köztük a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció – alkalmazását.

---

11 *Specifikus szakterületi protokoll a nevelési tanácsadásban* (JÁNOSINÉ 2015) címmel készült protokoll a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációról, amely az alapprotokollt követi, ezért a szakszolgálat többi szakterületén is alkalmazhatóvá válik.

Feladat a családok önkéntes megjelenésének facilitálása, amely egyrészt az egészségüggyel való szakmai kapcsolatrendszerek, kommunikációs formák kiépítésével és működtetésével, másrészt a családok részére a korai fejlesztés tevékenységeit bemutató ismeretterjesztő munkával érhető el.

## Összefoglalás

*A jelenlegi struktúrában a törvényi keretek lehetőséget adnak a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció megjelenésére a szakszolgálat különböző területein: a korai fejlesztésben és gondozásban, valamint a nevelési tanácsadásban. A tevékenység végzéséhez a szakmai irányítás megnyerése szükséges annak érdekében, hogy aki rendelkezik ezzel a végzettséggel, az munkaidejének egy részében gyakorolhasson plusz kompetenciákat. A tevékenységhez szükséges tárgyi feltételek az alapprotokoll igényeitől nem térnek el, tehát a tevékenység bevezetése befektetést nem kíván. Nehézséget jelent, hogy a jelenlegi intézményi működés alulfinanszírozott, ami a környezet tárgyi feltételeiben fokozottan megjelenik. Ez azonban nem a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt nehezíti csupán, hanem az összes tevékenységet.*

## És kik fognak dolgozni? – minőségbiztosítás a képzésen keresztül

**Külföldi képzések.** A nyugat-európai tapasztalatok azt mutatják, hogy az egyetemi (orvosi, pszichológiai, pedagógiai) alapképzés nem elegendő ahhoz, hogy a koragyermekkorai érzelmi- és viselkedésszabályozási (ún. regulációs) zavarok komplexumát a szakemberek kellőképpen tudják kezelni. Ennek megfelelően szakképzési és továbbképzési programok kidolgozása valósult meg, amelyek interdiszciplináris (orvosok, pszichoterapeuták, pedagógusok, pszichológusok, védőnők, szociális munkások, bölcsődei gondozók stb. közös képzése), illetve kimondottan az egyes (orvosi, pszichoanalitikusi) szakmákra ráépülő szakemberképzést tettek lehetővé.

Európán belül a német nyelvű országok közös együttműködéssel dolgoznak a szülő-csecsemő terápiás képzés és továbbképzés magas színvonalú standard kritériumainak a kidolgozásán. Németországban például több tartomány nagyobb városaiban (Berlin, Heidelberg, München, Potsdam) van lehetőség a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció vagy terápiás kezelés integrált módszereinek az elsajátítására. Angliában az Anna Freud Intézetben és a Tavistock Klinikán történik a nemzetközileg is elismert pszichodinamikus alapokon nyugvó programok terjesztése, míg több egyetemen képeznek a tengerentúlon honos átfogó, egészségügyi, pedagógiai és szociális szakmaközi tudással és gyakorlattal rendelkező szakembereket. Az Egyesült Államokban, Kanadában és Ausztráliában ugyanis az európai országokat megelőzve már korábban meghonosodott a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációra és terápiára való szakmai felkészülés lehetősége az európainál szélesebb és interdiszciplinárisabb csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség szakértők (infant mental health specialist) képzésével.

**Hazai lehetőségek a képződésre.** A jövőben számíthatunk arra, hogy az egészségügyi, szociális és pedagógiai programok keretében a szakma érzékenyítése, továbbképzése, szakanyagokkal való ellátása, valamint a szülők ismereteinek és lehetőségeinek tudatosítása révén a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációra és terápiára – mint hatékony prevenció és intervenció programra – való igény és szükséglet hazánkban is nagy ütemben fog növekedni. *Ehhez mindenképpen kiképző és továbbképző programokra van szükség, hogy a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia a csecsemő- és kisgyermekkor komplex ellátásának fontos részeként széleskörűen megszilárdulhasson Magyarországon is.*

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációra és terápiára való szakmai felkészítés többnyire az egyetemi képzéstől függetlenül, pontosabban ezt követően továbbképzési programok bevonásával történik. Az Ego Klinika által szervezett módszerspecifikus gyermekpszichoterápiás képzés részeként már az 1990-es évek óta megjelenik a koragyerekkor terápiás ellátása. Az OGYEI és a Frankfurter Orvosegyetem, a Német Gyermekligával együttműködésben, Dr. Éva Hédervári-Heller képviselében 2005-ben és 2006-ban indított 100–100 órás akkreditált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs képzést, melyet az elkövetkező években szupervíziós csoportmunka követett. 2010 januárjában sikerült a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Karán akkreditálni az „Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (© Hédervári-Heller és Németh)” szakirányú továbbképzést, melynek a két fő pillére a következő volt:

- A koragyerekkori egészséges fejlődéssel, illetve a klasszikus regulációs problémákkal kapcsolatos ismeretek átadása, megszilárdítása, és kezelési lehetőségek szupervízióval történő gyakorlása a kisgyermekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek számára.
- A képzésben résztvevő hallgatók ismereteinek és kompetenciáinak megfelelően új szakma kialakítása és elterjesztése Magyarországon: a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs/terápiás tevékenységet folytató prevenció és intervenció munkakörök társadalmi elismertetése és támogatása (egészségügyi finanszírozás kérdésének megoldása), a lakosság számára megbízható és preferált segítő hálózat kialakítása. (NÉMETH 2010 alapján)

Az első diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés 2010–2014 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen zajlott. A képzés 2014-től a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében folytatódott, 2015-től pedig indul az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán is. 2015-től a Pázmány Péter Katolikus Egyetem is meghirdetett egy új posztgraduális képzést, a „Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció” szakirányú továbbképzési szakot.

Érzékenyítő kurzusokként említhetjük, hogy 2012-től a SE Egészségtudományi Karán elindult a *Regulációs zavarok* szabadon választható, 3 kreditet érő tárgy oktatása, 2015 őszétől pedig az ELTE Gyógypedagógiai Karának MA kurzuskínálatában is szerepel e tantárgy. Továbbá egy-egy napos képzéseket tartanak a témában a Vadaskert Alapítványnál.

Az *Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens képzés* nem csak nevében, az elméleti bázisra, módszerre utalva tekinthető integráltnak (mivel épít az elméleti fejlődés-



lélektanra, a modern csecsemő kutatások eredményeire, a kötődésselméletre, a pszichodinamikus és az interakcionista megközelítésekre egyaránt), hanem a képzésben részt vevő szakemberek szempontjából is. Az integrált megközelítés teljesen új a hazai ellátási gyakorlat szempontjából, miközben mint láttuk, az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációhoz hasonló, de inkább pszichoanalitikus és pszichoanalitikusan orientált képzések (EGO Klinika, Vadaskert) már korábban is léteztek. Az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens képzés 4 féléves posztgraduális képzés az SE és az ELTE képzési rendszerében is. A képzés erőssége a már említett elméleti-módszertani integrált szemlélet és a gyakorlat orientált megvalósítás. A korábban lefolytatott és jelenleg folyamatban lévő képzésben a diplomás védőnőtől a szociális munkásig sokféle szakember vett részt.

Fontos alapelve és gyakorlata az, hogy a korai életévekben a gyermekkel kapcsolatba kerülő szakemberek a legkülönbözőbb szakterületekről együtt tanuljanak. Szinte átforgató ereje és jelentős szakmai hatása van a kompetenciák alakulására ennek az interdiszciplináris közegnek. A szakemberek olyan miliőben alakítják ki új tudásukat, amelyben nem csak korábbi elméleti képzésükből és gyakorlati tapasztalataikból hozott tudásukat fejlesztik, hanem megtanulnak más szakmák szemszögéből is rálátni a problémákra. A formális tananyaggal párhuzamosan a közös megbeszélések, együtt gondolkodások során egy informális „tananyag” is helyet követel magának. Ez pedig nem más, mint az, hogy a részt vevők át- vagy továbbgondolják saját szerepüket, feladatukat mások tevékenységéhez igazítva, összehangolva.

Mivel ezidáig ez a kompetencia még nem került a jogszabályok elismert és ajánlott tevékenységei közé, és pl. egészségügyi területen az OEP rendszere által még nem finanszírozott, csak néhányan tudják megszerzett tudásukat a munkakörük keretében hasznosítani. A diplomások többsége egyelőre vagy az alapszakmára ráépülő tevékenységként végzi vállalkozásban, magánrendelés keretében, vagy az állami alkalmazásban a meghatározott feladatköröket tudja az új szemléleti keretben végezni.

Céljaink:

- Legfontosabb célunk az, hogy *a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulenseket önálló szakma képviselőiként ismerjék el az állami alkalmazásban*. Ez lehetővé tenné, hogy azokon a helyszíneken, ahol a legtöbb rászoruló megfordul, az egyéb szakmai ellátáson kívül *a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció mint szolgáltatás is rendelkezésre álljon a családok számára*.
- A képzés középtávú fejlesztési terve, hogy *a koragyermekkorai regulációs zavarokról és kezelésiükről szóló ismeretek kapjanak helyet néhány tantárgy keretében különböző (egészségügyi, pedagógiai, szociális) szakemberek alapképzésében*.
- *A továbbképzések és rövidebb tanfolyamok sorát és körét* – a minőségi színvonal megtartása mellett – *is bővíteni szükséges*, különösen abban az esetben, ha a társadalmi, jogi környezet változásával megnyílik az út a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek alkalmazására. Az igény felébred majd mindazokon a területeken: bölcsődékben, óvodákban, kórházakban, orvosi rendelőkben, korai intervenciót végző intézményekben, pedagógiai szakszolgálatokban stb., ahol a problémák is felmerülnek a korai gyermekellátás során.

- Természetesen minél nagyobb igény támad a konzulensek iránt, annál szélesebb körű képzésre lesz szükség. Megjelenhet a képzés BA és MA alapképzésben is. *Kívánatos lenne a konzulensek ismereteinek, a konzultáció gyakorlatának hatékonyságát felismerve különböző szintű képzésekkel követni az ellátórendszerben felmerülő társadalmi igényeket.*
- Távlati tervekben azt sem tartjuk kizártnak, hogy választható szakirányként megjelenjen a pedagógiai, a tanácsadó vagy egészségfejlesztő szakpszichológus képzések palettáján, vagy a klinikai szakpszichológusok és pszichoterapeuták módszerspecifikus képzéseként. (Érdemes megemlíteni szakmai eredményként, hogy a jelenlegi képzési rendszerben az ELTE BGGyK kínálatában végzők számára a pedagógus szakvizsga képzési időtartama csökkenthető azoknak, akik előtte ebben a képzésben megszerzik az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens diplomájukat.)

Szükségesnek tartjuk a felelős szakember-hálózat építésének érdekében:

- a jogszabályokban lefektetni, hogy csakis a jelenleg létező és később megalapozott szakmai munka után újonnan induló posztgraduális szakirányú szakképzések, módszerspecifikus képzettség, pedagógiai és pszichológiai szakvizsga, illetve hosszabb távon BA és MA alapképzések keretében végzett szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensek működését fogadja el a rendszer. Ezzel a képzések oldaláról támogatnánk a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció minőségbiztosítását.
- a különböző gyermekekkel és családokkal foglalkozó intézményekben dolgozó munkatársak inspirálását (eszmei és anyagi támogatását) a koragyermekkorai lelki egészség területén való továbbképződésre.
- a már szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi szakképzettséggel rendelkező szakemberek felvételét a releváns intézményekbe.
- az egyéb munkakörökben (gyermekorvosként, védőnőként, pszichológusként, gyógypedagógusként, stb.) már dolgozó szakemberek számára a szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettség elismerését és a tevékenység végzésének munkaidőn belüli biztosítását.
- a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációt végzők szakmai végzettségének a foglalkozások egységes osztályozási rendszerébe való felvételét (FEOR).

## **Zárógondolatok**

A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség témájának a fókuszba helyezésével, észrevételeinkkel és javaslatainkkal szeretnénk e témának súlyának és távlati hatásainak megfelelő helyet találni az utóbbi időben mind az egészségügy, mind a szociális, mind az oktatás területén külön, külön megindult és egymással párbeszédet indító preventív és intervenciós kezdeményezésekben. A nagy szakmai változásokban helyét kereső Pedagógiai Szakszolgálat munkájának az áttekintése mellett fontos felhívni a szakembe-

rek figyelemét azon 0–3/5 éves gyermekek és családjaik problémáira, ahol az egészséges vagy fejlesztésre járó gyermekek az egészséges fejlődéstől eltérő, problémás viselkedési állapotokat, tüneteket – regulációs zavart – mutatnak. Ezekben az esetekben a terápiás terv kiegészítése a szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció alkalmazásával – a nemzetközi tapasztalatokat is áttekintve – rövid és hosszú távon is a családok és a szakemberek elégedettségét biztosítja.

## Irodalom

- BENNETT, J. (2011): *The structure, governance and quality assurance of early childhood services in the European Union*. Presentation on Hungarian Presidency Conference, 21 February 2011; [http://tempus.tpf.hu/ecec/docs/Focus\\_Topic\\_1.Bennett.final.pdf](http://tempus.tpf.hu/ecec/docs/Focus_Topic_1.Bennett.final.pdf) (*Letöltés ideje: 2015. május 16.*)
- BORBÉLY S. (2012): *A szülők és mi*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.
- CRAMER, B. – PALACIO-ESPASA, F. (2012): *A baba-mama pszichoterápiák gyakorlata*. Medicina, Budapest
- CZEIZEL B. (2009): A kora gyermekkori intervenció magyarországi hálózatának kiépítése – szakmai, stratégiai javaslatok. In: Kópatakiné (szerk.): *Együttnevelés határon innen és túl – Kutatási eredmények a sajátos nevelési igényű tanulók inklúzióját támogató hazai szakmai szervezetekről, kitekintéssel az aktuális nemzetközi projektekre*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest. 98–99.
- DANIS I. – NÉMETH T. (szerk) (2011): *Magyarországi alapellátások és szakszolgáltatások a koragyermekkor idején*. Hallgatói kézirat. PPKE-BTK, Piliscsaba.
- DANIS I. (2012): *Gyerek-utak, protokollok és szolgáltatások a koragyermekkorban. Nemzetközi kitekintés*. Kézirat. Educatio, Budapest.
- DANIS I. – NÉMETH T. (SZERK) (2014): *Az integrált szülő-csecsemő konzulensek és más kisgyermekkel foglalkozó szakmák képzéseinek kapcsolódási pontjai*. Hallgatói kézirat. PPKE-BTK, Piliscsaba.
- DANIS I. (2015): *A csecsemő- és kisgyermekkorban lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorban. Gyógypedagógiai Szemle, 2015/2. 100–116.*
- GEREBEN FNÉ (2015): PROBLÉMATÉRKÉP – azaz a gyógypedagógiai ellátást érintő kérdések 12 pontja a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete szakosztályainak felvetése alapján. *Gyógypedagógiai Szemle, 2015/1. 82–85.*
- HÁMORI E. (2005): *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Piliscsaba.
- HÁMORI E. (2015): *A kötődésemélet perspektívái – A klasszikusoktól napjainkig*. Animula, Budapest.
- HÉDERVÁRI – HELLER É. (2008): *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula, Budapest.
- JÁNOSINÉ K. S. (2015): *Specifikus szakterületi protokoll a nevelési tanácsadásban*. Szakdolgozat, ELTE, Budapest
- KEREKI J. – LANNERT J. (2009): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése*. TÁRKI-TUDOK, Budapest.
- KEREKI J. (2010): A koragyermekkorban intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle, 2010/1. 32–45.*
- KEREKI J. (2011): *Regionális helyzetértékelés a koragyermekkorban intervenció intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. EDUCATIO, Budapest.

- KEREKI J. (szerk.) (2012a): *PR9 – Javaslat(ok) érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) által használatos protokollok összehangolására*. A.I.M. 2011 konzorcium – Educatio Kft. [http://www.educatio.hu/pub\\_bin/download/tamop\\_311/4piller/javaslatok\\_protokollok\\_korai\\_2.pdf](http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_2.pdf) (Letöltés ideje: 2016. május 16.)
- KEREKI J. (szerk.) (2012b): *PR 11 – Javaslat(ok) a Konceptió a kora gyermekkori ellátás protokolljainak egységes alkalmazására c. dokumentum alkalmazására, mely tartalmazza a Konceptió szakmai legitimációjának feltételeit és folyamatát, a fejlesztési területekbe való beépítés ágazati és intézményi szintű lehetőségeit, a hiányzó protokollok területeit az érintett szakterületek vonatkozásában*. A.I.M. 2011 konzorcium – Educatio Kft.
- KEREKI J. – SURÁNYI É. (szerk.) (2012): *PR2 – Javaslatok az érintett ágazatok (egészségügy, szociális, oktatás) értékelési gyakorlatának összehangolására, amely a kora gyermekkori ellátásban résztvevő intézmények értékelési gyakorlatának elemzésén alapszik*. A.I.M.2011 konzorcium – Educatio Kft. [http://www.educatio.hu/pub\\_bin/download/tamop\\_311/4piller/javaslatok\\_teljesitmenyertekeles\\_korai\\_2.pdf](http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_teljesitmenyertekeles_korai_2.pdf) (Letöltés ideje: 2015. május 16.)
- KEREKI J. (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2013/1. 23–38.
- KEREKI J. és mtsai (2014): *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell*. TÁMOP–6.1.4 Koragyermekkori program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- KEREKI J. (szerk.) (2015): *Kliensút Kalauz*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Kézirat. TÁMOP 3.1.1/II. kiemelt projekt.
- KEREKI J. – SZVATKÓ A. (2015): *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- KIRÁLY G. – VECSEI T. – ARATÓ D. – LUGOSINÉ P. I. (2015): *A nevelési tanácsadás szakszolgálati protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- NÉMETH T. (2010): Itt és most – A koragyermekkori regulációs zavarok helyzete Magyarországon. In: *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban. Regulációs zavarok*. XII. Családbarát konferencia kiadványa. OGYEI, Budapest. 7–12.
- NÉMETH T. (2012): A koragyermekkori regulációs zavarok. In: *Gyermekgyógyászat*, 2012/6: 320–325.
- NÉMETH T. – DANIS I. – NAGY I. – SCHNEIDER K. V. (2015): A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő*, 25 (4): 16–26.
- POLEY, D. – GOLDFELD, S. – McLOUGHLIN, J. – NAGORCKA, J. – OBERKLAID, F. – WAKE, M. (2000): *A review of the early childhood literature. Prepared for the Department of Family and Community Services as a background paper for the National Families Strategy*. The Centre for Community Child Health, Australia.
- PRÓNAY B. – GÓCZÁN-SZABÓ I. – DARITSNÉ RAJZÓ É. – JÁNOSINÉ KAKUK S. – NÉMETH T. (2015): Korai reguláció, atipikus fejlődés és integrált szülő–csecsemő/kisgyermek konzultáció. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2015/1. p. 1–13.
- TORDA Á. – NAGYNÉ R. I. (2013): *Alapprotokoll*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest. [https://www.educatio.hu/pub\\_bin/download/tamop342b/szakteruleti\\_protokoll\\_konzultacio/Alapprotokoll.pdf](https://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop342b/szakteruleti_protokoll_konzultacio/Alapprotokoll.pdf) (Letöltés ideje: 2015. május 16.)

# **A kvótarendszer hatása a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott emberek integrált foglalkoztatására – Fókuszban: Nyugat-Dunántúl tíz legnagyobb vállalata**

KOMJÁTHY ZSUZSANNA  
zsuzsa.komjathy@gmail.hu

---

## **Absztrakt**

A tanulmány egy készülő doktori disszertáció kutatási anyagának felhasználásával arra a kérdésre keresi a választ, hogy a rehabilitációs hozzájárulás mértékének 2010. január 1-jén történő jelentős mértékű emelése hozzájárult-e a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott személyek foglalkoztatásának növeléséhez Nyugat-Dunántúlon. A dolgozat, két hipotézis köré építve, a régió tíz nagyvállalatának foglalkoztatási jellemzőin keresztül elemzi a kvótarendszer hatékonyságát. A tanulmány általánosítva fogalmaz meg javaslatokat a megváltozott munkaképességű munkavállalók eredményesebb foglalkoztatásának elérésére.

**Kulcsszavak:** kvótarendszer hatékonysága, foglalkoztatás eredményessége, javaslatok

---

## **Bevezetés**

A rendszerváltás óta eltelt majdnem harminc év alatt Magyarország gazdasági, társadalmi, szociális helyzete alapvető változásokon ment keresztül, mely nagy hatást gyakorolt a megváltozott munkaképességű emberek társadalomban betöltött helyére, munkavállalási lehetőségeire. Az ország gazdasági életében bekövetkezett változás, a piacgazdaságra való áttérés, szociálisan kiszolgáltatottá, kirekesztetté, nemritkán szegénnyé tette a marginális helyzetben lévő csoportokat. (Sz. N. 1995)

Az európai országok jelentős részét érintő gazdasági válság Magyarországon is tovább mélyítette azt a szakadékot, mely évtizedek óta fennáll az ép és a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő piaci megítélésében. Hazánkban a munkaadóknak

1987 óta törvényi kötelezettsége a rehabilitációs hozzájárulás megfizetése<sup>1</sup>, amennyiben az általuk foglalkoztatottak száma meghaladja a húsz főt, és ha ezen belül a megváltozott munkaképességű munkavállalók átlagos létszáma nem éri el az összlétszám 5%-át. A foglalkoztatás elősegítésére a rehabilitációs hozzájárulás mértékét a törvényalkotó 2010. január 1-jén jelentős mértékben megemelte – 164 400 Ft/ főről 964 500 Ft/főre – aminek köszönhetően úgy tűnt, hogy a szigorított kvótarendszer kedvezően befolyásolja majd a munkaerő-piaci integrációt. A megváltozott munkaképességű munkavállalók törvény által meghatározott 5%-os alkalmazási arányának jogalkotói kényszere manapság az egyik legtöbbet vitatott hátránykezelő eszköze az európai foglalkoztatáspolitikának. A nemzetközi gyakorlatban számos ellenérv fogalmazódott meg a kvótarendszerrel szemben, aminek következményeként több uniós tagállam napjainkban is eltérő módon alkalmazza azt. A szociális téren rendkívül fejlett skandináv államok például be sem vezették, mivel eljárásrendjében, elveiben ellenkezik az egyenlő bánásmódról vallott nézeteikkel. A 27 tagállam több mint felében, 16 országban alkalmazzák, legsikeresebben Franciaországban. A francia kvótarendszer „súlyozási elv” szerint működik, „miszerint, ha a kvótát a védett foglalkoztatásban résztvevő munkavállalóval töltik fel, a beszámítolás mértéke magasabb.” (VITÁNYINÉ 2007: 117)

Jelen kutatás arra a kérdésre keresi a választ, hogy a rehabilitációs hozzájárulás jelentős mértékű emelése elérte-e a törvényalkotó által remélt pozitív változásokat a megváltozott munkaképességű, ezen belül a mozgáskorlátozott munkavállalók foglalkoztatásának gyakorlatában Magyarország nyugat-dunántúli régiójában.

## Fogalmak meghatározása

A tanulmány fontosnak tartja a témához kapcsolódó alapvető fogalmak meghatározását az egységes értelmezés szempontjából.

### *Mozgáskorlátozottság*

Kullmann írja: „Mozgáskorlátozottság, mozgásfogyatékoság: a harmonikus és célszerű, jellegzetesen emberi mozgás, mozgászavarok következtében létrejövő rendellenessége. ...az élet folyamán bármikor kialakulhat.” (KULLMANN 2001: 131)

### *Megváltozott munkaképességű személy*

A mozgáskorlátozott személyeket a foglalkoztathatóság szempontjából a tanulmány megváltozott munkaképességű egyéneknek tekinti. „Az egyes munkavégző funkcióiban korlátozott ember nem csökkent munkaképességű, hanem megváltozott munkaképességű”. (VITÁNYINÉ 2013: 118) Adott munkaterületen a megmaradt képességeikhez igazított munkafeltételek mellett, esetenként részidős foglalkoztatással – a legmagasabb szín-

---

1 A törvény hatálya 2011. évi CXCI. törvény 23.§ (1) „A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról” 23. § (1) alapján 2012. január 1-jétől azokra a munkaadókra vonatkozik, akiknél a foglalkoztatottak átlagos létszáma 20 fő helyett a 25 főt meghaladja.

tű foglalkozási rehabilitációs szemléletnek megfelelően – a nyílt munkaerő piaci munkavégzésre alkalmasak. Az épen maradt funkciókra létesített munkakörök számukra is lehetővé teszik a teljes értékű munkavégzést.

A fogalom meghatározásánál az 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról 58. § (5) m) paragrafusát tekinti relevánsnak a tanulmány: „Megváltozott munkaképességű személy: aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.”<sup>2</sup> A törvény hatálya tehát kiterjed valamennyi, a foglalkoztatást hátrányosan befolyásoló egészségkárosodást szenvedett személyre.

### *Egészségkárosodás, egészségkárosodott személy*<sup>3</sup>

Az egészségkárosodás az egész szervezetre vonatkoztatott, a szervezet felépítésében, funkcióiban betegség, sérülés vagy veleszületett rendellenesség következtében kialakult kedvezőtlen változás. A fogalom szorosan összefügg az egészségi állapot fogalmával, mely az egyén fizikai, mentális, szociális jóllétének betegség, illetve sérülés után kialakult vagy veleszületett rendellenesség következtében fennálló tartós vagy végleges kedvezőtlen változásait figyelembe véve meghatározott állapot.<sup>4</sup>

## **A vizsgálati minta bemutatása**

A kutatás alapjául egy készülő doktori disszertáció<sup>5</sup> fő kérdéseiből kiemelt két problémakör elemzése szolgált, mely a Nyugat-Dunántúl 10 nagyvállalatának foglalkoztatási jellemzőin keresztül, párhuzamosan vizsgálja a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott munkavállalók alkalmazását illetően a kvótarendszer hatékonyságát, ezzel összefüggésben az állami támogatások igénybevételének gyakoriságát, a foglalkoztatással kapcsolatos munkáltatói tapasztalatokat.

A vizsgálat szempontjából a kutatás nagyvállalatnak tekinti a legalább 200 fő alkalmazottat foglalkoztató vállalatokat. Az adatok felvételére a cégek HR munkatársaival készített telefonos, vagy személyes megkeresés alkalmával készített mélyinterjúk formájában került sor. A kutatás nem tekinthető reprezentatívnak az alacsony elemszámú vizsgálat miatt.

---

2 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról 58. § (5) m) [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99100004.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV)

3 A fogalmat a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény 1. § a) pontja határozta meg, melyet a megváltozott munkaképességű személyek ellátásáról és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény helyezett hatályon kívül.

4 A megváltozott munkaképességű személyek ellátásáról és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 1. § (2) bekezdés

5 Komjáthy Zsuzsanna: Ifjú és felnőtt korban mozgásfogyatékosá vált személyek munkaerőpiaci integrációja ELTE – PPK – Neveléstudományi Doktori Iskola Gyógypedagógia Program

## A kutatás hipotézisei

1.) *A rehabilitációs hozzájárulás jelentős mértékű emelése nem ösztönzi kellőképpen a nyugat-dunántúli nagyvállalatokat a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott munkavállalók alkalmazására.*

2.) *A nagyobb vállalatok kevésbé élnek a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatását elősegítő állami támogatások igénybevételének rehabilitációs hozzájárulás mértékét csökkentő lehetőségével, mert a profitorientált nagyvállalatok számára nem jelent nehézséget annak megfizetése.*

## Kutatás eredményeinek feltárása

A cégek HR szakembereivel készített interjúk felvételére 2013 júliusa és 2014 decembere között került sor. A kutatáshoz szükséges konkrét adatokat – a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott *dolgozók létszáma, a rehabilitációs hozzájárulás megfizetésének mértéke, a foglalkoztatással járó kedvezmények igénybevételének gyakorisága* – az interjúk felvétele során a vállalatok többségénél a HR szakemberek nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem számszerűsítették. Indokként személyiségi jogok megsértésére, üzleti titok kiszivárogtatására hivatkoztak. Az adatszolgáltatás elől leginkább azok a vállalatok zárkóztak el, ahol a vállalatvezetés nem, vagy kevésbé volt elkötelezett a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott munkavállalók foglalkoztatása iránt.

## Hipotézisek igazolása

### Első hipotézis

Az első hipotézis feltételezte, hogy *a rehabilitációs hozzájárulás mértékének növelése nem ösztönzi kellőképpen a nyugat-dunántúli nagyvállalatokat a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott munkavállalók alkalmazására. A hipotézis a kutatás során igazolást nyert.*

A kutatásba bevont tíz nagyvállalat által foglalkoztatott munkavállalók létszáma 55099 fő, amelyből a megváltozott munkaképességű munkavállalók száma 1135 fő, ebből a mozgáskorlátozott személyek száma összesen 4 fő volt. Az adatokat az 1. ábra szemlélteti.



## Megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása



1. ábra. Megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása Nyugat-Dunántul 10 nagyvállalatánál

A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatási aránya az összes dolgozóhoz viszonyítva 2,059% volt, ami a törvényben meghatározott 5%-os foglalkoztatási kötelezettség felét sem érte el.

A 10 nagyvállalatból egy alkalmazott a törvényi előírásnak megfelelő százalékban megváltozott munkaképességű munkavállalókat. Egy cég egyáltalán nem alkalmazott, a fennmaradó nyolc vállalat alkalmazott ugyan, de nem a törvényi előírásnak megfelelő mértékben.

A tíz nagyvállalatból kettő foglalkoztatott mozgáskorlátozott személyt, összesen 2–2 főt.

A vállalatok HR szakemberei a mozgáskorlátozott emberek alacsony foglalkoztatási arányára indokként részben azt hangsúlyozták, hogy a munkakörök veszélyes jellege nem teszi lehetővé az alkalmazásukat, másrészt a foglalkoztatásukhoz a fizikai környezet nagyobb beruházást igénylő változtatására, átalakítására, speciális munkakörök kialakítására lenne szükség, mely jelentős anyagi beruházást igényelne. A törvény által meghatározott mértékű foglalkoztatási kötelezettségének a cégek többsége a szakemberek véleménye szerint gyártásorientált nagyvállalatként nem tud teljes mértékben eleget tenni. A mozgáskorlátozott személyek foglalkoztatását tovább nehezíti, hogy a munkakörök többségénél a napi munkaidő 8 óra. A megváltozott munkaképességű személyek az ellátásaik mellett meghatározott feltételekkel folytathatnak csak keresőtevékenységet.<sup>6</sup> A törvényi rendelkezések értelmében, rehabilitációs ellátás esetén a munkaidő

6 2014. január 1-vel a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvényt (továbbiakban Mmtv.) néhány helyen módosította a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2013. évi CCXXV. törvény.

korlátozott, legfeljebb heti húsz órás időtartamban lehet dolgozni. Az ezt meghaladó időtartamú munkavégzés az ellátás folyósításának szüneteltetését vonja maga után. A jelenlegi törvényi szabályozások mellett az egyes munkakörök betöltéséhez dupla létszámmal kellene mozgáskorlátozott munkavállalókat alkalmaznia a cégnek ahhoz, hogy az adott munkakör teljes munkaidőben betöltött legyen, illetve a törvényi előírások ne sérüljenek.

Nem növeli a nagyvállalatok foglalkoztatási érdekeltségét a szakemberek véleménye szerint a megváltozott munkaképességűek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény 16. §. által biztosított szociális hozzájárulási adó (27%) megfizetése alóli mentesség sem. A rehabilitációs vagy START kártyával rendelkező munkavállalók foglalkoztatása esetén a munkáltató terhei a minimálbér kétszeresének mértékéig csökkenthetők a törvény értelmében. A minimálbér garantált összege 2015-ben 105 ezer forint. A multinacionális cégek munkahelyteremtő programjaikkal jelentősen több állami támogatást kapnak, mint amekkora összeget nyerne a megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazása után igénybe vehető adókedvezményekkel.

A gyártásorientált cégek többségénél a HR munkatársak véleménye szerint a termékek előállításához kapcsolódó foglalkozásokhoz előírt egészségügyi elvárások sok esetben maguk sem teszik lehetővé a mozgáskorlátozott vagy megváltozott munkaképességű egyének foglalkoztatását. E nagyvállalatok többsége hangsúlyozta, hogy nem találják méltányosnak a rehabilitációs hozzájárulási kötelezettség kiterjesztését azokra a cégekre, ahol a munkafolyamatok a fokozott balesetveszély miatt nem teszik lehetővé a környezet akadálymentesítését. A vállalatok többsége úgy nyilatkozott, hogy külön forrásból jelentős összeget kell elkülöníteniük a rehabilitációs hozzájárulás megfizetésére, ami érzékenyen érinti a cégek büdzsáját.

A vállalatok HR szakemberei a megváltozott munkaképességű emberek alkalmazásával járó további nehézségek között a következőket említették még: *„Sok a különleges igény részükről: munkaidő; buszjárhoz igazított munkaidőkezdés. Gyakran igénylik a munkahely megközelítését könnyítő buszjárat megszervezését a vállalat részéről. Gyakori az alkohol probléma.”*

Az interjúkérdésekre adott válaszokból kiderült, hogy a vállalatok többsége, a fentebb említett foglalkoztatási nehézségek mellett is szívesebben alkalmaz egyéb okból – pszichés, alkohol, depresszió, szívelégtelenség stb. – megváltozott munkaképességű, egészségkárosodott munkavállalókat, mint ahogy ezt a 2. ábrán látható adatok is mutatják.

A munkafeltételek megteremtése számukra nem igényel a vállalat részéről komolyabb beruházást vagy környezet átalakítást.

A rehabilitációs hozzájárulás mértéke a nagyvállalatok számára a jelenlegi törvényi szabályozások mellett a tartósan egészségkárosodott emberek foglalkoztatásával is csökkenthető, nem kényszerülnek mozgáskorlátozott, vagy egyéb súlyos egészségügyi problémával élő személy alkalmazására.

A 10 nyugat-dunántúli nagyvállalat az elmúlt években hozzávetőlegesen 1314761 millió forintot fizetett ki rehabilitációs hozzájárulás címén, mely összegből átlagosan 1366 fő/év megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatása oldódhatott volna meg a régióban.



2. Ábra. Meváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási gyakorisága, fogyatékosági típusok szerint

## Második hipotézis

A második hipotézis azt feltételezte, hogy a nagyobb vállalatok kevésbé élnek a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatását elősegítő állami támogatások igénybevételenek rehabilitációs hozzájárulás mértékét csökkentő lehetőségével, mert a profitorientált nagyvállalatok számára nem jelent nehézséget annak megfizetése. A hipotézis a kutatás során igazolást nyert.

A megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott személyek sikeres nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatása, napjaink társadalmának egyik sürgős, megoldásra váró feladata.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazásával járó előnyök és hátrányok számbavételekor mindig azt a megoldást választják a munkáltatók, amely a vállalat számára több hasznot eredményez. Az előnyök között kell említeni az adókedvezményt, a rehabilitációs hozzájárulás csökkentését, pályázati lehetőségekhez való hozzáférést, a foglalkoztatási idő rugalmasságát, valamint a kedvező társadalmi megítélését az adott nagyvállalatnak. A gyakorlatban ennek ellenére úgy tűnik, hogy az előnyök mellett még mindig számottevőek azok az alkalmazással járó hátrányok, amelyek a nagyvállalatok profitorientált működésével nem egyeztethetők össze. SZELLŐ (2010) a munkáltatók részéről a következő negatív alkalmazási sztereotípiák jelenlétét említi a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására vonatkozóan:

- (1) „levele alacsonyabb munkateljesítményre való képesség feltételezése,
- (2) magasabb betegállomány-igény feltételezése,

- (3) beilleszkedési, elfogadási problémák feltételezése,  
 (4) a személyiség alulértékelése,  
 (5) a nyílt munkaerőpiacon való részvétel lehetőségének alulértékelése.” (SZELLŐ 2010: 84)

A Rehabilitációs kvóta és hozzájárulás hatása a munkáltatók befogadói magatartására Magyarországon című kutatási záró tanulmányában olvashatjuk, hogy „a rehabilitációs járulék emelése 2012-ben egyelőre nem növelte jelentősen a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását. (SZELLŐ 2013: 65) E tény egyre hangsúlyosabban veti fel a társadalmi szemléletváltás szükségességét.

Hasonló gondolatokat fogalmaztak meg a probléma kapcsán a 10 nyugat-dunántúli nagyvállalatok HR szakemberei is, hangsúlyozva a nagyobb állami szerepvállalás szükségességét a foglalkoztatási és szociális háló kiépítésében.

Néhány gondolat ezek közül:

„A társadalmi értékek, a kultúra, a hozzáállás változtatására lenne szükség, ami hosszú folyamat eredménye.”

„Felhívni a gazdasági társaságok figyelmét az elvárt társadalmi felelősségvállalásra.”

„Jó példák bemutatása.

Megfelelő információ nyújtással.

Szakmai rendezvényekkel, díjakkal, kitüntetésekkel.”

„Érzékenyítéssel, információ megosztással, jó gyakorlatok megosztásával, MMK munkavállalók alkalmazása esetén szerzett pozitív élményekkel lehetne ösztönözni a munkáltatókat.”



3. Ábra. kedvezmények igénybevétele. Forrás: saját kutatás N=10

A HR szakemberekkel készített interjúkból kiderült, hogy valamennyi nagyvállalat tisztában volt azokkal a kedvezményekkel, amelyek a megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazása során igénybe vehetők. A cégek az 3. ábrán látható mértékben éltek a kedvezmények igénybevitelének lehetőségével.

A vállalatok közül kettő nyilatkozott úgy, hogy él a törvény által biztosított adócsökkentő tényezők lehetőségével: egy a megfelelő számú megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazásával kiváltja a rehabilitációs hozzájárulási fizetési kötelezettséget, a másik cég pedig a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásával csökkenti a rehabilitációs hozzájárulás mértékének összegét, illetve a rehabilitációs kártyával rendelkező munkavállalók alkalmazásával a szociális hozzájárulási adókedvezményt is érvényesíti.

Szinte kivétel nélkül hangsúlyozták, hogy a jelenlegi törvényi szabályozások mellett az alkalmazás után igényelhető kedvezmények nem kellően ösztönzők a munkáltatók számára. Az igényelhető állami támogatások jogszabályi megfeleléshez kötöttek.<sup>7</sup> E rendelet 17. § (2) értelmében, csak az akkreditációval rendelkező vállalatok vehetik igénybe a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása után járó állami támogatásokat. A kormányrendelet 2. §-ának b) pontja úgy rendelkezik, hogy a munkáltató részére akkor állítható ki akkreditációs tanúsítvány, ha a „... számított havi átlagos statisztikai állományi létszáma a 30 főt eléri, vagy aránya az összes munkavállalóhoz képest a 25%-ot meghaladja.” Az akkreditációs eljárás lefolytatását szabályozó 327/2012. (XI. 16.) kormányrendelet szigorú elvárásokat, adminisztrációs kötelezettségeket ír elő a tanúsítvány megszerzéséhez, illetve az akkreditált cégek további működéséhez. A jogalkotó által támasztott feltételeknek való megfelelés után válhatnak jogosulttá a vállalatok a munkakörök átalakítására, valamint a bértámogatásra irányuló kifizetésre. A támogatásban részesülő akkreditált munkáltatók száma a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (a továbbiakban: NRSZH) 2013-as adatai szerint mindössze 324.<sup>8</sup> A Központi Statisztikai Hivatal Statisztikai Tükör című kiadványának 2015/22 száma ugyanakkor a 2013-as évet illetően 1827692 működő gazdasági szervezet meglétéről számol be országos szinten<sup>9</sup>, mely adatok azt jelzik, hogy a nagyvállalatokat nem motiválják feltehetően megfelelő mértékben az akkreditált munkahely címmel igénybe vehető állami támogatások, illetve pályázati lehetőségek.

A gyakorlatban a nagyvállalatok racionális gazdasági szereplői a társadalomnak. Működésük elsődleges célja, alapvető mozgatórugója a profitszerzés. A tíz nyugat-dunántúli nagyvállalat rehabilitációs hozzájárulásának éves mértékét figyelembe véve, és mindezt összehasonlítva a bevételeik arányával, megállapíthatóvá vált, hogy a rehabilitációs hozzájárulás jelentős mértékű emelésének megfizetése a bevételek arányát tekintve nem okozott számottevő problémát a vizsgált tíz nyugat-dunántúli nagyvállalatnál. Az adatok

---

7 327/2012. (XI. 16.) Kormányrendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló rendelet szabályozza.

8 Pósfay Gábor (2013): Megváltozott munkaképességű személyek visszavezetése a nyíltpiaci foglalkoztatásba. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal 14 p.  
[https://vtki.uni-nke.hu/uploads/media\\_items/a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-visszavezetese-a-nyiltpiaci-foglalkoztatasba.original.pdf](https://vtki.uni-nke.hu/uploads/media_items/a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-visszavezetese-a-nyiltpiaci-foglalkoztatasba.original.pdf)

9 <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/gaz/gaz21412.pdf>

elemzése után levonható megállapítás, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatását segíteni hivatott negatív állami ösztönzők e formája<sup>10</sup> nem teszi érdekelté a multcégeket a foglalkoztatásban. A 4. ábra adatai szemléltetik a fenti megállapításokat.

| Nyugat – Dunántúl 10 nagyvállalata<br>Rehabilitációs hozzájárulás mértékét és a vállalatok éves bevételét összesítő táblázat<br>2013 |             |             |             |              |            |              |              |               |           |            |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|-----------|------------|
| Vállalatok   | 1           | 2           | 3           | 4            | 5          | 6            | 7            | 8             | 9         | 10         |
| Dolgozói létszám:  | 11700 fő    | 900 fő      | 2000 fő     | 7385 fő      | 322 fő     | 16357 fő     | 20000 fő     | 5665 fő       | 1000 fő   | 470 fő     |
| Rehabilitációs hozzájárulás mértéke (Millió Forint)  | 354,9 M     | 5 M         | 90 M        | 330 M        | 12 M       | 880 M        | 0            | 268 M         | 50 M      | 3 M        |
| Bevétel 2013 Milliárd (nettó)  | 1756 Forint | 22,4 Forint | 20,4 Forint | 488,1 Forint | 9,6 Forint | 134,5 Forint | 608,2 Forint | 5521,3 Forint | 31 Forint | 9,8 Forint |
| Rehabilitációs hozzájárulás és a bevétel aránya  | 0,0020 %    | 0,0002 %    | 0,0044 %    | 0,0006 %     | 0,0012 %   | 0,0065 %     | 0 %          | 0,00004 %     | 0,0016 %  | 0,0003 %   |

4. ábra. Összesítő táblázat a rehabilitációs hozzájárulás mértékéről, nagyvállalatok 2013. évi bevételéről

## A kutatás összegzése, javaslatok megfogalmazása a megváltozott munkaképességű munkavállalók eredményesebb foglalkoztatására

A rehabilitációs hozzájárulás mértékének 2010. január 1-jén történt jelentős mértékű emelése nem motiválta kellő hatékonysággal az elmúlt években a nyugat-dunántúli régióban működő nagyvállalatokat a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott személyek foglalkoztatására.

Ennek oka, hogy a nagyobb vállalatok, multinacionális cégek számára a megemelt összegű rehabilitációs hozzájárulás megfizetése nem jelent számottevő anyagi megterhelést a bevételeikhez viszonyítva, ami nem teszi gazdaságilag érdekelté őket a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásában.

A foglalkoztatás elősegítésére irányuló jogalkotói intézkedések sem járulnak hozzá teljes mértékben a foglalkoztatás sikerességéhez: „Az akkreditáció jelenlegi rendszere

10 Rehabilitációs hozzájárulás mértékének 2010. január 1. történő módosítása. (964 500 Ft.)

csak kevéssé alkalmas az integrált foglalkoztatás elősegítésére. Az akkreditációs tanúsítvány megszerzésének és megőrzésének feltételei szigorúak (sokszor életszerűtlenek) és bürokratikusak, ezért a nyílt munkaerőpiaci munkáltatók kevéssé érdekeltek az akkreditációs tanúsítvány megszerzésében.” (PULAY 2009: 30)

## A kutatás tapasztalatai alapján megfogalmazott javaslatok

(1) A mindenkori államnak garanciát kellene vállalnia a társadalom peremhelyzetén élő emberek foglalkoztatására. Az Alaptörvényt ki kellene egészíteni a fogyatékos személyek nem elkülönített munkahelyeken történő foglalkoztatásának jogalkotói szándékával.

(2) A rehabilitációs hozzájárulás címén a munkáltatók által az államháztartás felé befizetett összeg egy adófajta, mely ebben a formájában nem szolgálja az érintett réteg munkavállalási helyzetének javulását. Célszerű lenne az egyéb adónemektől elkülönítve célirányosan visszaforgatva arra fordítani, ami az adófajta létrehozását indukálta, vagyis a megváltozott munkaképességű munkavállalók rehabilitációjának támogatására.

(3) A foglalkoztatás elősegítésére célszerű lenne továbbá egy **Kvótaalap** létrehozása, mely megkötések nélkül, megfelelő állami támogatással kiegészítve segíthetné a megváltozott munkaképességű munkavállalók nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásához szükséges szociális, gazdasági, és környezeti feltételek megvalósítását.

(4) A sikeres nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás megkívánja a „*fogyatékos személy*” fogalmának egységes, jogi szempontú definiálását. A jelenlegi foglalkoztatási rendszer nem támogatja a fogyatékos-sággal élő emberek foglalkoztatását, tekintve, hogy a „megváltozott munkaképességű személy” fogalomkör tág, több homogén csoportot – *egészségkárosodottak, fogyatékos-sággal élő személyek* – körét is magában foglalja.

A sikeres nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás megvalósítása érdekében egy lényegesen differenciáltabb, a célcsoport szempontjából specifikusabb foglalkoztatási és támogatási rendszer létrehozására lenne szükség.

(5) A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást tovább segíthetné egy, a munkáltatókat differenciáltan támogató ösztönző rendszer létrehozása, melyben a támogatás, illetve a rehabilitációs hozzájárulás megfizetésének mértéke annak függvénye lenne, hogy fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatásával kívánja az adott vállalat a foglalkoztatásra vonatkozó törvényi kötelezettségét teljesíteni.

## Dunántúli nagyvállalatok HR szakemberei által megfogalmazott javaslatok

A vállalatok HR szakemberei arra a kérdésre, hogy *miként lehetne a vállalatokat motiválni a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására*, a következőkben foglalták össze a javaslataikat:

(1) „A nagyobb cégek szívesebben alkalmaznának megváltozott munkaképességű egyéneket, ha az alkalmazásukhoz, elfogadásukhoz, több állami segítséget, anyagi támogatást kapnának. Egy-egy érzékenyítő program megszervezése, lebonyolítása több százezer forintba kerül, amire a vállaltok büdzsében nincs keret.”

(2) „Legfontosabb a felső vezető megnyerése.”

(3) „Az adókedvezmények, illetve büntetések elegendő szankciót jelentenek. Társadalmi szemléletváltás elősegítése, integrált oktatás és egyéb integrált programok jelenthetnek még továbblépést. Ugyanakkor a mértéket meg kell tartani, mert a fogyatékos emberek többsége valószínűleg nem alkalmas a nyílt munkaerőpiacon teljes értékű munkára, továbbra is kellene a védett intézmények is.”

(4) „Különböző kedvezményekkel, melyek hozzájárulnak az adóalap csökkentéséhez...”  
„Elismerésekkel.”

„Pályázatok kiírásával, mely segíti a vállaltokat a megfelelő munkakörülmények, munkabérek, státuszok kialakításában.”

„Támogatások nyújtása.”

„A megváltozott munkaképességű egyének sikeres re/integrálására vonatkozó jó tapasztalatok példák átadása a vállalatok között.”

(5) „Nagyobb állami támogatással, mely megfelelő, speciális munkakörök kialakításában támogatná a cégeket.”

„A megváltozott munkaképességű egyén dolgozhasson 8 órát, ha képes rá, mert így könnyebben foglalkoztatható.”

„Állami és magán támogatások nyújtásával.”

(6) „További kedvezmények biztosításával, melynek köszönhetően még gazdaságosabb lenne a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása.”

## Irodalomjegyzék

KULLMANN L. (2001): Mozgáskorlátozottság. Szócikk. In.: *Gyógypedagógiai Lexikon*. Budapest, 131 p.

PÓSFAY G. (2013): *Megváltozott munkaképességű személyek visszavezetése a nyíltpiaci foglalkoztatásba*. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Budapest. [http://vtki.uni-nke.hu/uploads/media\\_items/a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-visszavezetese-a-nyiltpiaci-foglalkoztatásban.original.pdf](http://vtki.uni-nke.hu/uploads/media_items/a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-visszavezetese-a-nyiltpiaci-foglalkoztatásban.original.pdf) (Letöltés ideje: 2015. 07. 11)

PULAY GY. (szerk.) (2009): *A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata*. Állami Számvevőszék Kutatóintézete, Budapest, 30 p. <https://www.asz.hu/storage/files/files/Szakmai%20kutat%C3%A1s/2009/t315.pdf?download=true> (Letöltés ideje: 2015. 03. 01.)

SZ. N. (1995.): *Guidelines on Active Training and Employment Policies for Disabled People in Central and Eastern Europe*. Gladnet Collection, Cornell University IRL School. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1113&context=gladnetcollect> (Letöltés ideje: 2016. június 3.)



- SZELLŐ J. (szerk.) (2010): Foglalkozási rehabilitációs gyakorlat Jegyzet a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat munkatársai számára. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal Budapest, 2010 [http://internet.afsz.hu/resource.aspx?ResourceID=tamop\\_131\\_szolgfejl\\_1.2.1\\_rehab\\_gyak](http://internet.afsz.hu/resource.aspx?ResourceID=tamop_131_szolgfejl_1.2.1_rehab_gyak) (Letöltés: 2015. 03. 01.)
- SZELLŐ J. (szerk.) (2013): *A rehabilitációs kvóta és hozzájárulás hatása a munkáltatók befogadói magatartására Magyarországon*. Kutatási zárótanulmány. Pécsi Tudományegyetem, Pécs [http://feek.pte.hu/data/2013/1230/646/ZAROTANULMANY\\_REHABKUT\\_vegso.pdf](http://feek.pte.hu/data/2013/1230/646/ZAROTANULMANY_REHABKUT_vegso.pdf) (Letöltés ideje: 2015. 03. 01.)
- VÁRADI R. (szerk.) (2011): Megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci helyzete. In: *Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf> (Letöltés ideje: 2015. 07. 11.)
- VITÁNYI F-NÉ (2013): A fogyatékosok munkaerőpiaci helyzete Berettyóújfaluban In: *Kultúra és Közösség* IV. folyam IV. évfolyam 2013/IV. szám 117p. 118 p. [http://www.kulturaeskozosseg.hu/pdf/2013/4/2013\\_4\\_09.pdf](http://www.kulturaeskozosseg.hu/pdf/2013/4/2013_4_09.pdf) (Letöltés ideje: 2015. 03. 01.)

## **Jogszabályi források:**

1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról 58.§ (5) m) [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99100004.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV) (Letöltés ideje: 2016. június 3.)
2011. évi CXCI. törvény 23.§ (1) „A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról” [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100191.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100191.TV) (Letöltés ideje: 2016. június 3.)

**Köszönjük, hogy személyi jövedelemadója  
1%-ának felajánlásával támogatta  
a Gyógypedagógiai Szemle megjelenését**

# **Általános testalkati és kondicionális jellemzők a Vakok Általános Iskolájában és Speciális Szakiskolájában tanuló 10–17 éves látássérült diákok motoros képességeinek tükrében**

LŐRINCZ BORBÁLA – PAJOR EMESE

lorinczborsi@citromail.hu, emese.pajor@barczy.elte.hu

---

## **Absztrakt**

Általánosságban elmondható, hogy a mozgás elsajátításának kiemelten fontos eszköze a látás. Vizsgálatunkban az Eurofit motoros teszt segítségével mértük a születésüktől fogva látássérült tanulók 10-17 éves csoportjának mozgásos teljesítményét. A feladatok eredményei összevetésre kerültek a tanulók testfelépítésének jellemzőivel. Vizsgálatunk eredménye szerint elmondható, hogy a vak mintánk teljesítménye (a hajlékonyságot mérő feladat kivételével) minden esetben a gyenge, vagy átlag alatti tartományba esett. Mintánk mind magasságban, mind testtömegben, negatív irányban, szignifikánsan különbözik a WHO adatokhoz képest, azonban a tanulók többsége szomatikusan leküzdözi a koraszülöttség miatt kialakult hátrányokat.

**Kulcsszavak:** vakság, Eurofit teszt, testalkat, kondicionális jellemzők

---

## **1. Bevezetés**

A kisgyermekkorban szerzett mozgásos tapasztalatok kapcsolatban állhatnak a későbbi motoros képességekkel, fizikai aktivitással is (OKELY–BOOTS 2004). A mozgásban gazdag életmód az egészségre, az általános testalkati és kondicionális jellemzőkre is pozitív hatással van (COUNCIL OF EUROPE 1983). A teljesítmény összefügg a testfelépítéssel (PUCIATO és mtsai 2011) és a fizikai aktivitással, sporttal (FEHÉRNÉ MÉREY 2006). A fizikai fitness szempontjából a különböző érzékszervi sérülésen, mozgáskorlátozottságon, illetve intellektuális képességzavaron túl, rizikófaktornak számít, ha valaki alacsony születési testtömeggel és/vagy a 37. hét előtt, tehát koraszülöttként jön a világra (OLIVEIRA és mtsai 2011).

A vakon született gyermekek mozgásfejlődésükben, a tér megismerésében sajátos, a látó gyermekekétől némiképp eltérő utat járnak be. Bizonyos fejlődési mérföldkövek elérése (pl. tárgyért nyúlás, mászás, járás) később következik be (NAVARRO és mtsai 2004). Óvodások és iskolások mozgásfejlődésének, fizikai állapotának vizsgálatakor, a látássérült és a látó gyermekek teljesítménye között szignifikáns eltérések tapasztalhatóak (LIEBERMAN–MCHUGH 2001).

Jelen munkában bemutatásra kerül a mintánkban leírt vak tanulók fizikai állapota, illetve egyes motoros képességeinek szintje (egyensúly, sebesség, erő, izomzat, gyorsaság, hajlékonyság). Ehhez egy Európa-szerte elfogadott mérési eszköz, az Eurofit teszt feladatait használtuk, illetve a BMI index értékeivel vetettük össze az eredményeket. Mivel a vizsgált populációnkban jellemzően nagy a koraszülött tanulók aránya, így az alábbiakban a releváns fogalmak közül a látássérülés és antropológiai jellemzők mellett, a koraszülöttséget és a fizikai fitnesset definiáljuk.

### **1.1. A látássérülés, a koraszülöttség fogalma (definíció, epidemiológia, etiológia), antropológiai jellemzők és a fizikai fitness, fizikai aktivitás meghatározása**

A WHO (2010) klasszifikációja szerint a látássérülés a súlyossága alapján öt alcsoportra osztható<sup>1</sup>. A hagyományos definíciók problémái, hogy nem veszik figyelembe a vízuson kívül az egyéb vizuális funkciókat, az egyéni igényeket, továbbá a mindennapi élet szempontjait (PAJOR 2010). A 2011. évi népszámlálás adatai szerin hazánkban összesen 82484 látássérült, 9054 vak ember él (beleértve az épértelmű és halmozottan fogyatékos személyeket is a teljes életkorra vonatkozóan). A 10–19 év közötti vak tanulók száma 295 fő<sup>2</sup>.

A testfelépítést meghatározó jegyek közül a testmagasság és a testtömeg értékeiből kerül sor a BMI (Body Mass Index) kiszámolására ( $BMI = \text{testtömeg(kg)}/\text{testmagasság}^2(\text{m}^2)$ ). A WHO (2007) kategóriái szerint az átlagtól való  $>+1SD$  eltérés elhízást,  $>+2SD$  eltérés túlsúlyt,  $<-2SD$  alultápláltságot,  $<-3SD$  nagyfokú alultápláltságot jelent.

A hazánkban használt 3–19 éves gyermekek számára kialakított 'Gyermek BMI kalkulátor' szerint, a 3%-nál kisebb értékek jelentős súlyhiányra, a 3–10% közötti értékek sovány gyermekekre utalnak. A 10–75%-nyi intervallum megfelelő tápláltságot jelez. A 75–90% közé eső érték már súlyfölslegre utal. A 90–97% közötti gyermekek egyértelműen túlsúlyosak. A 97%-nál nagyobb BMI értékek esetén már kóros elhízással kell számolni.

A koraszülöttség meghatározó tényezői az idő, a születési testtömeg, melyek a magzat fejlettségét, érettségét tükrözik. A születés idejét tekintve koraszülöttnek számítanak a 37. gesztációs hét előtt világra jött újszülöttek. Ezen belül ma már megkülönböztetik a nagyon éretlen (32. hét előtti) és az extrém éretlen (28. hét előtti) koraszülöttséget

---

1 Nincs (vagy enyhe fokú) látássérülés ( $V \geq 0,3$ ); 1. kategória: közepes fokú látássérülés ( $0,1 < V < 0,3$ ); 2. kategória: nagyfokú látássérülés ( $0,05 < V < 0,1$ ), 3. kategória: vakság  $V = 0,05 - 0,02$ , 4. kategória: vakság fényérzékeléssel; 5. kategória: vakság fényérzékelés nélkül.

2 A gyengénlátó, aliglátó személyek száma 73 430 fő. A 10-19 éves gyengénlátó, aliglátó fiatalok száma 2 889 fő.

is. A születési testtömeg alapján 2500 g-nál kisebb testtömegnél beszélünk éretlen újszülöttről. Magyarországon 2010-ben az élve születettek 8,9%-a volt koraszülött, ami igen magas aránynak számít (FOGARASI-GRENCZER-BALÁZS 2012).

A fizikai fittség olyan mérhető tulajdonságunk, amit genetikai, szomatikus, motoros és viselkedési komponenseink együtt határoznak meg (PUCIATO és mtsai 2011). A fizikai aktivitás és a fizikai fittség erősen összefüggnek (COUNCIL OF EUROPE 1983).

## **1.2. A veleszületetten vak gyermekek mozgásfejlődése**

A vak gyermekek motoros fejlődése nem atipikus, azonban bizonyos sajátosságokkal rendelkezik. A mozgásfejlődés eltéréseinek az alapja, hogy tipikus fejlődésnél a vizuális percepció és a mozgáskivitelezés egymásra épül, a veleszületetten vak gyermekeknél azonban az elsődleges vizuális funkciók (ösztönző, téri, védő, kontrolláló, visszajelző funkciók) és a másodlagos vizuális funkciók (szociális visszacsatolás, mások megfigyelése) korlátozottak vagy teljesen hiányoznak, aminek következtében a mozgásfejlődésük is érintett lesz (BRAMBRING 2006).

A komparatív deficit elmélet szerint a vizuális információk deficitje miatt korlátozott az adekvát tanulási tapasztalatszerzés, ami kihat a motoros képességekre (FRAIBERG 1977; WARREN 1984), míg a szociális interakció elmélete szerint a környezet elvárásai meghatározóak (WEBSTER-ROE 1998) a vakon született gyermekek mozgásfejlődésében. Az adaptív kompenzációs modell az alternatív szenzoros információk szerepét emeli ki a motoros képességek elsajátításában (BRAMBRING és mtsai 1995; BRAMBRING 2003).

A kutatások eredményei nem egységesek, mind jelentős eltérésekről számolnak be, ha a vak gyermekek adott képességének elsajátításához szükséges időbeli késést vizsgálják. A korábbi kutatások (pl. FRAIBERG 1977; HATTON és mtsai 1997) nem voltak eléggé érzékenyek az egyéni variációkra, rövidebb időt öleltek fel, illetve nem terjedtek ki az összes mozgásos képesség vizsgálatára. Ezért BRAMBRING (2006) több mozgásfejlődést vizsgáló teszt (BSID-III, DDST, Griffiths Developmental Scales, Entwicklungs kontrolle für Krippenkinder) item-szelekciójával kialakított 29 nagymozgásra vonatkozó feladattal, 4 éves longitudinális nyomon követés során vizsgált 4 vak gyermeket. A vizsgálat kiterjedt a testtartás és egyensúly, önkezdemenyezett mozdulatok, tájékozódás és mozgás, manipuláció és mindennapos tevékenységek területeire is. Az eredmények a látó azonos korú gyermekek eredményeivel kerültek összevetésre. A 29 itemet tekintve a gyerekek 28%-ánál extrém, 45%-ánál erős, és 13,8%-nál enyhe fejlődési elmaradást találtak. Jelentős eltérés a kapaszkodásos és a kapaszkodás nélküli testhelyzet-változtatás, a statikus és a dinamikus egyensúly, illetve a lokomóciós képességek elsajátítása és finomodása között mutatkozott. Megállapításra került, hogy a vak és a látó gyermekek fejlődési átlag-életkora között 11;9 hónap eltérés tapasztalható, továbbá, hogy a képességek elsajátítási sorrendje azonos, illetve, hogy egy-egy képesség elsajátításának életkori sávja a látó és a vak gyermekeknél hasonlóan széles.

NAVARRO és mtsai (2004) kutatásából az iskolakezdő vak gyermekek egyensúlyi és koordinációs képességeit ismerhetjük meg. A kutatók 7 éves látó és vak gyermekeket

hasonlítottak össze ( $n_{\text{látó}}=20$ ;  $n_{\text{vak}}=20$  fő). Vizsgálatukhoz a NEE (Neurological Evolution Examination) feladatait használták, mellyel a statikus és dinamikus egyensúlyt, a koordinációs képességeket, a ritmust, a diadochokinézist mérték. Az eredmények alapján elmondható, hogy a statikus egyensúly és a koordinációs képesség is érintett, tehát a látás-sérülés befolyásolja a neuropszichomotoros fejlődést. Az egyensúlyi feladatban mutatott gyengébb teljesítményt azzal magyarázták, hogy a látás révén össze lehet kapcsolni a vestibuláris, térbeli, időbeli információkat és a mozgási, illetve a saját testen való orientációt. A látássérült tanulóknál azonban ez akadályozott, így kisebb a biztonságérzetük. A koordinációs feladatban, ahol kétkezes manipulációra volt szükség, a vak gyermekek – annak ellenére, hogy náluk a kéz kiemelt percepciósszervvé válik (a lokalizálás, felismerés, manipulálás, fogás, precizitás szerve is) (HOLLE 1990), – gyengébben teljesítettek. Iskoláskorú (7–10 éves) vak tanulók motoros képességeit a látássérültekre adaptált TGMD-2 (Test of Gross Motor Development-2) teszttel ABDULLAH–PARNABAS (2014) vizsgálta. A látássérült tanulókat a látássérülés súlyossága szerint három kategóriába sorolták (B1= teljes vakság, B2=aliglátás, B3=aliglátás vagy gyengénlátás). Összehasonlították a lokomóciós és a koordinációs képességeket. Eredményeik szerint, a lokomóciós feladatokban jobban teljesítettek a B1 csoport tagjai, mint a koordinációt igénylőkben, aminek magyarázata a tevékenység gyakoriságára vezethető vissza. A csoportnak a legnagyobb nehézséget az ugrásos próbák okozták. A gyengénlátó és aliglátó gyermekek – a vártak megfelelően – magasabb pontszámokat értek el a vak gyermekek csoportjánál. Lieberman és mtsai (2010) a BPFT (Brockport Physical Fitness Test) feladataival vizsgálták a 10–17 éves látó és vak tanulók fizikai teljesítményét. A látássérülés súlyossága szerint 4 alcsoportot képeztek (B1=vakság fényérzékelés nélkül; B2=„utazási látás”,  $V=0,03$  vagy látótér= $5^\circ$ ; B3= $V=0,03-0,1$  vagy  $20^\circ$ -nál kisebb látótér korrekcióval; B4= $V=0,1-0,3$ ). Az eredmények szerint nem találtak szignifikáns különbséget a látássérült csoportok vagy a nemek között. Ugyanakkor elmondható, hogy minden látássérült csoport alacsony pontszámot ért el. A vak fiúk a látó fiúkhoz képest gyengébben teljesítettek, míg a látássérült lányok közel azonos pontszámot értek el, mint a látó lányok.

### 1.3. A koraszülöttség hatása a fejlődésre

Az elmúlt évtizedekben javult az esélyük az életben maradásra a 37. hét előtt és/vagy 2500g alatti testtömeggel világra jött újszülötteknek, azonban a fejlődésük, illetve életminőségük a mai napig nem bejósolható (WILSON-COSTELLO 2007). Az alacsony tömeg és az idő előtti születés kockázatot jelent az egész szervezetre, különösen az agy fejlődésére. A koraszülöttek izomtónusa, idegrendszere még éretlen, csontjaik fejletlenek, ízületeik lazák, és nagy egyéni különbségeket láthatunk a mozgásos aktivitásukban is. Az éretlenség miatt fennáll a veszélye az esetleges vérzéseknek, aminek következtében a fejlődésben lévő agy károsodhat, kihatva ezzel a későbbi tanulási, mozgásos, szenzoros képességekre (BERÉNYI–KATONA 2012). Restiffe és GherPELLI (2012) időre született és alacsony rizikófaktorú koraszülött csecsemők fejlődését követte és mérte 18 hónapon át. A koraszülött csecsemők minden szubtesztben alulteljesítettek, azonban statisztikailag jelentős

eltérést az önálló járásnál mutattak 8, 9 és 10 hónapos korukban. A születési tömeg, a hossz, illetve a kórházi ápolás időtartama meghatározónak bizonyult a fejlődésben. Oliveira és mtsai (2011) 5–6 éves, koraszülött és/vagy alacsony születési testtömegű és időre született gyermekek motoros és kognitív teljesítményét mérték, figyelembe véve a környezeti faktorokat. A nagyon alacsony testtömegű koraszülöttek 50,54% meghalt a kutatás idejére, 15,2%-nál valamilyen fogyatékoság állt fenn; 30–40%-uknál közepes vagy enyhe motoros problémát találtak, több mint 7%-uknál súlyos neurológiai zavart állapítottak meg. Különösen a figyelem és a motoros koordináció területén voltak nehézségeik, továbbá alacsonyabb pontokat értek el az egyensúlyi és manuális próbákon is. A motoros és a kognitív teljesítmény is korrelált a születési tömeggel. Cooke-Foulder-Hughes (2003) 7 éves gyermekeknél (32. hét előtt és 37. hét után születettek) vizsgálta a kognitív és a motoros képességeket, illetve az antropológiai jellemzőket. Testfelépítésüket tekintve a koraszülött csoportban a fiúk és a lányok is alacsonyabb tömeggel és magassággal, kisebb fejkörfogattal és BMI-vel rendelkeztek. Ezek a jellemzők korreláltak a motoros és kognitív teljesítményükkel. Az adatbázisból ismert születési testtömeggel azonban nem volt szignifikáns a kapcsolat, ami megmutatja, hogy a koraszülöttek esetében is mennyire változatos lehet a fejlődés menet az agy fejlődésének és a környezeti faktoroknak a függvényében<sup>3</sup>.

#### 1.4. A testfelépítés és fizikai teljesítmény kapcsolata

Az emberi mozgásfejlődést egyrészt a genetikai adottságok, másrészt a környezeti tényezők alakítják. Az életkorhoz illő fizikai tevékenységek végzése hatással van a csontokra, izmokra és a cardiovascularis állóképességre, így befolyásolják testünk biológiai fejlődését (PUCIATO és mtsai 2011).

Yusof és mtsai (2013) iskoláskorú gyermekek testfelépítése és motoros képességei közti kapcsolatát vizsgálta. A tanulókat (8–10 évesek) négy csoportra osztották a BMI értékeik alapján (sovány, normál, túlsúlyos, elhízott) (WHO, 2004<sup>4</sup>). A bőrredők vizsgálatával a testzsír arányát is megállapították. A BOT-II feladataival (Bruininks-Oseretsky Test – II.) a finommotorikus és nagymotoros képességeket tárták fel. A kutatók statisztikailag jelentős eltérést találtak a csoportok között. A finommotorikai feladatok közül csak egy feladatban teljesítettek szignifikánsan gyengébben a túlsúlyos és az elhízott csoport tagjai. A nagymotoros feladatoknál minden szubtesztben az elhízottak szignifikánsan gyengébben teljesítettek, illetve a túlsúlyosak is kevesebb pontot értek el a szubtesztben. A kutatás igazolta a testfelépítés és a motoros képességek fordított kapcsolatát. Legin-

---

3 A témáról bővebben: TIDEMAN, E. (2000): Longitudinal follow-up of children born preterm: cognitive development at age 19. *Early Human Development*, 58, 81–90.; KALMÁR M. (2007): Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai. ELTEEötös Kiadó, Budapest.

4 WHO (2004) BMI kategóriái: <16 kg/m<sup>2</sup>=súlyos soványság; 16 – 16,99 kg/m<sup>2</sup>= mérsékelt soványság; < 17 – 18,49 kg/m<sup>2</sup>= enyhe soványság; 18,5 – 24,99 kg/m<sup>2</sup>= normális testsúly; 25 – 29,99 kg/m<sup>2</sup>=túlsúlyos; 30 – 34,99 kg/m<sup>2</sup>= I. fokú elhízás; 35 – 39,99 kg/m<sup>2</sup>= II. fokú elhízás; ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>= III. fokú (súlyos) elhízás. ([http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html))

kább az egyensúlyi és gravitáció elleni próbák okoztak nehézséget a túlsúlyos gyermekeknek.

8–16 éves tanulók motoros képességeit vizsgálva Puciato és mtsai (2011) megállapította, hogy a motoros fittség és a testfelépítés kapcsolatban állnak. A résztvevők testmagasságát, testtömegét, BMI-indexét és testzsírjának mértékét figyelembe véve, az Eurofit feladataival mérték a motoros teljesítményt, illetve kérdőívek és skálák segítségével a szubjektív és objektív életminőség szerepét is megpróbálták azonosítani. A vizsgálat a testmagasság és a testzsír szignifikáns hatását mutatta ki a sebességet és erőt igénylő feladatokban. A kapcsolat különösen a 8–12 éveseknél volt erős. Az eredményeik alapján a szomatikus jegyek erősebb kapcsolatban állnak a motoros teljesítménnyel, mint az objektív életminőséggel.

## 2. Fittséget mérő vizsgálati eszközök

Az egészségközpontú fittséget mérő tesztek a testösszetételt, az izomerőt, az aerob állóképességet és a hajlékonyságot mérik, míg a teljesítmény központú (vagy készségközpontú) tesztek az agilitást, az erőt, egyensúlyt, koordinációs képességeket és a gyorsaságot. A leggyakrabban használt feladatsor az Eurofit teszt. Emellett több fizikai fittséget mérő teszt, feladatsor terjedt el. Az NEE (Neurological Evolution Examination) statikus egyensúlyt vizsgáló eljárás (NAVARRO és mtsai 2004), a TGMD-2 (Test of Gross Motor Development-2) lokomóciós képességeket vizsgáló teszt (ABDULLAH–PARNABAS 2014). AMABC tesztel (Movement Assessment Battery for Children) a koordinációs képességek, a statikus és dinamikus egyensúly mérhető (COOKE–FOULDER-HUGHES 2003), a BOT-II (Bruininks-Oseretsky Test-II.) a finommotorikus képességeket is vizsgálja (YUSOF és mtsai 2013). Magyarországon egyre inkább elterjed a Fehérné Mérey (2005) által kidolgozott Hungarofit és Mini Hungarofit teszt. 2015 januárjában került hazánkban bevezetésre a Netfit teszt. Az NEE és TGMD-2 tesztek látássérült emberek mérésére is tesz ajánlást.

A BPFT (Brockport Physical Fitness Test) egy speciálisan látássérült embereknek készült fizikai képességeket vizsgáló teszt, melynek felvételekor a résztvevők fizikai támogatást (szükség esetén korrigálják a testhelyzetet, továbbá lehetőség van a feladat a felmérés előtti kipróbálására) és verbális segítséget (szóbeli visszajelzés) kapnak a helyes kiindulási pozíció felvételéhez és az adott mozdulat megértéséhez. Az állóképességi futás feladatában kötéllel vagy társsal együtt lehet teljesíteni a távot (LIEBERMAN és mtsai 2010).

### 2.1. Eurofit teszt megbízhatósága látássérült tanulók vizsgálatakor

Houvenés mtsai (2006) az Eurofit teszt megbízhatóságának vizsgálatához 4 hét különbséggel vette fel a tesztet 21 ( $n_{\text{gyengénlátó}}=12$ ,  $n_{\text{aliglátó, vak}}=9$ ) 6–12 éves tanulóval. A végrehajtandó feladatok az ülésben nyújtózás, helyből távolugrás, kézi szorítóerő, felülések, függés, 20 m állóképességi futás és ingafutás. A látássérülésből kifolyólag a feladatokat

adaptálták. Több idő állt rendelkezésre a feladatok megértéséhez; a start és cél vonalakat erős narancssárga szalaggal jelölték; lehetőség volt a mozdulatok kipróbálására (kaptak korrekciót szükség esetén); a 10x5 m helyett 5x10 m-en kellett az ingafutást teljesíteni (a fordulatok számának csökkentése érdekében); a kijelölt távolság széléhez közeledve verbális instrukciót kaptak (1–2–3 fordulj!). Szignifikánsan javult az 5x10 ingafutás eredménye, míg a nyújtózás hossza és a függés ideje jelentősen alacsonyabb lett a második alkalommal. A kutatás kiváló megbízhatóságot igazolt a tesztfeladatok többségében. Az ülésben nyújtózás, az 5x10 m futás és a függés eredményei közepes megbízhatóságot adnak.

### **3. Vizsgálati módszer és eszköz**

#### **3.1. Vizsgálati minta**

A vizsgálatban résztvevő tanulók a Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Kollégiuma és Gyermekotthonának 10–17 éves tanulói ( $n=30$ ,  $n_{\text{koraszülött}}=18$ ,  $n_{\text{időre született}}=12$ ). A tanulók látássérüléséhez más fogyatékoság nem társult.

#### **3.2. Vizsgálati eszköz**

Az Eurofit tesztben a következő motoros próbák szerepelnek: flamingó feladat (egyensúly), lapérintés (végtagmozgások gyorsasága), ülésben előrenyúlás (hajlékonyság), helyből távolugrás (alsó végtagi explosive láberő), kézi szorítóerő (statikus erő), felülések (törzserő), függés hajlított karral (funkcionális karerő), 10x5 m ingafutás (sebesség, agilitás), 20 m ingafutás (cardio-respiratorikus állóképesség).

A vizsgálat során a flamingó, lapérintés, ülésben előrenyúlás, helyből távolugrás, felülések, 10x5 m ingafutás próbái lettek felvéve. A flamingó szubtesztben egy adott méretű gerendán állva kell egy lábon egyensúlyozni 1 percen át. A pontszámot az egyensúlyvesztések száma adja, ilyenkor az 1 perc mérése újraindul.

A lapérintés szubtesztjénél három formát (20 cm átmérőjű kör, 10x20 cm-es téglalap, 20 cm átmérőjű kör) tesznek egy asztalra, egymástól 20–20 cm távolságra. A szubdomináns kezét a téglalapra téve, a tanuló a domináns kezét a másikat keresztezve az egyik körre teszi. Amilyen gyorsan csak képes, 50x kell az „ügyesebbik” kézzel a két körlapot váltakozva megérintenie (tehát kereszteznie a kezeit). Két próba áll rendelkezésre, a pontszámot az idő adja.

Ülésben előrenyúlásnál egy asztalnak támasztva a talpakat, nyújtott lábbal, a törzset megdöntve kell előre hajolni amennyire csak lehetséges. Az asztal széle 15 cm-re nyúlik az alsó végtag fölé. A feladat közben a tanuló az ujjaival egy vonalzót tol előre az asztalon lévő mérőskálán. Az eredmény az elért távolság cm-ben megadva.



A felületeket olyan módon kell végrehajtani, hogy a könyökök megérintsék a térdet. 30 másodperc alatt a szabályosan elvégzett felületek száma adja a pontszámot.

Helyből távolugráskor álló helyzetből karlendítés mellett, hajlított térdekkel kell a lehető legtávolabbra ugrani. A pontszámot cm-ben adják meg.

10X5 méteres ingafutásnál két, egymástól 5 méterre kijelölt vonal között kell a lehető leggyorsabban oda-vissza futni, 10 alkalommal. Pontozásnál a teszt idejét veszik figyelembe.

### **3.3. Vizsgálati kérdések**

A mintára vonatkozóan: a mintánkban szereplő látássérült tanulók testfelépítésére (BMI, testtömeg, testmagasság) és kórelőzményére (koraszülöttség, gesztációs idő, születési testsúly) vonatkozó jellegzetességek feltárása után kérdésünk, hogy a különböző mutatók között milyen összefüggések találhatók, illetve ezek milyen hatással vannak a teszteredményekre?

A koraszülöttségre vonatkozóan: a koraszülöttségnek, gesztációs hétnek, születési testsúlynak van-e befolyásoló szerepe a jelenlegi BMI indexre, testmagasságra, testtömegre és a teszteredményekre (kiemelten a koordinációs és egyensúlyi képességre)?

### **3.4. Vizsgálati módszer**

A statisztikai elemzést az SPSS 18 (PASW18) programcsomag segítségével végeztük. Az átlagok összehasonlítására t-próbát használtunk, mivel a módszer alkalmas kis minták ( $n < 30$ ) elemzésére. A változók közötti lineáris kapcsolat szorosságát és leírását a Pearson-féle (lineáris) korreláció-elemzéssel számoltuk.

## **4. Eredmények**

### **4.1. A vizsgálat egyváltozós elemzései, leíró statisztikák**

A normalitásvizsgálathoz az átlag, a medián és a módusz összevetését, továbbá a Skewness, illetve a Kurtosis értékének vizsgálatát alkalmaztuk. A teljes mintát nézve a születési testsúly minimuma 580 g, maximuma 3800 g. A vizsgálati személyek 24 és 41 hét között születtek. A vizsgálatkor mért testtömeg 26,5–70 kg közé, a magasság 124–173 cm közé esett. A csoport BMI értékének minimuma 13,7, maximuma 29,9 volt.

#### **4.1.1. Gesztációs idő**

A minta születési idő adata két csoportba rendezhető, így a születési idő esetén két kategóriát alakítottunk ki, a koraszülött ( $n=18$ ) és az időre született ( $n=12$ ) vizsgálati

személyek klasztereit. A koraszülött tanulók gesztációs ideje 24–30 hét, születési testtömege 580–1260 g, a vizsgálat során mért testtömege 26,5–70 kg, magassága 124–173 cm, BMI értéke 13,7–29,9. Az időre született alminta gesztációs ideje 38–41 hét, születési testtömege 2720–3800 g, a vizsgálat során mért tömege 36–60 kg, magassága 145–166 cm, BMI értéke 17,1–23.

A koraszülött és az időre született klaszter életkorilag jól illesztett ( $p=0,116$ ). A vizsgálati személyek testtömege ( $p=0,893$ ), magassága ( $p=0,549$ ), BMI-indexe ( $p=0,579$ ) klaszterenként nem tér el egymástól. A klinikai gyakorlatban megfigyelt tapasztalatok fényében, elvárásunk az volt, hogy a koraszülött gyermekek testtömegben, magasságban, így BMI-indexben szignifikánsan eltérnek időre született társaiktól, azonban 14 éves korra ez a hátrány megszűnni látszik, bár a koraszülött vizsgálati személyek értékeinek szórása nagyobb.

#### **4.1.2. Nem**

Vizsgálati mintánkban a nemek aránya kiegyenlített: fiúk ( $n=14$ ), lányok ( $n=16$ ). A nem és a koraszülöttség között (Khi-négyzet próbával vizsgálva) nem találtunk szignifikáns különbséget. A vizsgálati személyek között 8 fő koraszülött és 6 fő időre született fiú található, a lányok között a koraszülöttek száma több mint négyszerese az időre született lányokénak: koraszülött lány ( $n=13$ ), időre született lány ( $n=3$ ). A lányok és a fiúk BMI-indexe között nem találtunk szignifikáns különbséget ( $p=0,150$ ).

#### **4.1.3. Magasság és testtömeg**

A magasság és a testtömeg között közepes pozitív kapcsolatot találtunk ( $r=0,661$ ,  $p<0,000$ ). Kétmintás t-próbával vizsgáltuk a nem és a magasság illetve a testtömeg kapcsolatát. A két nem magassága között ( $p=0,480$ ), sem testtömege között nincs szignifikáns különbség ( $p=0,580$ ).

#### **4.1.4. Gesztációs idő és születési testtömeg**

A gesztációs idő és a születési testtömeg között erős pozitív kapcsolatot találtunk ( $r=0,979$ ,  $p<0,000$ ), vagyis a mintánk éretlen kisméretű koraszülött vizsgálati személyekből áll. A fiúk átlagos születési testtömege 2286,36 g ( $SD=1239,08$ ), a lányoké 855,47 g ( $SD=285,16$ ), mely szignifikánsan különbözik a fiúk értékétől ( $p=0,042$ ).

#### **4.1.5. Életkor**

A vizsgálati személyeket életkor alapján két csoportba rendeztük. Az osztópontok meghatározása egyenlő percentilisek alapján történt, így a csoportok ugyanannyi esetet tartalmaznak. A fiatal csoport életkori átlaga 12;1 év ( $SD=1,03$ ), az idősebb csoport életkori átlaga 15;5 év ( $SD=1,24$ ). Elvárásunk szerint a fiatalabb csoport testtömege, magassága és BMI-indexe kisebb lesz az idősebb csoporthoz képest. A fiatalabb csoport ( $n=15$ ) testtömegének átlaga 44,4 kg ( $SD=12,21$ ), magassága átlag 149,6 cm ( $SD=11,2$ ), BMI-indexe 19,5 ( $SD=4,13$ ). Az idősebb csoport ( $n=15$ ) testtömegének átlaga 48,4 kg ( $SD=6,77$ ), magassága átlag 160,1 cm ( $SD=18,24$ ), BMI-indexe 18,87 ( $SD=2,19$ ).

Míg a két életkori klaszter között sem a testtömeg ( $p=0,273$ ), sem a BMI-index esetén ( $p=0,572$ ) nem találtunk szignifikáns különbséget, addig a magasságban igen ( $p=0,007$ ).

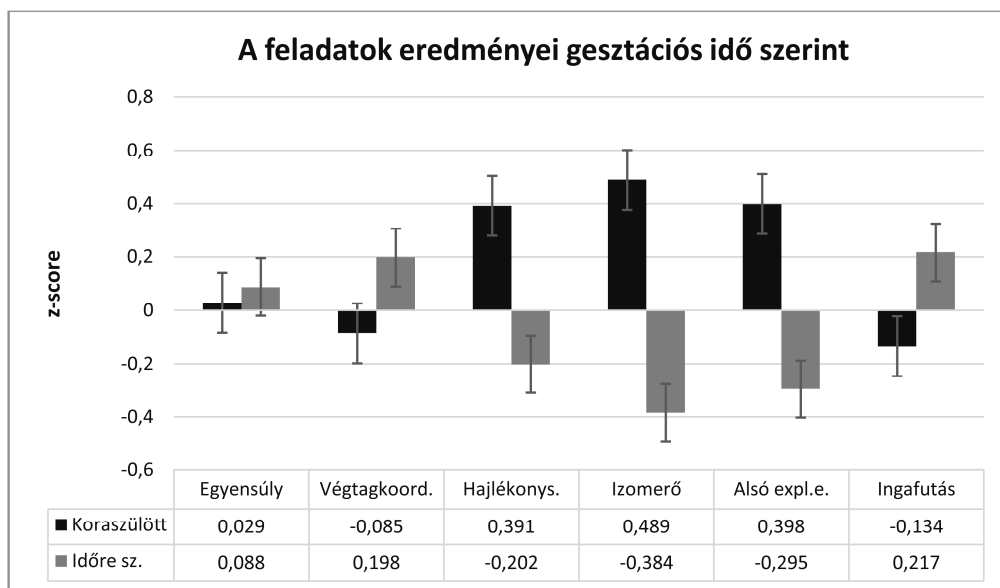
#### 4.1.6. BMI – BMI percentilis

Adataink az Országos Gyermekegészségügyi Intézet adataival kerültek összevetésre. Az általunk vizsgált minden életév esetén a vizsgálati személyek átlagosan megfelelő tápláltságot jeleznek (összesen 17 fő), azonban 4 fő (a mintánk 13%-a) sovány, közülük 1 fő értéke 3 percentilis, ami a mérsékelt soványság és a súlyos soványság határértéke. Közülük három tanuló koraszülött, a 3 percentilis értéket elért tanuló időre született. Három fiatal értéke túlsúlyra utal, két fő számít súlyosan elhízottnak. A túlsúlyos gyermekek időre születtek, míg a súlyosan elhízott tanulók koraszülöttek.

#### 4.2. Az eredmények statisztikai feldolgozása

A különböző feladatok nyerspontjait standardizált z-score-okká alakítottuk át (az átlag: 0, a szórás: 1), így lehetővé vált az értékek összehasonlítása.

Először megvizsgáltuk a változók (feladatok) közötti lineáris kapcsolat szorosságát és irányát, mivel szeretnénk megvizsgálni az állítás helyességét, miszerint a helyzetváltoztatást nem igénylő (1, 2, 3) és a helyzetváltoztatást igénylő feladatok (4, 5, 6) között szoros együttjárás tapasztalható, míg a két feladattípus között nem.



1. ábra. Az Eurofit teszt hat feladatának eredménye z-score-ban megadva. A vizsgált vak minta fiatalabb (életkori átlag: 12;1 év ( $SD=1,03$ )) és idősebb (életkori átlag: 15;5 év ( $SD=1,24$ )) klaszterek eredményeinek összehasonlítása. A két csoport eredménye szignifikánsan a végtagkoordináció és az izomerő feladatokban tér el.

#### **4.2.1. Gesztációs idő és teljesítmény**

Feltételezésünk szerint a koraszülötteknél érintett lesz a koordinációs és egyensúlyi képesség, így gyengébben teljesítenek a végtag-koordináció és az egyensúly (föld, gerenda) feladatokban. A két csoport eredményei között csak az izomerő feladatban találtunk szignifikáns különbséget ( $p < 0,05$ ).

A változók (feladatok) közötti lineáris kapcsolatokat befolyásolja a születési idő. Míg az időre született csoport esetében az egyensúly feladatok az ingafutással mutatnak közepes pozitív kapcsolatot ( $r = 0,733$ ,  $p < 0,05$ ), addig a koraszülött csoport esetén több feladat között is találunk kapcsolatot: egyensúlyi feladat és ingafutás; hajlékonyság és ingafutás, illetve BMI; izomerő és alsóvégtagi explosive erő, illetve ingafutás; ingafutás és egyensúly, illetve hajlékonyság, izomerő, alsóvégtag explosive erő, BMI; BMI és ingafutás, illetve hajlékonyság.

#### **4.2.2. Testfelépítés és teljesítmény**

A testfelépítés vizsgálatokor a testtömeg, a magasság, és a BMI változók összevetése történik a feladatokkal.

##### **4.2.2.1. Testtömeg – teljesítmény**

A testtömeg és a végtag-koordináció feladat között a kapcsolat tendencia jellegű ( $r = -0,354$ ,  $p < 0,05$ ). A többi feladat esetén nem találtunk kapcsolatot a testtömeggel.

##### **4.2.2.2. Magasság – teljesítmény**

A magasság és a teljesítmény között a következő feladatok esetén találtunk közepes erősségű kapcsolatot: egyensúly (föld) ( $r = -0,416$ ,  $p < 0,05$ ), alsóvégtagi explosive erő ( $r = 0,403$ ,  $p < 0,05$ ), ingafutás sebesség ( $r = -0,370$ ,  $p < 0,05$ ). A kapcsolatban tendencia figyelhető meg az egyensúly (gerenda) ( $r = -0,340$ ,  $p = 0,066$ ), a végtagkoordináció ( $r = -0,342$ ,  $p = 0,064$ ), és az izomerő ( $r = 0,382$ ,  $p = 0,065$ ) feladatok esetén. Nem találtunk kapcsolatot a magasság és a hajlékonyság feladat között ( $r = 0,109$ ,  $p = 0,565$ ).

##### **4.2.2.3. BMI – teljesítmény**

A BMI és a feladatok között nem találtunk szignifikáns lineáris kapcsolatot.

Azonban a koraszülött és az időre született csoport vizsgálatokor kiderül, hogy a koraszülött tanulók teljesítménye és a BMI-indexe között a hajlékonyság ( $r = 0,502$ ,  $p < 0,05$ ) és az ingafutás ( $r = -0,482$ ,  $p < 0,05$ ) feladatoknál közepes erősségű kapcsolat áll fenn. Az időre született tanulóknál tendenciaszerűen, de nem szignifikánsan, az egyensúly (gerenda) és a hajlékonyság feladatoknál találtunk kapcsolatot.

### **4.3. Az eredmények összevetése a standard normákkal**

#### **4.3.1. BMI, magasság, testtömeg**

A WHO adatbázisában<sup>5</sup> nemekre lebontva nyers pontokban és z-score-ban is megtalálhatóak életkori (életév) bontásban az 5–19 év közötti gyermekek és fiatalok BMI, magas-

---

5 ([http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/))

ság és testtömeg adatai. Az adatbank segítségével kerülnek összehasonlításra az általunk végzett vizsgálatok eredményei. Mivel a WHO által regisztrált adatok nagymintás mérések átlagait tartalmazzák, így összehasonlíthatónak ítéltük a csoportjaink adataival. A WHO adatai nemek szerint differenciáltak, azonban esetünkben annyira alacsony lenne az elemszám, hogy nemi bontás nélkül, a WHO értékek súlyozott átlagaival számolunk.

A minta teljes életkori sávját egyenlő percentilisek alapján, öt cutpoint beállításával csoportokra bontottuk, így próbáltuk az életkori sávok terjedelmét csökkenteni.

A BMI értéke egyik életkori csoport esetén sem különbözik szignifikánsan a WHO értéktől, amit a vak csoport kis elemszámával és a magas szórással magyarázunk.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy mintánkban a vizsgálati személyek 13,3%-a a túlsúlyos, 66,7%-a a normál., 13,3%-a a sovány (alultáplált), 6,7%-a a nagyfokú alultáplált (súlyosan sovány) BMI kategóriába tartozik.

A magasság és a testtömeg összevetése a standard WHO adatokkal, az első négy életkori klaszter esetén nem mutatott szignifikáns különbséget, még akkor sem, ha a születési testtömegek szerint kialakított csoportok eredményeivel számoltunk.

A 16–17 éves vak korcsoport mind magasságban, mind testtömegben, negatív irányban, szignifikánsan különbözik a WHO adatokhoz képest.

## 5. Megbeszélés

### 5.1. A vizsgálati kérdések megválaszolása

A bemutatott vizsgálatot 30 tanuló részvételével végeztük, azonban ez a látszólag kis elemszám a 10–17 éves érértelmű, súlyos fokban látássérült tanulók számát szinte teljesen lefedi.

#### 5.1.1. A mintára vonatkozóan

A minta gesztációs ideje és születési testtömege nagymértékben eltér az átlagos értékektől. Mintánkban a gesztációs idő átlaga 31,7 hét, minimuma pedig az extrém kissúlyú koraszülöttekre jellemző 24. hét. A születési testtömeg is extrém alacsony átlagú és minimumú a mintánkban: átlag 1823,5 g, minimum 580 g. Érdemes megjegyeznünk, hogy ilyen alacsony átlag-, és minimum értékek mellett érértelműek lettek a gyermekek. A nemek testfelépítésében – testtömeg, magasság, BMI-index – nem találtunk szignifikáns különbséget.

A statisztikailag kialakított két életkori klaszter – 12,1 átlagév és 15,5 átlagév – esetén nem találtunk a testtömeg és a BMI-index esetén szignifikáns különbséget, azonban a magasság esetén igen.

A teljesítményt a vizsgálati személyek testtömege, BMI-indexe alig, míg a magassága szignifikánsan befolyásolja.

Eredményeinket az Eurofit standard teszteredményekkel összevetve megállapítható, hogy a vak mintánk teljesítménye – mind a teljes mintára, mind az időre született csoportra

nézve – minden esetben a gyenge, vagy az átlag alatti tartományba esett. Ettől eltérő eredményt a hajlékonyságot mérő feladatnál tapasztaltunk, ahol a teljes minta egy életkori sávban átlagos, az időre született csoport átlag feletti, illetve jó eredményt is elért. Szintén átlag feletti eredményt figyelhetünk meg az időre született klaszter esetében az izomerőt mérő feladatnál.

### **5.1.2. Koraszülöttségre vonatkozóan**

A minta 60%-ban koraszülött vizsgálati személyekből áll. Várakozásunkkal ellentétben, a koraszülött tanulók a vizsgált életkori sávban átlagosan sem testtömegben, sem magasságban nem térnek el időre született társaiktól, azonban az alsó (minimum) értékek mind a két változó esetén szignifikánsan alacsonyabbak az időre született csoporthoz képest. Mintánkban tendenciaszerűen a lányok születtek korábban. Ennek oka nem egyértelmű. Míg bizonyos vizsgálatok szerint a lányok kevésbé sérülékenyek, kisebb náluk a mortalitás (10%-al több lány marad életben), illetve kisebb a halmozottan fogyatékoság rizikótényezője, addig más adatok szerint a nemek között nincs szignifikáns különbség (VIDA 2010). A kis születési testtömegeg (1500 g alatt) világra jött csecsemők közül nagy százalékban – 50,54% (OLIVEIRA és mtsai 2011), más kutatás szerint 35, 38% (MÉIO és mtsai 2004) – meghalnak a korai életkorban, illetve enyhébb vagy súlyosabb tanulási és/vagy motoros nehézség, fejlődési zavar, fogyatékoság alakul ki náluk (COOKE–FOULDER–HUGHES, 2003). A fiúk esetében gyakoribb a későbbiekben a tanulási problémák előfordulása (BERÉNYI–KATONA, 2012). Mivel mintánk épértelmű tanulókból állt, így magyarázhatóvá válhat a lányok magasabb aránya.

Várakozásunk szerint a koraszülött tanulók BMI-indexe alacsonyabb az időre született társaikhoz képest. Bár átlagban a két csoport nem különbözik ebben a változóban, azonban a sovány kategóriába három koraszülött tanuló tartozik. Szomorú „érdekesség”, hogy a súlyosan sovány kategóriába egy időre született tanuló esett. Szintén nem számítottunk arra az eredményre, miszerint a mintánk súlyosan elhízott tanulói mind koraszülöttek lesznek. Megállapíthatjuk tehát, hogy a tanulók többsége szomatikusan leküzdte a koraszülöttség miatt kialakult hátrányokat, illetve, hogy a vizsgált életkori sávban már hangsúlyosan – így mérhetően is – megnövekszik a SES (szocioökonomiai státusz) szerepe.

A születési idő ténye az izomerőt mérő feladat esetén mutatkozik meg legerőteljesebben, ott a koraszülöttek szignifikánsan rosszabbul teljesítettek.

A koraszülött és az időre született tanulók között talált teljesítménykülönbség magyarázataként megemlíthető, hogy a koraszülöttség befolyásolja az újszülöttkori adaptációt, a vestibuláris rendszer fejlődését, a fej-, és a test mozgásait, a nehézségi erő megélését, továbbá a 25 és 30. terhességi hét között született gyermekeknek mások a spontán mozgásai, mint az érett újszülötteknek (MÜLLER–RIECKMANN 2001), így ez az eltérés vezethet a későbbi – esetünkben a 10–16 éves – teljesítmény-eltéréshez. A koraszülöttek vizsgálatkor még az alacsony rizikófaktorú csecsemők esetében is eltéréseket mutattak ki a járás elsajátításában az időre született csecsemők fejlődéséhez képest, ami utalhat későbbi minor motoros zavarokra (RESTIFFE–GHERPELLI 2012) többek között az egyensúly területén. Továbbá fontos szempont lehet, hogy mivel a látássérült személyeknél az egyen-

súly képessége a látókétől eltérően fejlődik, ugyanis a testhelyzetek, a testtartás kontrollálásához, a téri tájékozódáshoz, az orientációhoz a látás nagymértékben hozzájárul. A látás hiányában ezek a képességek és a rájuk épülő nagymozgások – például a járás – az izmok, csontok és a labirintus-rendszer jelzéseire alapozódva alakulnak ki (NAVARRO és mtsai 2014).

## Kitekintés

Több vizsgálati beszámoló jelezte, hogy az Eurofit hivatalos instrukciói túlságosan hosszúnak és bonyolultnak bizonyulnak (SKOWRONSKI et al., 2009; LIEBERMAN et al., 2010; ABDULLAH ÉS PARNABAS, 2014). Mivel ez esetünkben is nehézségként jelentkezett, optimális lenne egy nemzetközi, rövidített instrukciós-füzet kidolgozása. Szakmailag érdekes lenne a jövőben kérdőíves vizsgálattal részletesebben feltárni a vak tanulók sportolási szokásait, illetve egyes képességeket (pl. egyensúly) műszeresen is bemérni. Utánkövetéssel, illetve a Hungarofit, a Hungarofit Mini vagy a Netfit feladatok felvételével a látásérült tanulók eredményeit össze lehetne vetni az országos adatokkal. Mindehhez szükség lenne, a mindkét területen mért eredmények folyamatos, tudományos szintű publikálásához.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki a Vakok Általános Iskolája tanulóinak, továbbá az intézmény testnevelő tanárainak, hogy a vizsgálat elkészítéséhez optimális feltételeket biztosítottak, illetve munkánk elkészítésében segítséget nyújtottak.

## Irodalomjegyzék

- ABDULLAH, N. M.–PARNABAS, V. (2014): Assessing Gross Motor Skills Development Among Children with Visual Impairment. *International Journal of Education and Research*, 2 (2), 1–6.
- BERÉNYI M.–KATONA F. (2012): *Fejlődésneurológia. Az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- BRAMBRING, M.–BEELMANN, A.–BUITENHUIS, S.–HECKER, W.–KURP, C.–LICHER-EVERSMANN, G.–MUELLER, A. (1995): *Frühförderung blinder Kinder. Konzeption und Hauptergebnisse des Bielefelder Projektes*. Kindheit und Entwicklung, 4, 149–156.
- BRAMBRING, M. (2003): Sprachentwicklung blinder Kinder. In: Rickheit, G.–Herrmann, T.–Deutsch, W. (Eds.) *Psycholinguistik. Ein internationales Handbuch* (pp.730–752). deGruyter, Berlin.
- BRAMBRING, M. (2006): Divergent Development of Gross Motor Skills in Children Who Are Blind or Sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 10 (100), 1–22.
- COOKE, R. W. I.–FOULDER-HUGHES, L. (2003): *Growth Impairment in the very preterm and cognitive and motor performance at 7 years*. Archives of Diseases in Childhood, 88 (6), 482–487.

- COUNCIL OF EUROPE. (1983): *Sport. Testing Physical Fitness*. Eurofit Experimental Battery Provisional Handbook. Strasbourg. Letöltés helye: <http://www.bitworks-engineering.co.uk/Products.html>. (Letöltés ideje: 2014.09.11.)
- COUNCIL OF EUROPE. (1993): *Starbourg* Letöltés helye: <http://www.coe.int/hu/web/portal/home> (Letöltés ideje: 2014.09.08.)
- FEHÉRNÉ MÉREY I. (2005): *Mérési és értékelési útmutató a tanulók fizikai állapotának méréshez, minősítéséhez, és szóveges értékeléséhez – Hungarofit & Mini Hungarofit*. Oktatási Minisztérium, Budapest
- FEHÉRNÉ MÉREY I. (2006): *Mozgás&Fittség&Egészség*. Letöltés helye: <http://hungarofit.hu/mozgas-fittseg-egeszseg/> (Letöltés ideje: 2014.10.07.)
- FOGARASI-GRENCZER A.–BALÁZS P. (2012): A dohányzás és a környezeti dohányfüsttartalom kapcsolata a koraszülésekkel. *Orvosi Hetilap*, 153 (18), 690–694.
- FRAIBERG, S (1977): *Insights from the blind*. Basic Books, New York.
- HATTON, D. D.–BAILEY, D. B.–BURCHINAL, M.R.–FERRELL, K. A. (1997): Developmental growth curves of preschool children with vision impairments. *Child Development*, 68, 788–806.
- HOUWEN, S.–VISSCHER, C.–HARTMAN, E.–LEMMINK, K. A.P.M. (2006): Test–Retest Reliability of Eurofit Physical Fitness Items for Children with Visual Impairment. *Pediatric Exercise Science*, 18 (3), 300–313.
- LIEBERMAN, L.J.–MCHUGH, E. (2001): Health-related fitness of children who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 95 (5), 272–287.
- LIEBERMAN, L. J.–BYRNE, H.–MATTERN, C. O.–WATT, C. A.–FERNANDEZ-VIVO, M. (2010): Health-related fitness of youths with visual impairment. *Journal of Vision Impairment and Blindness*, 104 (6), 349–359.
- OKELY, A. D.–BOOTH, M. L.–CHEY, T. (2004): Relationships between body composition and fundamental movement skills among children and adolescents, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 75, 238–248
- MÉIO, M. D. B.–LOPES, C. S.–MORSCH, D. S.–MONTEIRO, A. P. G.–ROCHA, S. B.–BORGES, R. A.–REIS, A. B. (2004): Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, 80 (6), 495–502.
- MÜLLER-RIECKMANN, E. (2001): *A koraszülött gyerekek*. Akkord Kiadó, Budapest.
- NAVARRO, A. S.–FUKUJIMA, M. M.–FONTES S. V.–DE ANDRADE MATAS, S. L.–DO PRADO, G. F (2004): Balance and motor coordination are not fully developed in 7 years old blind children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 62 (3A), 654–657.
- OLIVEIRA, G. E.–MAGALHÃES, L. C.–SALMELA, L. F. T. (2011): Relationship between very low birth weight, environmental factors, and motor and cognitive development of children of 5 and 6 years old. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15 (2), 138–145.
- PAJOR E. (2010): *Látássérülés – Bevezető ismeretek* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- PUCIATO, D.–MYNARSKY, W.–ROZPARA, M.–BORYSIUK, Z.–SZYGULA, R. (2011): Motor development of children and adolescents aged 8–16 years in view of their somatic build and objective quality of life of their families. *Journal of Human Kinetics*, 28, 45–53.
- RESTIFFE, A. P.–GHERPELLI, J. L. D. (2012): Differences in walking attainment ages between low-risk preterm and healthy full-term infants. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 70 (8), 593–598.
- SKOWRONSKI, W.–HORVATH, M.–NOCERA, J.–ROSWAL, G.–CROCE, R. (2009): Eurofit Special: European Fitness Battery Score Variation Among Individuals With Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26, 54–67.
- TELLES, S.–SINGH, N.–BHARDWAJ, A. K.–KUMAR, A.–BALKRISHNA, A. (2013): Effect of yoga or physical exercise on physical, cognitive and emotional measures in children: a randomized controlled trial. *Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health*, 7 (1), 37.



- VIDA G. (2008): *Érett újszülöttek és koraszülöttek adaptációs zavarai és késői következményei*. Doktori értekezés. PTE ETK OEKK, Pécs.
- WARREN, D. H. (1984): *Blindness and early childhood development*. AFB, New York.
- WEBSTER, A.–JOÃO, R. (1998): *Children with Visual Impairments. Social interaction, language and learning*. Routledge, London.
- WILSON-COSTELLO, D. (2007): Is there evidence that long-term outcomes have improved with intensive care? *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12 (5), 344–354.
- World Health Organisation. (2010): *Diseases of the eye and adnexa* (H00–H59). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD–10) Version for 2010. Chapter VII. Letöltés helye: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53–H54> (Letöltés ideje: 2014.09.15.)
- Yusof, S.–Aiman, S.–Zawi, M. K.–Hasan, H.–Radzi, A. A. (2013): Body Composition Index Predict Children's Motor Skills Proficiency. *International Journal of Medical, Health, Pharmaceutical and Biomedical Engineering*, 7 (7), 177–183.

## További online írások, adatok:

- A fogyatékossgal élők helyzete és szociális ellátásuk*. [www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_fogyatekossag\\_gal\\_elok\\_helyzete](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag_gal_elok_helyzete) (Letöltés ideje: 2016. június 3.)
- Motoros tesztek, Eurofit. Az 5–18 éves tanulók fizikai állapotának felmérésére szolgáló próbarendszer* <http://tf.hu/hallgatoink/intezetek-tanszekek/testnevelés-elmélet-es-pedagogia-tanszek/kutatasi-temak/motoros-tesztek-eurofit/>
- Child growth standards – BMI for age* [http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/) (Letöltés ideje: 2016. június 3.)

### MAGYE információk

Kérjük a tagdíjak befizetését az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó: 3 000 Ft/év

Nyugdíjas/hallgató: 2 000 Ft/év

**MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959**

MAGYE levelezési cím: 1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.

MAGYE honlap: [www.magye-1972.hu](http://www.magye-1972.hu)

A tagdíjat befizetők a *Gyógypedagógiai Szemle* számait ingyenesen kapják.

A Gyógypedagógiai Szemlét előfizetésben terjeszti

a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága

1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,

e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu), faxon: 06-1/303-3440

## **Egy pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás alkalom bemutatása halmozottan fogyatékos mozgáskorlátozott fiatalokkal**

HORVÁTH ZSUZSANNA

suzie.horvath@gmail.com

---

### **Absztrakt**

Egy doktori kutatás keretein belül több pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás csoportfolyamat is zajlott különböző intézményekben az elmúlt két tanév során. A kutatás célja feltérképezni a terápiában rejlő fejlesztési lehetőségeket, mind szomatikus, mind pszichés szempontból, figyelembe véve a csoportlét jótékony hatását a kamaszkorú résztvevők testtudatára és önismeretére. Lényeges elem, hogy az alkalmak során egyaránt tudjunk önmagunkra és társainkra is figyelni, az instrukciók szabadon kezelhetőek legyenek és hangsúlyt kapjon az a tér, melyben „mindent lehet-minden megtörténhet”. A kutatás eredményeinek elemzése folyamatban van, jelen írás célja a módszer ismertetése a gyakorlaton keresztül.

**Kulcsszavak:** pszichodinamikus mozgás- és táncterápia, csoport, csoportdinamika, testtudat, halmozott fogyatékos

---

## **Bevezetés**

A 2010/2011-es tanévben mozgásterápiás foglalkozásokat tartottunk – *Önismeret mozgáson keresztül* címmel – egy 5 fős, halmozottan fogyatékos fiatalokból álló csoport számára a Vakok Iskolájának<sup>1</sup> Készségfejlesztő Tagozatán. Noha a terápia során nem alkalmaztunk konkrét méréseket, próbákat, diagnosztizáló vizsgálatokat, a terápia eredményeként erősödő csoportkohéziót, illetve a foglalkozások ideje alatt az agresszió, autoagresszió megszűnését és különböző kognitív funkciók (szerialitás és emlékezet)

---

1 Az intézmény neve és címe: Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Egységes Gyógykezelési Módszertani Intézménye, Diákotthona és Gyermekeotthona, 1146 Budapest, Ajtósi Dürer sor 39.

fejlődését tapasztaltuk.<sup>2</sup> E tapasztalat nyomán merült fel bennem először az az elméleti lehetőség, hogy ennek a fajta mozgásterápiának – noha metodikáját elsősorban épekre és pszichotikus betegekre dolgozták ki – relevanciája lehet a fogyatékos gyermekekkel történő munkámban, mind fejlesztési, mind terápiás tekintetben. Az a mód, ahogyan e mozgásterápia egy adott csoportban egyesíteni tudja a személyiség-, a kognitív és a mozgásfejlesztést, új utakat nyitott meg számomra. Mivel azonban a Vakok Általános Iskolájában tapasztaltak szubjektív eredményekre támaszkodtak, további tapasztalatok és objektívebb eredmények megszerzésére egy doktori kutatás adott keretet.

## A doktori kutatás

A kutatás során több különböző csoportfolyamat zajlott egy időben, melyek helyszíne a Száraznád Általános Iskola<sup>3</sup> és a Csillagház Általános Iskola<sup>4</sup> volt a 2013/14-es tanévben, míg a 2014/15-ös tanév folyamatai a Szellő Általános Iskolában<sup>5</sup>, a Csalogány Iskolában<sup>6</sup> és a Dr. Török Béla Általános Iskolában<sup>7</sup> történtek. A terápián résztvevő fiatalok az intézmények 7. és 8. évfolyamából kerültek ki. A kutatás teljes körű bemutatására ezen tanulmány keretén belül nincs mód, szemléltetésképpen azonban egy konkrét alkalom leírásával és annak folyamatba ágyazásával ismertetném a módszert, a csoporttagokat és a csoport dinamikáját.

Előjáróban megemlíteném, hogy kezdeti tapasztalataimhoz képest az ezen kutatásban résztvevő csoportok már más elképzelések mentén szerveződtek. A legfontosabb és legszembeűnőbb különbség az, hogy ezekben a csoportokban már nem dolgoztunk koreográfiákkal, az alkalmak fókuszába a fiatalok saját mozgása került, a testi és lelki élményeikből kiinduló saját mozdulatok, illetve a hatóerő, melyben átélhető az, hogy „aki most mozog, az én vagyok”.

A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia ötvözi a mozgást, a testtudati gyakorlatozat és az improvizációban rejlő alkotó és gyógyító lehetőségeket a csoportterápia eszközeivel. A terápiás foglalkozások alatt egyszerre van jelen az egyén saját belső dinamikája és a csoportdinamika, vagyis mindazon változók, melyek leginkább hatnak az egyénre és a csoportra mint egészre egyaránt (MERÉNYI 2004). A testtudati munka során a figyelem a folyamatos testi önészlelésre összpontosul, míg a kapcsolati munka mentén mind-

---

2 Tapasztalatainkat a Gyógypedagógiai Szemle egy korábbi számában már közöltük. Horváth Zs. – Szilajné Bárdos M. (2013): Mozgás alapú terápia hatása a csoportra és az egyénre halmozottan fogyatékos fiatalok körében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2013/3, 187-196.

3 Az intézmény neve és címe: Száraznád Általános Iskola, Szakiskola, Speciális Szakiskola, és Fejlesztő Nevelés-Oktatást Végző Iskola, 1156 Budapest, Pattogós u. 6-8.

4 Az intézmény neve és címe: Budapest III. Kerületi Csillagház Általános Iskola és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, 1038 Budapest, Ráby Mátyás utca 16.

5 Az intézmény neve és címe: Budapest III. Kerületi Szellő Óvoda Általános Iskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, 1035 Budapest, Szellő u. 9-11.

6 Az intézmény neve és címe: Budapest III. Tankerület Csalogány Óvoda, Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Kollégium és Gyermekotthon, 1034 Budapest, San Marco u. 48-50.

7 Az intézmény neve és címe: Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, EGYMI és Kollégium, 1142, Budapest, Rákospatak u. 101.

két fél mozgása egyszerre kerül fókuszba. Ezen munkamódoknak köszönhetően átélhetőek olyan élmények, mint a hatóerő vagy a kompetencia, melyek valós testképhez és önismerethez vezetnek.

## **Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia a Csillagház Általános Iskolában**

A Csillagház Általános Iskolában a tavalyi tanév során két csoportfolyamat futott párhuzamosan, mindkét csoport tagjai halmozottan fogyatékos mozgáskorlátozott fiatalok voltak, akik közül sokan nem tudnak verbálisan kommunikálni. Mindannyian kerekesszékekkel közlekednek, és néhányan képesek önállóan hajtani kerekesszéjüküket, de volt olyan résztvevő is, aki segítségre szorul hely- és helyzetváltoztatásban egyaránt. A csoporttagok tehát fogyatékoságuk szempontjából homogén csoportot alkottak, bár azon belül mutattak egyedi eltéréseket. Másrészt, bizonyos értelemben heterogén összetételűek is voltak, nem, életkor és társuló diagnózisok szempontjából. Egyrészt a csoportokat fiúk és lányok vegyesen alkották, másrészt életkor tekintetében is nagyobb volt az évfolyamok szórása (12–16 év), mint egy többségi általános iskolában. A csoportban két diagnózis jelent meg dominánsan, a tetraparesis spastica (BNO kód: G80), illetve a középsúlyos értelmi fogyatékoság (BNO kód: F71). A hozzávetőlegesen 45 perces foglalkozások/terápiás alkalmak kéthetente az iskola tornatermében zajlottak. A terápia szemléletének (eredetileg pszichoterápiás módszer) megfelelően a csoportokat az első néhány nyitott alkalmat követően lezártuk, így a résztvevők, az őket segítő pedagógusok/pedagógiai asszisztensek, az állandó helyszín és időpont biztonságos keretet tudtak nyújtani a terápiás folyamathoz. Ahhoz, hogy egy csoport saját dinamikája kialakulhasson, elengedhetetlen a keretek meg- és betartása, mivel minden csoport sajátos alakulási fázisokon megy keresztül. Megjelennek bizonyos konfliktusok (csoporton kívül és belül) a folyamat adott szakaszaiban, kezdetben például a tagok rendszerint a terápia értelmét keresik, emellett általában a csoportban elfoglalt helyüket próbálják definiálni, míg körülbelül a folyamat felénél gyakran a helyzet megszokottságából fakadó problémák jelennek meg. Egy jól működő csoportnál természetes dolog ezen konfliktusok megjelenése, amit közös erővel feldolgozva kialakulhat a csoportkohézió és a csoport a maga egyediségében.

A pszichodinamikus mozgás- és táncterápiának négy *munkamódja* van: a verbális, a testtudati és a kapcsolati munka, illetve az alkotás, mely módokat ezúttal is próbáltuk alkalmazni. A *verbális* munkamódot nem tudtuk használni a csoporttagok diagnózisai és beszédállapota miatt, így mivel a verbális be- és kijelentkezésre nem nyílt lehetőség, minden alkalom elején egy-egy mozdulattal köszöntöttük egymást, mely mozdulatot – az eredeti „mozdulat-tulajdonos” figyelmétől kísérve – mindenki a képességeihez mérten utánozott. A „bejelentkező mozdulatok” jelentősége a hatóerővel definiálható, hiszen minden tagnak saját mozdulata volt, melyet vizionálható a csoport többi tagjától, ami még egyfajta kapcsolatteremtést és közösségépítést is eredményezett. A mozdulatok

a folyamat során egyre cizelláltabbakká váltak, olykor hosszabb mozgássorok is megjelentek. A bejelentkező mozdulatot követően minden esetben a *térrel* foglalkoztunk, megpróbálva mindig más módon felfedezni „mozgásterünket”, például bizonyos pontokat gyorsan vagy lassan, csukott vagy nyitott szemmel közelítettünk meg. Így vált a tér részévé, és figyelmünk kinyílt a körülöttünk lévő térre és abban saját magunkra. A tér bejárását a *testtudati* munka követte, melyet ideális esetben mind csoportos, mind egyéni gyakorlat is jellemez, és melynek segítségével figyelmünk középpontjában a saját testünk és testi élményeink állnak, ami által egy hosszabb folyamat során belső testképünk is differenciálódhat. Ezután a saját magunkra fordított koncentrált figyelmünket kinyitottuk társainkra, és elindult egy *kapcsolati* munka, mely a nevéből fakadóan párban vagy hármasokban zajló gyakorlatokat jelent. Idejét tekintve ez a leghosszabb gyakorlat, egyben a legmélyebb munka is, ekkor már instruált érintés is következik, a párok egymásra koncentrálnak, próbálnak kölcsönösen egymásra hangolódni. A kapcsolati munka után általában lehetőség nyílik az egész alkalom során szerzett testi-testtudati és társas élmények megformálására egyéni mozgás keretei között is, vagyis megjelenik az *alkotási* fázis.

Az alábbiakban egy alkalom reflexiója következik 2014 márciusából, 4 résztvevővel (1 hiányzó).

## Dinamika

Dinamika szempontjából izgalmas állapotban van a csoport, erős ellenállás nincs, inkább az jellemző, hogy némiképp megjelent a megszokottság (kevés már az újdonság), miközben azért láthatóan mindenki élvezte a tevékenységet. Megszokták mind a gyerekek, mind a segítők, hogy rendszeresen jövünk, és ettől kicsit az iskola részévé is váltunk, ami egyfelől nagyon pozitív, hiszen valóban ide (is) tartozunk, másfelől viszont a terápiás keretek betartását nem segíti. Egyre később kezdünk, így néha kevés idő jut az elmélyülésre.

## Csoporttagok

Z.N.<sup>8</sup> (fiú) nem igazán volt jelen, körbeállásnál és a bejelentkező mozdulatoknál figyelme néha elkalandozott. (Néha úgy viselkedik, mintha nem is akarna figyelni a többiekre, ami persze valahol érthető, hiszen ő az, aki először érkezik meg a térbe, a csúszások miatt elég sokat kell tétlenül várnia, amiben valószínűleg el is fárad. Emiatt talán kicsit bosszút is áll mindenkin: most akkor ő nem figyel, nem vesz figyelembe senkit, hiszen eddig fordítva volt, őt nem vette figyelembe senki.) I.B. (lány) kevésbé volt aktív, mint általában, alapvetően fókuszált, de néha az ő figyelme is elkalandozott. Z.O. (lány) szeretett volna kimenni az udvarra, de végül velünk maradt, és jól is érezte magát, bár elmélyülni láthatóan kevésbé tudott. D.Z. (lány) panaszkodott az elején (nem ránk, inkább mindenre és mindenkire – kamaszkorban van), később fel tudott oldódni és képes volt az alkotó fázisig is eljutni.

---

8 Az anonimitás érdekében a gyerekek monogramját is megváltoztattuk.

## Gyakorlatok

A sebességgel való munkát mindenki nagyon élvezte, mind a gyors, mind a lassú sebességeket, bár kicsit kevesellték az erre fordított időt. Egymás követését is jól megoldották, megértették azt az instrukciót, hogy először ne tegyék egyértelművé, kit követnek, majd csak később. A vonatozás nagyon jól sikerült, játszottak a sebességükkel, irányokkal, megállásokkal is, és mindenki nyomon tudta követni a folyamatot. A párosok (Z.N.–Z.O. és I.B.–D.Z.) szépen alakultak, az I.B.–D.Z. páros elmélyülten tudott dolgozni, megküzdöttek azért, hogy érinteni tudják egymást, de végül az érintés és az egymásra hangolódás is egyaránt sikerült.

## Lezárás

Jelen írás tehát egy rövid betekintés a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia működésébe, melyből láthatóvá válik, hogy egy fogyatékossgal élő (halmozottan fogyatékos mozgáskorlátozott) csoportban is jól használható ez a terápia, a csoporttagok kognitív, verbális és szomatikus állapotának nehezítettsége ellenére is. A kutatás ennél azonban szélesebb körben zajlik, célja az eddig taglalt terápiás módszer vizsgálata az egyéni affektív képességek és a kognitív architektúrák feltérképezése, illetve a csoportok alakulása (csoportkohézió, csoportközi viszonyok, az egyén helye a csoportban) mentén. A mozgásterápia a személyiségre és a személyiség fejlődésére vonatkozó hatásai viselkedési kérdőívek és interjúk segítségével térképezhetőek fel. A kérdőívek hasonló, egymást jól kiegészítő tételekkel dolgoznak, előtérbe helyezve az agressziót, szorongást, társas kapcsolatokat, valamint figyelmi problémákat. Ez utóbbi vizsgálatára, illetve a téri emlékezetre vonatkozó kognitív, neuropszichológiai tesztek úgyszintén a kutatás részét képezik. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia működésének vizsgálatára sajátos nevelési igényű csoportok esetén nincs ismert kidolgozott metodika, a terápiás folyamatok tapasztalatai alapján azonban körvonalazható a módszer hatékonysága a csoportkohézió növekedése, a testtudat, testkép fejlődése, illetve az agresszió és szorongás csökkenése terén.

## Irodalomjegyzék

- HORVÁTH ZS. – SZILAJNÉ BÁRDOS M. (2013): Mozgás alapú terápia hatása az egyénre és csoportra halmozottan fogyatékos fiatalok körében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2013/3. 187–197.
- MÉRÉNYI M. (2004): Mozgás- és táncterápia. (Áttekintő tanulmány). *Pszichoterápia*, 13, 4–17.
- MÉREI F. (1996): *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris, Budapest.
- YALOM, I. (2001): *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Animula, Budapest.

# KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

**Fazekasné dr. Fenyvesi Margit:**

## **Orientációs képességek fejlesztésének módszertana**

**Elektronikus tananyag. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. (TÁMOP – 4.1.2-08/2/A/KMR – Bárczi Gusztáv digitális tananyag-fejlesztő program – Projektrendszerű oktatási formák és ezeket támogató digitális tananyagok fejlesztése a gyógypedagógus-képzés BA- és MA-szintű moduljaihoz)**

A Digitális Tankönyvtárban 2013-ban megjelent *Orientációs képességek fejlesztésének módszertana* című ismeretanyag a pedagógia, gyógypedagógia iránt érdeklődők számára egy könnyen elérhető, sok szakirodalmi háttérrel felvonultató tudásbázis. Az orientációs képességek mellett, a címtől eltérően, jelentős hangsúlyt kap a kreativitás témaköre, amely tovább növeli a tananyag szakmai használhatóságát.

A tananyag szerzője, Fazekasné dr. Fenyvesi Margit a következőképpen összegzi az orientációs képességet: „Az orientációs képességek alatt nem csupán a téri tájékozódás értendő, hanem mindaz, ami a tudatosan végrehajtott eligazodást jelenti. A téri tájékozódás mechanizmusának ismeretéhez alapvetőek a mozgással, mozgásváltozással, valamint a testiséggel és annak megélésével kapcsolatos fogalmi ismeretek. A téri tájékozódás folyamatának megértéséhez, majd a fejlesztéséhez ismerni kell a testtudat, testséma és testkép összetevőit, fejlődési jellemzőit.”

A tananyag foglalkozik az orientációs képesség fogalmával, a téri és idői tájékozódással, a térképismerettel, a vizuális orientációval, az akusztikus orientációval, a metakognícióval, az önszabályozó tanulással, és nem utolsósorban a kreativitás több formájával, mint például a vizuális, az akusztikus, a motoros és a verbális kreativitás fejlesztésére vonatkozó adatok.

A megjelenő tématerületek a pedagógiával és gyógypedagógiával foglalkozó szakemberek számára szükséges elméleti ismereteket biztosítja jól strukturált formában, mely a szakmai képzések tananyagát is képezi. Az online elérés nyújtotta könnyű hozzáférés lehetőséget teremt, hogy a tananyagot szélesebb szakmai kör ismerje meg.

A szakmaelmélet mellett folyamatosan biztosít gyakorlati elemeket, melyek használható tudást kínálnak az olvasó számára, illetve további online felületek hivatkozásával bővíti az egyes tématerületek ismeretanyagát. A tudástartalmak elmélyítését témánként megjelenő videók, összefoglalók és önellenőrző feladatok támogatják.

Az online tananyag elérhető a következő linken:

[http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2009-0007\\_orientacios\\_kepessegek\\_fejl\\_modszertana/TANANYAG/00\\_0.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2009-0007_orientacios_kepessegek_fejl_modszertana/TANANYAG/00_0.html)

*Farkasné Gönczi Rita*

# IN MEMORIAM

## Búcsú Pálhegyi Ferenctől

*Elhangzott Budapesten, 2016. április 24-én a II. kerület Torockó tér 1. alatt, a Pasaréti Református Gyülekezet templomában.*

Tisztelt búcsúzóik, gyászoló család, barátok, ismerősök!

Pálhegyi Ferenc tanár úrral először 1973-ban találkoztam hallgatóként a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán. A látássérültek pedagógiája szakon összesen 13-an voltunk abban az évfolyamban tanítványai. A létszámunkból is adódott, de az ő személyisége határozta meg az oldott légkört, amiben tanított minket. Legtöbbször beszélgettünk, kíváncsi volt a gondolatainkra, és azokhoz kapcsolódva alakította tudásunkat a látássérülésről, formálta attitűdünket a fogyatékos emberek iránt. Ma is előttem van, ahogy szürke kardigánjában ül közöttünk tanáros szerep nélkül, bölcs ember és tudássá fűzi gondolatainkat. Nem voltak jegyzeteink, még csak a „Formaészlelés tapintással” című könyve jelent meg 1969-ben. A frusztrációval kapcsolatos munkái későbbiek, 1975–76-ban jelentek meg. Kandidátusi védésén mindannyian ott ültünk az Akadémia dísztermében. Ma sem tudom hogyan, miből tudtunk készülni a vizsgákra, de jó volt nála vizsgázni. Arra volt kíváncsi, hogy mit tudunk, és mi örömmel elhittük neki, hogy tudjuk a választ a kérdéseire.

Megkeresett minket Somogyi Verával 1979-ben, hogy mi is legyünk szerzőtársai a „Mit tegyünk, hogy életük teljesebb legyen” című könyvecskében, melyet a Vakok és Gyengénlátók Szövetsége adott ki. „Most már kollégák vagyunk, tegeződjünk, jó?” – ajánlotta – nagy zavarban, de örömmel fogadtuk mindkét gesztusát.

Nem költözött a tanszékkal a Damjanich utcába, kuckójában vagy elefántcsont toronyában (?) maradt a Bethlen téren, ezért ritkán találkozott volt kollégáival, mégis nagy szeretettel emlegették a napokban, milyen népszerű volt a diákok között! A személyiség- és a gyógypedagógiai pszichológia órái vonzották a hallgatóságot, tömve volt a nagylőadó, a fal mentén is álltak a hallgatók.

A látássérült személyek pszichológiájában az észleléspanpszichológiától a személyiséglélektanon át a szociálpszichológiáig minden területen végzett vizsgálatokat. „Személyiséglélektani-kalauz” című könyvét pszichológushallgatók is használták vizsgára készüléshez. 1980–81-ben két főiskolai jegyzete, tankönyve jelent meg a „Látássérültek kognitív funkciói” és a „Látássérültek személyiség- és csoport problémái” címmel. A Szövetség kiadásában a „Látás nélkül meghódított világ” 1981-ben jött ki. A kiadvány címe is arra utal, hogy az embert látta, nem a fogyatékoságot!

A 90-es évek elején, amikor a református teológiára ment tanítani, engem kértek meg Lányiné Engelmayer Ágnes tanszékvezetővel, hogy vegyem át tőle a látássérültek psi-



chológiája tárgy tanítását. Nagy felelősség és nagy kihívás volt ez a feladat számomra. Témái szakterületünkön örök érvényűek, tanulmányait, tankönyveit tanítjuk.

Egyik beszélgetésünk alkalmával említette nekem, mekkora megtiszteltetésnek érezte, hogy Flóra néni – Illyés Gyuláné Kozmutza Flóra – neki adta át a gyógypedagógiai pszichológia tárgyat. Én is ugyan így érzek, azért, mert az Ő nyomdokán haladhatok.

Kedves Feri, hálás vagyok, hogy tőled tanulhattam, kollégád lehettem! Gondolatainkban naponta kísérsz minket, és műveidben tovább élsz velünk!

*Prónay Beáta*

---

## Nekrológ

### Dr. Pálhegyi Ferenc

1935.04.14 – 2016.03.28.

Sokan és sokféleképpen búcsúznak Tőle ezekben a napokban.

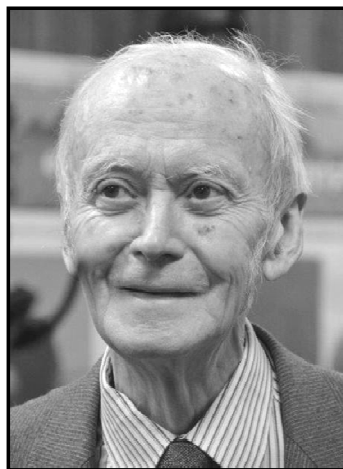
Búcsúzik nagy családja, felesége, gyermekei, unokái, sok barátja, a széles értelemben vett református közösség, melynek egész életében hűséges tagja és életének második felében könyveivel és előadásaival szolgálója is volt.

A nagyhatású tanárra szomorú szívvel emlékezve búcsúznak azok a mára felnőtt valaha volt vak gyermekek és fiatalok, akiket elindított életpályájukon. A sort folytatják azok a gyógypedagógusok, akiknek több generációja kapott tőle korszerű pszichológiai ismereteket és a hivatás gyakorlásához etikai tartást, amit nem lehet elfelejteni akkor sem, ha a lexikális tudás néha elhalványul. Az emlékezők, búcsúzóik között a magyar pszichológus közösség is ott van, hiszen Pálhegyi Ferenc tudományos munkássága gazdagította nem csak a gyógypedagógiai pszichológiát, hanem az általános- és személyiség-lélektant, a pszichodiagnosztikát is.

E gazdag életmű teljes értékelése nem fér ennek az írásnak a keretébe, ezért önkényesen és főleg a vele való személyes kapcsolatomból válogatva emelek ki véleményem szerint komoly értéket jelentő elemeket munkásságából, melyek mintha kissé elfelejtődtek volna.

Néhány életrajzi adat, ami megmagyarázza az önkényes válogatás szempontjait:

Érettségi után a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolára iratkozott be, ahol 1958-ban kapott diplomát, még az egységes, nem fogyatékosági szakokra bontott képzés keretében. A Vakok általános iskolájában lett gyógypedagógiai tanár, majd elvégezte



a pszichológia szakot az ELTE-n és aspirantúrára jelentkezett. Alig voltam nála idősebb és magam sem régóta a pszichológiai tudományok kandidátusa, amikor az a megítéltetés ért, hogy aspiránsvezetője lehettem a mai Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet jogelőd intézményében. Félve vállalkoztam a feladatra, de a személy maga garancia volt arra, hogy sikeres lesz az együttműködés. Hiszen ismertem őt, aki már hallgató korában kitűnt széleskörű műveltségével, nyelvtudásával, vitakészségével, önálló, kreatív gondolkodásával, másokat magával ragadó személyiségével. Nem én vezettem őt, hanem ketten igyekeztünk megküzdeni a kor nem éppen kedvező tudományos kutatási feltételeivel. Ezért is volt olyan megható számomra, amikor egy évvel ezelőtt egy jeles ünnep kapcsán azzal a dedikálással adta át egyik új könyvét, hogy: „Szeretettel Ágnesnek, drága mentoromnak”. 1975-ben sikeresen védte meg kandidátusi értekezését: Látássérültek alkalmazkodása frusztrációs helyzetben címmel. Közben már tanított pszichológiai tárgyakat és részt vett a főiskola tudományos műhelyeiben. Szerkesztett és önállóan írt jegyzetei a gyógypedagógus-képzésben hosszú ideig voltak értékes tananyagok.

A frusztráció jelenségének vizsgálatához felhasználta Rosenzweig Picture Frustration Test-jét (PFT), melyet 500 gyermekkel adaptált és magyar normákat dolgozott ki használatához. A teszt eredetijéhez is 500 személy vizsgálata adta az alapot, a német átdolgozásban pedig 320 esetet használtak, tehát jelentősnek tekinthetjük Pálhegyi Ferenc teljesítményét, melyet nem támogatott akkor semmilyen pályázati forrás vagy tesztadaptációra felkészült tudományos csapat. 1976-ban az Akadémiai Kiadó jelentette meg Gyermek frusztrációs próbája címmel munkáját. Ismerve a tesztpsychológia áldatlan helyzetét abban az időben, fontos hozzájárulásnak tekinthetjük munkáját a pszichodiagnosztikai eszköztár korszerűsítéséhez.

A frusztráció-agresszió összefüggésének vizsgálata is fontos gyógypedagógiai pszichológiai tematika munkásságában. A fogyatékos személyek élethelyzetét frusztrációs alaphelyzetként írta le. Szemben azonban a hétköznapi frusztrációs helyzetekkel, szerinte itt nem az elérendő célt veszi körül akadály, hanem a személyt. A fogyatékos maga az a korlát, mely nem teszi lehetővé a cél elérését. Ezt nevezte „börtönszerű frusztrációs alaphelyzet”-nek. Talán ez az értelmezés az, amelyet a tudomány azóta meghaladott. Hiszen az életfeltételek normalizálásával, a társadalmi segítség és befogadás feltételeinek megteremtésével a „börtön” falain rések üthetők, sőt a falakat le lehet és le is kell bontani.

Korán megmutatkozott filozófiai érdeklődése, az egyes pszichológiai irányok emberképének hatása a nevelés és a gyógypedagógia gyakorlatára. A kóros jelenségekből az ép működésre történő visszakövetkeztetés gondolata is foglalkoztatta, amikor Révész Géza 20. század eleji nagyhatású érzékelés-lélektani felismeréseitől indítva elkezdett foglalkozni a haptikus érzékelés sajátosságaival vakoknál. A Formaészlelés tapintással könyve azonban túlmutat a vak személyek pszichológiáján, mert fontos magáallapításokkal gazdagította a kognitív pszichológiát is. Kimutatta a kétdimenziós és a háromdimenziós formák tagolódásának, valamint a vizuális és a haptikus észlelés alapelveinek különbözőségét. Kísérleteinek pszichológiai tanulságait is levonta, és szempontokat adott a vak személyek gyógypedagógiájához.

Tudománytörténeti érdeklődése és a gyógypedagógia általános elméleti kérdéseinek vizsgálata adták azt az elhatározást, hogy a gyógypedagógiai pszichológia területéről át-hívják tanszékvezetőnek az Általános Gyógypedagógiai Tanszékre. Ezt a tisztséget 1993-tól 1998-ig töltötte be. (Ezt megelőzően már a Budapesti Református Teológiai Akadémián is professzori feladatokat látott el.)

Magam részéről nagyon sajnáltam és sajnálom ma is, hogy a gyógypedagógia és a gyógypedagógiai pszichológia területét elhagyta, mert kivételes tehetségével nagyon sok értéket alkothatt volna még. Értékválasztását azonban tisztellem, és azoknak, akiknek közvetítette új szemléletét, nagyon sokat adott. A Károli Gáspár Református Egyetem Hittudományi karán tartott előadásainak, és a jegyesoktatás, házassági tanácsadás területén végzett munkásságának méltatását más fórumokon lehet megtalálni.

A sokféleképpen búcsúzóik közül magam a megemlékezésnek azt a módját választottam, hogy újra olvasom műveit, közvetítem azokat a ma szakembereinek, valamint felidézem a vele töltött munkás évek szép emlékeit.

Kedves Feri, nyugodj békében, hited szerint a találkozás reményében.

Lányiné Engelmayr Ágnes

### **„Kendeh–Szabó–bőrönd strukturált megfigyelési szempontsor a gyógypedagógiai munka tervezéséhez értelmileg akadályozott gyermekek számára”**

60 órás új akkreditált pedagógus-továbbképzés indul  
az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon.

A továbbképzés célcsoportját azok az oligofrénpedagógia szakos gyógypedagógiai tanárok/gyógypedagógusok, értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon/gyógypedagógusok tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon, illetve a fentiekkel egyenértékű főiskolai, illetve alapképzésben szerzett végzettséggel rendelkező pedagógusok alkotják, akik gyakorlatorientált tudást keresve jelenlegi pedagógiai eszköztárukat a célzott gyógypedagógiai megfigyelés, az egyéni fejlesztési terv készítése és a gyógypedagógiai vélemény írás területén gazdagítani szeretnék. Ehhez kínál lehetőségeket egy új fejlesztési eszköz, a „Kendeh–Szabó–bőrönd strukturált megfigyelési szempontsor a gyógypedagógiai munka tervezéséhez értelmileg akadályozott gyermekek számára” és az eszköz használatának elsajátítását célzó 60 órás pedagógus-továbbképzés. (Alapítási engedély szám: 23/390/2015)

A képzés megfelelő létszámú jelentkező esetén indul.

Jelentkezni **2016. szeptember 5-ig** (jelentkezési dokumentáció beérkezési határideje), illetve a maximális keretlétszám eléréséig (35 fő) lehet.

**Tervezett időtartam: 2016. október 7.–2017. február (gyakorlattal együtt)**

**Bővebb információ a következő linken érhető el:** <http://goo.gl/5C7wQz>

**A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete Baján rendezi meg  
2016. évi XLIV. Országos Szakmai Konferenciáját.**

**A konferencia kerettémája:  
„Különös fejlődés – speciális megsegítés”.**

**A konferencia időpontja: 2016. június 23–25.**

**Program:**

- Plenáris ülés: június 23. csütörtök, 14–17 óráig
- Szakmai előadások 17 óráig
- 19 órától Társas vacsora

Szakosztályi nap: június 24. péntek, 9–16 óráig

Plenáris ülés: június 25. szombat, 9–14 óráig

**Helyszínek:**

- Megnyitó, plenáris előadás (csütörtök): Bácskai Kultúrpalota (Roosevelt tér 3.)
- Társas vacsora (csütörtök): Bajai EGYMI (Barátság tér 18.)
- Szakosztályi nap (péntek): Bajai EGYMI (Barátság tér 18.)
- Plenáris előadás (szombat): Bajai EGYMI (Barátság tér 18.)

Regisztráció: csütörtökön 13 órától a Kultúrpalotában, pénteken és szombaton reggel 8 órától a Bajai EGYMI-ben.

**Jelentkezni lehet a MAGYE honlapján található „JELENTKEZÉS” űrlap kitöltésével (csak a regisztrált és belépett felhasználóknak), vagy a szintén onnan letölthető jelentkezési lapon a megadott e-mail címre eljuttatva.**

**A konferencia jelentkezési határideje: 2016. június 16.**

A szállásinformáció szintén a MAGYE honlapján található (<http://goo.gl/8NqsqC>)

**Elérhetőségek:**

6500 Baja, Barátság tér 18.

Telefon: 06-79/322-599 | Mobil: 06-30/511-6795

e-mail: 44oszk@magye-1972.hu

# Tartalom/Table of Contents

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Németh Tünde – Daritsné Rajzó Éva – Jánosiné Kakuk Sarolta – Prónay Beáta – Danis Ildikó:</i><br>A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció tevékenységének megjelenése és integratív szemlélete<br>a pedagógiai szakszolgálat egyes területein – A lelki egészségvédelem lehetőségei a korai időszakban | 91  |
| <i>Komjáthy Zsuzsanna:</i> A kvótarendszer hatása a megváltozott munkaképességű, mozgáskorlátozott<br>emberek integrált foglalkoztatására – Fókuszban: Nyugat-Dunántúl tíz legnagyobb vállalata  | 109 |
| <i>Lőrincz Borbála – Pajor Emese:</i> Általános testalkati és kondicionális jellemzők a Vakok Általános<br>Iskolájában és Speciális Szakiskolájában tanuló 10-17 éves látássérült diákok motoros<br>képességeinek tükrében   | 122 |

## A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>Horváth Zsuzsanna:</i> Egy pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás alkalom bemutatása halmozottan<br>fogyatékos mozgáskorlátozott fiatalokkal | 138 |
|---|-----|

## KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

---

|   |     |
|---|-----|
| Fazekasné dr. Fenyvesi Margit: Orientációs képességek fejlesztésének módszertana fejlesztése<br>( <i>Farkasné Gönczi Rita</i> ) | 143 |
|---|-----|

## IN MEMORIAM

---

|  |     |
|--|-----|
| Búcsú Pálhegyi Ferenctől ( <i>Prónay Beáta</i> ) | 144 |
| Nekrológ ( <i>Lányiné Engelmayer Ágnes</i> )     | 145 |

---

## ORIGINAL PUBLICATIONS

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Németh, Tünde – Mrs. Daritsné Rajzó, Éva – Mrs. Jánosiné Kakuk, Sarolta – Prónay, Beáta – Danis, Ildikó:</i><br>The presence and integrative approach of parent-infant consultation in certain areas of pedagogical<br>services – Possibilities of mental health services in the early period | 91  |
| <i>Komjáthy, Zsuzsanna:</i> The effect of the quota system on the integrated employment of disabled persons<br>and persons with reduced mobility – In focus: the ten biggest corporations of Western Transdanubia  | 109 |
| <i>Lőrincz, Borbála – Pajor, Emese:</i> A Comparison of General Body Shape and Physical Condition with<br>Motor Skill Performance among 10–17-Year-Old Students Attending the Primary and Vocational<br>School for the Blind (Budapest)  | 122 |

## FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Horváth, Zsuzsanna:</i> Description of a psychodynamic dance movement therapy course<br>with multiply disabled youngsters | 138 |
|--|-----|

## BOOKS AND NOVELTY

---

|   |     |
|---|-----|
| Mrs. Fazekasné dr. Fenyvesi, Margit: Methodology of orientation abilities' development<br>( <i>Mrs. Farkasné Gönczi, Rita</i> ) | 143 |
|---|-----|

## IN MEMORIAM

---

|   |     |
|---|-----|
| Last farewell to Ferenc Pálhegyi ( <i>Prónay, Beáta</i> ) | 144 |
| Necrology ( <i>Mrs. Lányiné Engelmayer, Ágnes</i> )       | 145 |

