

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2017 – XLV. évfolyam

2

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

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

HUISSN0133-1108

2017. április-június

Felelős kiadó:

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

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

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440
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 őriz meg és nem küld vissza.

NYOMDA:

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

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Általános Gyógypedagógiai Intézet és
Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet*

Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkorai intervencióban

KEREKI JUDIT

j.kereki@gmail.com

ABSZTRAKT

A kora gyermekkorai intervenció rendszerben jelenlévő problémák azonosítása a fejlesztési irányok kijelöléséhez ad támpontokat. A nemzetközi trendek követése, a koordinált, integrált, interdiszciplináris team működésen alapuló szolgáltatói rendszerek adaptálható elemeinek hazai modellbe való integrálása segít egy hatékonyabban működő rendszer kialakításában. A korábbi hazai fejlesztési projektek eredményeire építve a kora gyermekkorai intervenció ágazatközi fejlesztését célzó projekt az egységes gyermekút kialakítását kívánja megvalósítani a szakemberek kompetenciáinak szélesítésével, a szülők edukálásával és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek enyhítésével.

Kulcsszavak: Kora gyermekkorai intervenció, intézményrendszer fejlesztése, ágazatközi együttműködés, gyermekút, interdiszciplináris team, szülő edukáció

1. BEVEZETÉS

Az utóbbi évtizedben a hazai szakmai gondolkodásban egyre elfogadottabbá válik az a megközelítés, amely az élet első éveiben zajló folyamatokat a gyermekek fejlődése és későbbi életlehetőségeikre gyakorolt hatása szempontjából kulcsfontosságúnak tartja. A korai életszakaszban, illetve már azt megelőzően, a pre-, perikoncepcionális, illetve a fogantatást követő várandóssági időszakban végzett prevenció, intervenció tevékenység több szempontból is jelentőséggel bír. Nem csak a gyermek egyéni fejlődésére, jövőbeli testi és lelki egészségére, vagy a család helyzetének stabilitására, kompetenciáinak megerősítésére gyakorolt hatása miatt meghatározó, hanem társadalmi hasznossága, a társadalmi folyamatokra, az integrációra, a gazdasági életre tett hosszú távú befolyása szempontjából is.

A kora gyermekkori intervenció területéhez köthető kutatásoknak, fejlesztési programoknak, a szakmai érdekek erőteljesebb képviselésének, az európai uniós célok mentén megfogalmazódó törekvéseknek köszönhetően hazánkban is prioritást kapott a kora gyermekkori intervenció ügye. A folyamatot az utóbbi időben felgyorsította, hogy a terület koordinálása 2014-től egy kézbe került, az EMMI Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárságához. Ezzel párhuzamosan törekvések történtek a stratégiai elképzelések megfogalmazására, 2015-ben pedig kormányhatározat jelent meg a kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről (1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozat).

Az utóbbi évek különböző ágazatok égíse alatt zajló, kora gyermekkori intervenció témáját érintő projektjei a gyermekek egészséges fejlődésének támogatására, az iskoláskor előtti, gyermekeket és családjukat ellátó rendszer korszerűbb, hatékonyabb, az ellátási szükségletekhez jobban igazodó működésének kialakítására törekedtek. Az egészségügyi ágazat 2012-2015 között zajló TÁMOP 6.1.4-es *Koragyermekkori (0-7 év) program* kiemelt projektje a korai felismerés érdekében hangsúlyosan kezelte a gyermeki fejlődés nyomon követésének támogatását, a fejlődési rizikó- és védőtényezők pontos beazonosítását, valamint egy komplex szűrőrendszer kialakítását. A projekt elsősorban az egészségügyi alapellátás szereplőinek, a védőnőnek, a házi gyermekorvosnak, illetve a vegyes praxist ellátó háziorvosnak az eredményesebb munkavégzését kívánta elősegíteni. A köznevelés területén a TÁMOP-3.4.2/B *Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)* projekt a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásainak korszerűsítésére, a szakemberek tudásának bővítésére irányult, és elsődleges célként a gyermekek, tanulók és családjaik helyben, vagy a lakóhelyük körzetében megvalósuló, azonos színvonalú szolgáltatásokhoz való hozzájutását jelölte meg. A pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek támogatására protokollok készültek, köztük a kora gyermekkori intervencióra és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás tevékenységre kifejlesztett szakterületi protokoll. Emellett a TÁMOP-3.1.1 *21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció* II. szakasza tartalmazott még a kora gyermekkori intervenciót támogató fejlesztési célokat és tevékenységeket. Kidolgozásra és kipróbálásra került az optimális kliensút modell, amely elsősorban a különböző ágazati szereplők együttműködésének hatékonyabbá tételét, a kompetenciák bővítését és a minél korábbi ellátásba kerülést célozta. A szociális ágazat területén kiemelhető a TÁMOP-5.2.6. *A korai életrszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása* projekt. Átfogó célja a kora gyermekkori intervenció területén működő, hangsúlyosan a „szociális modell” szemléletét követő nemzetközi gyakorlatok hazai adaptációjával olyan szolgáltatások bevezetése és elterjesztése, amely a problémák mielőbbi, korai életrszakaszban történő felismerésével hozzájárul az érintett gyermekek és családok életminőségének javításához.

Ezek a projektek, bár keresték egymással az érintkezési pontokat, ennek ellenére átfogó, rendszerszintű változást nem tudtak elérni. Ezért indokoltá vált egy, az eddigi eredményeket becsatornázó, a társágazatok (egészségügy, köznevelés, családügy, szociális és társadalmi felzárkózás) együttműködésével zajló közös projekt megvalósítása, amely a kora gyermekkori intervenció komplex, interdiszciplináris megközelítésű szemléletét és lebonyolítását jobban tudja biztosítani. Ebből a megfontolásból egy éves előkészítési szakasz után 2017 februárjában elindult az EFOP 1.9.5 *A kora gyermekkori*

intervenció ágazatközi fejlesztése kiemelt projekt, amelynek elsődleges célja a korai ellátórendszer kliensközpontú átalakítása, az iskoláskor előtti, speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik szükségletükhöz illeszkedő ellátáshoz, szolgáltatáshoz való hozzájutásának biztosítása.

2. PROBLÉMATERÜLETEK

Korábbi kutatások fontos megállapításokat tettek a kora gyermekkori intervenció rendszerének működésével kapcsolatos problémák azonosítására. Nemcsak az ellátatlan gyermekszámra adtak becsléseket – közel 40%-ra téve a kora gyermekkori intervenció ellátásból kiszoruló arányát, de az emögött álló rendszerszintű problémákat és strukturális egyenlőtlenségeket is összegezték (KEREKI ÉS LANNERT, 2009; KERKEI, 2011, 2013; KERKEI, 2015b).

2.1. Egységes szemlélet és gyermekút hiánya

Bár a különböző ágazati együttműködések összehangolására felsővezetői szinten is történtek lépések, a több ágazatot is érintő kora gyermekkori intervencióra továbbra is jellemző az egységes szemléletmód hiánya, amely a szabályozási környezet elégtelenségében, összehangolatlanságában és a finanszírozás ellentmondásaiban is megnyilvánul. A kliensközpontú szolgáltatórendszer a jogszabályok harmonizációját, az ágazatok közötti koordináció erősítését, valamint egységes szemléletű és igényekhez igazodó finanszírozási rendszert igényel. Súlyos hatékonysági veszteséget okoz a szakemberek közötti együttműködés hiánya, az információk megosztásának elmaradása, a felelőségek rendezetlensége. Olyan jogi és finanszírozási eszközökre van tehát szükség, melyek érdekeltté teszik az együttműködést és az összehangolt tevékenységet.

Az egységes, integrált és koordinált korai ellátórendszer még csak óvatos elképzelés, a jelenlegi rendszerre jellemző heterogenitás, az egyértelműen követhető, szabályozott gyermekút hiánya „bolyongásra” készíti a szülőt a különböző szolgáltatások között, és bizonytalanságban tartja a szakembereket. Bár több új protokoll, irányelv született az utóbbi években, amely segíti a szakemberek munkáját, mégis vannak olyan területek, ahol semmilyen eljárásrend nem támogatja az egységes megoldásokat, pl. az utógondozás területén, de az alkalmazható terápiák, fejlesztési módszerek esetében sem.

A TÁMOP 3.1.1 projekt keretében 2014-ben két megyére kiterjedően lezajlott egy vizsgálat,¹ amely az optimális kliensút modell kialakításához nyújtott muníciót (KEREKI, 2015a). A kora gyermekkori intervencióban dolgozó különböző ágazati irányítású intézmények szakembereinek (védőnő, házi gyermekorvos, háziorvos, szakellátó

¹ A vizsgálat Békés és Zala megye területén zajlott, célcsoportja a kora gyermekkori ellátás területén dolgozó egészségügyi alap- és szakellátás, a köznevelés, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti területen dolgozó szakemberek köre volt. A válaszadók száma összesen 217 fő (a válaszadási arány közel egyharmados). A vizsgálat a Békés megye területén zajló kliensút modell pilot bemeneti mérése volt, Zala megye kontroll megyeként szerepelt a pilot mellé tervezett hatásvizsgálathoz.

szakorvos, kisgyermeknevelő, óvodapedagógus, gyermekvédelmi alapellátásban dolgozó szociális munkás stb.) véleménye alapján a továbbküldési utak ismeretén túl – már a pedagógiai szakszolgálatok szakembereinek célcsoportba való bevonásával – arról alakított ki képet, hogyan vélekednek a különböző szakterületek képviselői a többi szakember tevékenységéről, miként alakul a különböző ágazati szereplők kapcsolata és együttműködése. A vizsgálat a továbbküldési utak ismeretének feltérképezését többek között konkrét eseteken keresztül közelítette meg, azt firtatva, hogy megfelelően körvonalazott tünetcsoportok esetén a különböző szakterületek szakemberei milyen gyermekutat/kliensutat követnek.² A szakemberek által a legnagyobb biztonsággal megnevezett útvonal a mozgásfejlődési elmaradást mutató gyermekek esetében mutatkozott meg, de a hallás fejlődésének eltérése esetén is ez a tapasztalat. A legkevésbé egyértelmű továbbküldési irány a magatartási nehézség és az autizmus spektrum zavar tüneteit mutató eseteknél fordult elő. Amikor 27 jól körülhatárolt jogosultságcsoport kapcsán történt meg a továbbküldési út lekérdezése, ott bizonyossá vált, hogy a válaszolók az említett jogosultsági csoportok háromnegyed részénél elsődlegesen az egészségügyi ellátás keretében látják a megoldást, a pedagógiai szakszolgálatot kevés esetben látják „úticélnak”. Az együttműködések értékelésénél a szakemberek a saját intézményen belüli együttműködésekkel ítélték meg legpozitívabban, a saját ágazaton belüli kapcsolatokat a semlegesnél valamivel jobbnak, míg az ágazatközi intézményközi szakmai együttműködést és kapcsolatokat inkább negatívan értékelték, különösen a feladatok és felelősségek ágazatok közötti elhatárolását illetően. Azok a szakemberek, akik kritikusan nyilatkoztak a kora gyermekkori intervenció területén dolgozó szakemberek közötti együttműködésről, leginkább a más intézményekben folyó munkáról való tudáshiányt, a kapcsolódási lehetőségek ismeretének csekély voltát, az egymás munkájára való odafigyelés elégtelenségét, a találkozási fórumok és az ismeretség hiányát jelölték meg akadályozó tényezőként. A válaszok végül is bizakodásra adnak okot, hiszen ezek mind olyan indokok, amelyek tudatos hozzáállással megváltoztathatóak. Egy jól kidolgozott modellt, a megfelelő, ágazatközi küldési utakat is figyelembe vevő protokollok kidolgozása, a tájékoztatás, az informálás, a képzés és a szakemberek közti kapcsolatok, továbbá az együttműködés erősítése sokat javíthat a helyzeten.

2.2. Humánerőforrás helyzet - tudás, ismeret, információ, kapacitás

A szakemberek képzésében és tudásának hangsúlyaiban szinte valamennyi szakterületen tetten érhető, hogy korábban kevesebb figyelem irányult a kora gyermekkorra, hiszen csak az elmúlt néhány évtizedben kezdtek komolyan foglalkozni ezzel az életszakasszal, a neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások eredményeinek köszönhetően. Már a szülőségre való felkészülés is fontos

² Az esetek között olyan, különböző korú gyermekeknél jelentkező tünetcsoportokat írtunk le, ahol a mozgásfejlődésbeli elmaradás, a kognitív funkciók eltérő fejlődése, a hallás eltérő fejlődése, magatartási nehézség, autizmus spektrum zavar, izomdisztrófia, rejtett szájpadhasadék volt azonosítható.

momentum, de a várandósság, a perinatális időszak, majd az azt követő korai gyermekévek, különös tekintettel az első három életévre, alapvetően befolyásolják a gyermekek fizikai egészségét, kognitív, érzelmi, szociális fejlődését, hatással vannak tanulmányi előmenetelükre, viselkedési és emocionális kompetenciáikra, későbbi munkaerőpiaci sikerességükre. Az iskoláskor előtti gyermekek ellátását végző szakembereknek a gyermeki fejlődésről, a fejlődésbeli eltérésekről, azok felismeréséről való tudása, az ellátórendszerrel, illetve más szakterületek szakembereinek munkájáról, kompetenciájáról való ismerete heterogén, gyakran hiányos, korszerűtlen. Ez hozzájárul ahhoz, hogy a gyermekek fejlődési problémáinak korai életkorban történő felismerése késik, nem, vagy későn kerülnek be az ellátórendszerbe és jutnak hozzá a szükségletalapú ellátáshoz. Mivel a gyermek és családja körüli interdiszciplináris együttműködés kialakítása egy sarokköve az ellátás hatékonyabb működésének, elengedhetetlen a minderről való közös tudás, a gyakorlatközpontú megközelítés.

A különböző szakterületeket tekintve a képzésbeli súlypontokat máshol találjuk. A fejlődés értékelésére vonatkozó ismeretanyag például a védőnők alapképzésében sokkal hangsúlyosabb, mint az orvosképzésben. A házi gyermekorvos a szakképesítésre való felkészülés során jóval több ismeretet és gyakorlatot szerezhethet ezen a téren, mint a háziorvos, aki az elvégzendő gyermekegészségügyi feladataihoz képest rövid gyermekgyógyászati gyakorlatra kötelezett.³ Nem véletlen, hogy egy 2014-es kutatás (BÁRSONYINÉ KIS ÉS MTSAI, 2014) eredménye szerint a vegyes praxisú háziorvosok kevésbé felkészültnek érzik magukat a 0–7 éves korú gyermekek testi, pszichés és szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek, szempontrendszerek és eszközök ismeretét illetően, mint a házi gyermekorvosok. Hiányzik a más ágazathoz tartozó szakemberekkel (például gyógypedagógussal, mozgásterapeutával, pszichológussal) való interdiszciplináris teamtevékenység, például a szűrés eredményeinek együtt történő értékelése. A TÁMOP 6.1.4 *Koragyermekkorai (0-7 év) program* projekt fejlesztései során a védőnők közel 90%-a, és a házi gyermekorvosok, háziorvosok több mint 10%-a a gyermekek egészséges fejlődésére (korcsoportonként és fejlődési területenként), és az eltérések felismerésére vonatkozóan kapott ismereteket. Ennek a tudásnak az ellátórendszerben is jelentkezett a hatása, a pedagógiai szakszolgálatoktól nyert visszajelzések azt mutatják, a képzések következtében megemelkedett a korai életszakaszban vizsgálatra jelentkező gyermeklétszám, különösen a legfiatalabb korcsoportnál. A visszajelzések szerint a védőnők egyre inkább felismerik azokat a gyanújeleket, amelyekkel a gyermekgyógyász mellett a pedagógiai szakszolgálat szakembereihez irányítják a gyermeket és a szülőt.

Az iskoláskor előtti gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó egyéb szakterületekkel összevetve, a gyermekvédelmi alapellátásban dolgozó családgondozók azok, akiknek az eltérő, megkésett fejlődésről, a pszichés sérülékenységről való tájékozottságuk, illetve a rendszer működéséről, továbbküldési, jelzési utakról való tudásuk a leginkább hiányos (KEREKI, 2015a). Bár a köznevelési intézményekben dolgozók mindegyikéről sem

³ A háziorvosok törzsképzési programjában 4 hónap gyermekgyógyászat szerepel, amely tartalmaz gyermekorvosi praxisgyakorlatot is. Ellenben a házi gyermekorvosok 5 éves gyermekklinikai, kórházi képzésben vesznek részt. (22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről, 2. számú melléklet).

állítható, hogy a korai életszakaszban zajló fejlődési folyamatokról, az eltérések felismeréséről, az állapotmegismerésről vagy akár a gyógypedagógiai tanácsadásról, korai fejlesztésről, terápiás ellátásról naprakész ismereteik lennének. A graduális képzés tartalmi átalakítása sokat segíthet az ügyön. Például a gyógypedagógus képzésben a korai tartalmakat a hallgatók a sérülésspecifikus szakirányhoz kötött blokkban sajátítják el. Ennek az a veszélye, hogy a hangsúly az egyes sérüléseken van inkább, miközben különösen az első néhány évben a komplex megközelítés elengedhetetlen fontosságú.⁴ Mivel a gyermek és családja körüli interdiszciplináris együttműködés kialakítása egy sarokköve az ellátás hatékonyabb működésének, elengedhetetlen a minderről való közös tudás, a gyakorlatközpontú megközelítés.

A szakemberhiány több ellátási területen jelent problémát. A betöltetlen védőnői álláshelyek aránya 2015-ben 8,3% volt. (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2016). Az Országos Alapellátási Intézet 2016. március 1-i adatai szerint a tartósan betöltetlen házi gyermekorvosi és vegyes praxist folytató házi orvosi álláshelyek száma 251, amely a praxisok 8,3%-át jelenti. (ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET, 2016). Mind a házi orvosi, mind a házi gyermekorvosi ellátás a jövőre nézve komoly humán erőforrás gondokkal küzd, jellemző az elöregedés, a házi gyermekorvosok átlag életkora 56 év. (KÓSA ÉS MTSAI, 2014). Az utánpótlást jelentő szakorvosi képesítést elnyerők száma is csökken, az egészségpolitika a csecsemő- és gyermekgyógyászatot hiányszakmaként ismerte el (SZ.N., 2011; SZ.N., 2013). Hat szakterületet tekintetbe véve (audiológia, csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészet, gyermek- és ifjúságpszichiátria, gyermekneurológia, gyermekszemészet és neonatológia) 2014-ben egy gyermekszemészre, egy csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészre, valamint egy gyermekneurológusra jutott a legtöbb 0–4 éves korú gyermek, de ez nem jelenti azt, hogy a többi szakterületen jó lenne a szakember-ellátottság. (EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL, 2015; KSH TÁJÉKOZTATÁSI ADATBÁZIS, 2015)

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben megközelítőleg ötezer szakember dolgozik, a jogszabály szerint előírt létszám ennél körülbelül 1300 fővel több. (KIR-STAT, 2016) A terület súlyos szakemberhiánnyal küzd, amely orvosolható új szakképzettséget vagy speciális tudást adó képzések nyújtásával. A szakemberhiányon túl a rendelkezésre álló szakemberek hiányos tudása is problémát okoz, így például a korai területen dolgozó szakembereknek kevés a korai diagnosztikában, illetve terápiás ellátásban szerzett képzettségük vagy gyakorlatuk. Ezekben az intézményekben alapvetően más ágazat szakmai irányítása alatt álló szakképzettségű szakemberek (például szakorvos, klinikai szakpszichológus) is megjelennek, akik esetében nem a köznevelési, hanem az egészségügyi továbbképzési paletta nyújt piacépes képzéseket. Szükséges a képzési rendszerek összehangolása, illetve a kölcsönösen elfogadható képzések vagy az elfogadás rendjének meghatározása a köznevelési, az egészségügyi és a szociális terület tekintetében.

⁴ Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán az utóbbi évben történtek előrelépések, az új tanterv már minden hallgató számára tartalmazza a korai ellátórendszer és az eltérő fejlődés korai markereinek ismeretét.

2.3. A szülők ismereteinek és tájékoztatásának hiánya

Az iskoláskor előtti gyermekek szüleinek a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve gyermekneveléssel kapcsolatos ismeretei hiányosak, ezért nehezen alakul ki ezeken a területeken a megfelelő szülői kompetencia és felelősségérzet. Az ellátórendszer nem ismerik, nincsenek tisztában azzal, hogy ha gyermekük fejlődésével kapcsolatban bármilyen gyanújuk felmerül, mely esetben hová fordulhatnak, milyen szolgáltatásokat vehetnek igénybe. (KEREKI ÉS LANNERT, 2009; BÁNFAY ÉS MTSAI, 2014)

Már a prekoncepcionális, illetve a perikoncepcionális időszakban fontos a jövőbeli szülők szülőiségre, gyermekvállalásra való felkészítésének támogatása. A tudatos és eredményes családtervezésre, az egészséges magzat kihordásához szükséges egészségi állapot megőrzésére már gyermek- és serdülőkortól fel lehet készülni az egészségügyi és a köznevelési rendszer szoros együttműködésében, ám a felkészítés jelenlegi hatékonysága elégtelen (RÓSA ÉS MTSAI, 2013). Ugyanígy elengedhetetlen a gyermekvállalás után megkezdődő időszakban a szülők edukációja. Fontos tudatosítani a szülőknél, hogy a korai tapasztalatoknak, a gondoskodó kapcsolatoknak, illetve a környezeti tényezőknek erőteljes hatásuk van a fejlődésre. A szeretettel, biztonságos közegben nyert környezeti tapasztalatok a kora gyermekkori fejlődés minden aspektusára hatnak, az agyi struktúrák fejlődésétől a gyermek empátiás képességének az alakulásáig, egészen a prenatális időszaktól a korai gyermekévekig. A korai fejlődéssel foglalkozó tudományok számára egyértelmű a szülőség (parenting) és a rendszeres, gondoskodó kapcsolat fontossága. (SHONKOFF ÉS PHILLIPS, 2000) A szülői készségek és képességek azonban elsősorban nem ösztönvezéreltek, a szülőség, a gyermek szükségleteire adott adekvát válaszok tanulhatóak (HERCZOG, 2008). A szülői erőforrások hiánya azonban szűkíti a gyermekek esélyeit arra, hogy képességeik időben és sokféle irányba fejlődjenek. Fontos tehát, hogy a szülők kompetenciái szélesedjenek, a gyermeki fejlődésről, az eltérések felismeréséről, a gyermeknevelésről való ismereteik bővüljenek, ezzel is segítve, hogy képessé váljanak gyermekük erősségeinek, képességeinek felismerésére, támogatására, megtanuljanak (speciális) szükségleteire adekvát választ adni, és hatékonyan tudják képviselni érdekeit.

A szülők tájékoztatása, információkhoz való hozzájuttatása – bár elszórtan történnek erre törekvések – nem megfelelő. Továbbra sincs olyan egységes tájékoztatási rendszer, adatbázis, amely a szolgáltatókról, a módszerekről, a megállapított diagnózishoz kapcsolódó egyéb lényeges körülményekről – többek között a vonatkozó hatályos jogi szabályozásról, pénzübeli támogatásokról, az ellátórendszer működéséről, a követendő gyermekútról –, illetve a területen működő szakmai és érdekvédelmi szervezetek tevékenységéről és elérhetőségeiről informálná a szülőt. Miközben a különböző ágazati jogszabályok meghatározzák a szűrés rendszerét, rendelkeznek a jelzési kötelezettségről, biztosítják a gyermek számára a korai fejlesztésben való részvétel lehetőségét, valamint a szülők támogatását és a széles körű juttatások rendszerét, az érintettek ezzel kapcsolatosan nagyon kevés információval rendelkeznek.

2.4. Informatikai adatáramlás elégtelensége, eszközellátottsági problémák

A kora gyermekkori ellátásban zajló adatgyűjtés és adatkezelés egyrészt segíti az ellátás folyamatának, a kliens útjának, a számára biztosított ellátásnak a nyomon követését. Másrészt biztosítja a rendszer fejlesztéséhez, a minőség és hatékonyság javításához szükséges visszacsatolást, a szervezeti tanulásra építő menedzsment szemléletű teljesítményértékelést és az ezzel együttműködő monitoring igények kiszolgáltatását. Egy 2012-ben zajló vizsgálat (MKIK GVI, 2012) során az adatgyűjtési rendszerek áttekintése kapcsán megállapításra került, hogy az adatkezelési rendszerek használhatósága és összekapcsolhatósága, illetve az eltárolt információk érvényessége és ezzel elemezhetősége is kérdéses. A kora gyermekkori intervencióban érintett intézmények működő adatkezelési gyakorlatait tekintve a legelterjedtebb forma a papíralapú adatrögzítés, különösen az egyéni adatok felvételénél még általános a korszerű informatikai eszközök mellőzése, a kívánatosnál sokkal alacsonyabb a számítógépes offline és online megoldások használata (MKIK GVI, 2012). A helyzet azóta sokat változott, hiszen a különböző ágazatokban több szakterületen sor került a dokumentációs, illetve a nyomon követő rendszer megújítására, átalakítására, egységesítésére. Például az egészségügyi alapellátásban az Egységes Védőnői Informatikai Rendszer (EVIR), a köznevelés területén a pedagógiai szakszolgálatok esetében az Integrált Nyomonkövető Rendszer (INYNR), illetve a szociális szolgáltatásokat igénybevevők esetében a Központi Elektronikus Nyilvántartás a Szolgáltatást Igénybevevőkről (KENYSZI) rendszer került kialakításra. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ezek a rendszerek ne igényelnének további fejlesztést, hiszen a használat során a gyakorlati szakemberek visszajelzései alapján megfogalmazódtak azok a problémák, amelyek a további fejlesztési feladatokat kijelölik.

Az egészségügyi, a köznevelési és a szociális alrendszer intézményei nem sokat tudnak egymásról, a különböző ágazati adatgyűjtési rendszerek között nincs kapcsolat. A kora gyermekkori ellátás szempontjából fontos információk cseréje – minden eddigi próbálkozás ellenére – esetleges, személyfüggő, még azokon a területeken is, amelyekre vonatkozóan léteznek szabályozások. Mind az egészségügyi, mind a köznevelési, illetve a szociális területen szükséges lenne az eddig szeparáltan működő ágazati adatgyűjtés és hozzáférés egységes rendszerbe szervezése, az adatok kölcsönös hozzáféréseinek biztosítása. Mindez az ellátás minőségének és hatékonyságának javítását, a gyermekút nyomonkövethetőségét szolgálná. Az adatok és információk rendszerek összekapcsolása nem csak az ellátás hatékonyságát javítaná jelentősen, hanem az elemzési lehetőségek kiterjesztését is lehetővé tenné. A jó minőségű, mélyebb összefüggésekre is rávilágító elemzések az evidenciaalapú szakpolitika kialakításának szükséges feltételét jelentik.

Mindemellett az ellátórendszer egyes kulcsszereplőinek esetében gondot jelent, hogy nem férnek hozzá a számítógéphez vagy az internethez, illetve hiányoznak a számítógépközelési alapismereteik. 2013-ban a védőnők informatikai eszköz-ellátottságára irányuló vizsgálatból kiderült, hogy a körzetek több mint felében (55%-ában) a munkavégzéshez egyáltalán nem megfelelőek a feltételek, hiányoznak a számítógépek, vagy régiek, lassúak, gyakran meghibásodnak, korlátozott a hozzáférés, és a megfelelő internetkapcsolat sem biztosított (KEREKI, BOGÁR ÉS CZAP, 2013). A TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori

(0-7 év) program és más, ráépülő projektek enyhítettek a problémán, 3200 laptop szétosztásával szinte minden védőnőnek biztosították az eszközt. Ám az eszköz birtoklása nem oldott meg minden gondot, az egységes védőnői informatikai rendszer használata érdekében a hozzáférés biztosítása, a gép kezelésének és a szoftver használatának elsajátítása is szükséges. A számítógép hiánya a pedagógiai szakszolgálatnál is gondot okoz, a nemrégiben kifejlesztett Integrált Nyomon Követő Rendszer használatát többek között az eszközellátottság elégtelensége is akadályozza.

Az informatikai eszközök mellett a különböző intézmények alapfelszereltségének hiánya és elavultsága is nehezíti a megfelelő szintű szolgáltatásnyújtást. A védőnői tanácsadók eszközkészletének hiányosságait állapította meg egy korábbi felmérés, mely szerint a vizsgálatokhoz szükséges eszközök a tanácsadók 65-75%-ában felelnek meg a jogszabály által meghatározott feltételeknek (ODOR, 2008). A szülők is észreveszik ezeket a nehézségeket. 2015-ben a szülők körében végzett elégedettségvizsgálatban megkérdezett kisgyermekes szülők egynegyede szerint a védőnő nem rendelkezik a megfelelő eszközökkel, illetve, ha rendelkezik is, azok régiak és elavultak. A kedvezményezett (korábban leghátrányosabb helyzetűnek hívott)⁵ településeken élők 32%-a szerint elavultak a védőnő eszközei. (BÍRÓ, NAGY ÉS SZIGETI, 2015) Az egészségügyi szakellátás bizonyos területein is komoly eszközhiánnyal küzdenek, illetve elavult eszközökkel rendelkeznek. Így a hallásszűrően kiszűrt gyermekek diagnosztikai, verifikációs vizsgálatát, és a hallásgondozás elindítását végző klinikák eszközparkja elöregedett, a műszerek 15-25 évesek, illetve részben működésképtelenek vagy gyakran elromlanak.⁶ A pedagógiai szakszolgálatoknál hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek, vizsgálo eljárások, nincsenek differenciál diagnosztikai eszközök. A vizsgálo és fejlesztő helyiségek felszerelése hiányos, korszerűtlen, megújításra szorul, a diagnosztikus eszközkészlet gyér, de a terápiás eszközökből is nagy szükség lenne utánpótlásra.⁷

2.5. Az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei

Az ellátásokhoz való hozzáférést tekintve egyenlőtlenségek figyelhetők meg a földrajzi helyzet, településtípus illetve a szociális háttér függvényében. Különösen a hátrányos helyzetű régiók megyéi, kistelepüléseken és a szociálisan hátrányos helyzetű településeken élő iskoláskor előtti gyermekek és azok családjainak szolgáltatáshoz való hozzáférése nem biztosított. Ezért fontos a szolgáltatások helybe való eljuttatásának elősegítése.

A betöltetlen védőnői álláshelyeket tekintve legkedvezőtlenebb helyzetben a Nógrád megyei ellátottakat találjuk, ott az álláshelyek egynegyede betöltetlen, de Jász-Nagykun-Szolnok megye (19,5%) és Heves megye (19,3%) mutatói is két és félszer magasabbak az országos átlagnál (8,3%) (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2016). A tartós helyettesítéssel

⁵ A 105/2015. (IV. 23.) Kom. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről új megnevezést alkalmaz az érintett településekre.

⁶ Az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága által, 2015-ben végzett igényfelmérés alapján, Erdélyi Gabriellának az igényfelmérés koordinátorának szóbeli közlése.

⁷ A Pedagógiai Szakszolgálatok Országos Egyesületének igényfelmérése alapján összesen több mint 1 milliárd Ft értékű eszközkészlet hiányzik a pedagógiai szakszolgálatokból az optimális működéshez. – Dr. Kiss László közlése alapján.

ellátott védőnői körzetekben élő gyermekek szűrése értelemszerűen alacsonyabb színvonalon valósul meg a gyengébb alapellátási kapacitás miatt. Különösen igaz ez a kedvezményezett településekre. Ez a hátrány az említett területeken közel 77 ezer 0-7 éves gyermeket érint. (BÍRÓ, NAGY ÉS SZIGETI, 2015). A házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú házi orvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférést szintén egyenlőtlenség jellemzi. A hátrányos helyzetű régiók mindegyikében, de különösen Észak-Magyarországon jelent ez gondot, ahol az országos átlagnak több mint kétszerese a betöltetlen praxisok száma. Az összes betöltetlen praxis nagyjából egyhetedede Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található (ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET, 2016) Ugyancsak hátrányt jelent, ha egy gyermeket nem házi gyermekorvos, hanem vegyes praxist folytató házi orvos lát el (ez a gyermekek átlagosan 20%-nál történik így), akik kevesebb rutinnal rendelkeznek a kora gyermekkori fejlődés követésében, és a szűrés feladataira is jellemzően kevésbé felkészültek, mint a házi gyermekorvosok (KÁDÁR ÉS MTSAI, 2010, 2011; BÁRSONY NÉ KIS ÉS MTSAI, 2014). Ugyanakkor éppen a hátrányos helyzetű térségekben, Észak-Magyarország és az Észak-Alföld régióban jóval magasabb a vegyes praxisok aránya (egyharmadnyi) az átlagnál (KSH TÁJÉKOZTATÁSI ADATBÁZIS, 2014). A szakellátó szakorvosokat tekintve az ellátottság szempontjából legkedvezőtlenebb a helyzet Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon, míg a többi régióval összevetve Közép-Magyarország az, amely szinte valamennyi érintett szakterület vonatkozásában az egy szakorvosra jutó legalacsonyabb átlagos gyermeklétszámot mutatja. (EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL, 2015; KSH TÁJÉKOZTATÁSI ADATBÁZIS, 2015)

A család- és gyermekjóléti szolgáltatások terén hozzáférési, kapacitásbeli és hatékonysági problémák azonosíthatóak. A gyermekek napközbeni ellátása, bár az utóbbi időben javult, még mindig elmarad az uniós átlagtól. A bölcsődés korúaknak biztosított férőhelyek száma csaknem megkétszereződött, a 2008-as 7%-ról 2014-re 14,2%-ra nőtt, ez azonban még mindig elmarad az Európai Tanács által kívánatosnak tartott 33%-os aránytól (SZILAS, 2015). Az intézményi ellátottság regionális különbségeit tekintve, Észak-Magyarország és Dél-Dunántúlon a legkevésbé biztosított a bölcsődei ellátás (7,3% és 8,9%) (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2015; KSH TÁJÉKOZTATÁSI ADATBÁZIS, 2015). Az óvodákban évről-évre nő a sajátos nevelési igényű gyerekek létszáma, többségük (81%) integrált nevelésben részesül. Ugyanakkor 2014-ben 41% volt az újonnan sajátos nevelési igényűvé nyilvánított gyermek, a leghátrányosabb helyzetű két régióban, Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön pedig a gyermekek feléről csak az iskolába lépéskor derült ki a fejlődésükben megmutatkozó eltérés vagy zavar. Ugyancsak ez a két régió, ahol az átlagosnál (0,63%) jóval kisebb a 0-5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya (0,25 és 0,3%), (KIR-STAT 2014). Nagy valószínűséggel a hátrányos helyzetből fakadó, kumulálódó akadályozó tényezők (kedvezőtlen szocioökonómiai háttér, a közlekedési nehézségek, az alapellátáshoz és a speciális ellátáshoz való hozzáférés nehézségei vagy akár a probléma felismerésében való járatlanság) mind növelik annak esélyét, hogy ezekről a területekről kevésbé kerülnek be a rászoruló gyerekek az ellátórendszerbe.

3. TÁVLATOK, FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEK

3.1. Nemzetközi trendek

Az elmúlt években a kora gyermekkort tekintve a családközpontú szolgáltatások szerepe felértékelődött, a gyermek mellett a család, annak szűkebb illetve tágabb környezete is a szolgáltatások fókuszába került (TURNBULL, TURBIVILLE ÉS TURNBULL, 2000; BERNHEIMER ÉS WEISNER, 2007; COULTHARD, 2009). A szétterjedt szolgáltatásoktól elmozdulás történt a családoknak nyújtott holisztikus megközelítésű egységes integrált szolgáltatások felé (GURALNICK, 2008). A szolgáltatásnyújtásnál általánossá vált az a felismerés, hogy minden család egyedi, a gyermek életében az állandóságot jelenti, és a családtagok a legjobb szakértői annak, hogy felismerjék a gyermek szükségleteit, támogassák fejlődését, képességei kibontakoztatását, életminőségének növelését (LARKIN ÉS MOORE, 2005; BRUDER, 2010). Ehhez kapcsolódóan a legfontosabb stratégiai elv a szülők és szakemberek közötti együttműködés, a családközpontú gyakorlat és a magas minőségű technikai támogatás annak érdekében, hogy a családok a gyermekük számára annak fejlődését, tanulását elősegítő élményeket, megfelelő ingerekkel teli környezetet tudjanak biztosítani (MOORE, 2011, 2012).

A kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer működésének hatékonyságát jelentősen befolyásolja, ha a témában érintett, egymástól függetlenül működő ágazatok közösen meghatározzák a legfontosabb fókuszpontokat, az elérendő célokat, és ezek elérése érdekében összehangolt intézkedéseket hoznak. A nemzetközi tapasztalatok szerint a *koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált* kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásnyújtás sikeres és hatékony ellátást eredményez, ám jellemzően ezek a kezdeményezések inkább a helyi programok szintjén valósulnak meg, és nem rendszerszintű szervezethez jellemző rájuk (MOORE, 2011; KPMG, 2014). Működésüket erőteljesen befolyásolja az a felismerés, hogy a gyermekekre és családokra irányuló beavatkozások nem különíthetők el egyes ágazatok szerint. Egyetértés mutatkozik meg abban, hogy a multiszektoriális megközelítéstől az *interszektoriális* (ágazatok közötti) megközelítés irányába történő elmozdulás integráltabb szolgáltatásnyújtást eredményez, amely jobban biztosítja a gyermekek számára, hogy egyenlő eséllyel elérjék egyéni fejlődésük potenciáljának maximumát (ENGLE ÉS MTSAI, 2011; NEUMAN ÉS DEVERCELLI, 2013; KPMG, 2014; WOODHEAD ÉS MTSAI, 2014). Jellemzően a hatékony koordináció kiterjed a növekvő fontosságú nem állami szereplőkre is, így a profitorientált magánintézményekre, non-profit szervezetekre, közösségi alapú szolgáltatókra. Az integrációval kapcsolatos aggodalmak gyakran csak az állami szektorra vonatkoznak, és kevésbé irányulnak a nem állami szereplőkre, miközben azok sokszor működnek hatékony irányítási rendszerek nélkül, sokszor gyengén szabályozottak, és országonként nagyon változó mértékben integráltak (WOODHEAD ÉS STREULI, 2013).

Az integrált kora gyermekkori fejlődést támogató rendszerek inkluzívak, a méltányosságot szem előtt tartva különösen figyelnek a marginális helyzetben lévő, hátrányos helyzetű, eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekekre. *A rendszer biztosítja a folyamatosságot az életkori szakaszok között és az egyenletes átmenetet a különböző*

életszakaszokhoz kapcsolódó szolgáltatások vonatkozásában. A *kapacitásépítés prioritás*, a szakértők képzése elsődleges fontosságú, ahol fontos a kora gyermekkori fejlődésre vonatkozó közös szemlélet megtartása (WOODHEAD ÉS MTSAI, 2014).

A rendszerben jelenlévő eltérő működési logikák a különböző diszciplínákat összekapcsoló, integrált teamszemlélet megvalósulását igénylik. A multidiszciplináris team megközelítést, ahol a szakemberek közös cél érdekében, de egymástól függetlenül végzik a munkájukat, egyre inkább felváltja az interdiszciplináris, illetve a transzdiszciplináris team szemlélet (CARPENTER 2000; RAPPORT, MCWILLIAM ÉS SMITH 2004; MOORE 2004; DRENNAN, WAGNER ÉS ROSENBAUM, 2005). Ennek keretében a szolgáltatások koordinációja és a szakemberek intenzív együttgondolkodása, a más szakemberekkel való tudásmegosztás és az összehangolt team munka segíti a minél hatékonyabb együttműködést, ahol pontosan tisztázott, mely szolgáltatónak mely pontokon milyen szerepe, feladata, kötelezettsége van (KPMG, 2014). Ennek a szemléletmódnak egy specifikus változata a *kulcsszemély modell*, amelyben egy koordináló szerepben lévő szakember kapcsolja össze a családot a szolgáltatói rendszerrel. A kulcsszemély „egykapus”, rendszeres és kiszámítható kapcsolatot jelent a gyermek és családja számára, együttműködik a különböző szolgáltatások szakembereivel, biztosítja a különböző intézmények és szakemberek által nyújtott szolgáltatásokhoz való hozzáférés koordinálását. Feladata, hogy a szülőket képessé tegye (empowerment) saját erőforrásaik mozgósítására azáltal, hogy egyéni szükségleteiknek megfelelően támogatást, erőforrásokat, általános és speciális információkat, érzelmi támaszt nyújt nekik. Segíti a szülőket az eredmények, kimenetek és a szükséges megbeszélések céljának és eredményének megértésében. Abban is segíti a családot, hogy a gyermekről való megfelelő gondoskodáshoz szükséges képességeket és ismereteket megszerezze, bővítse. Fontos feladata, hogy szükség esetén képviselje a speciális ellátást igénylő gyermekek és családjaik érdekeit a helyi közösség különböző fórumain, ezzel a családok támogatásán túl ahhoz is hozzájárul, hogy a helyi közösség nem érintett tagjai is megismerjék a családok gondjait, problémáit (DRENNAN, WAGNER ÉS ROSENBAUM, 2005; EARLY SUPPORT, 2012; KENNEDY ÉS MTSAI, 2013).

3.2. Hazai kezdeményezések

A nemzetközi folyamatok nyomán követésével, nemzetközi modellek adaptálható elemeinek beépítésével, korábbi hazai kutatások, fejlesztések eredményeinek, tapasztalatainak figyelembevételével került kifejlesztésre és kipróbálásra 2014-2015-ben a TÁMOP 3.1.1 XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) kiemelt projekt *Kora gyermekkori ellátórendszer támogatása* alprojektje keretében az *optimális kliensút modell* (KEREKI ÉS MTSAI, 2015). Az optimális kliensút modell elsődleges célja az interszektoriális együttműködések kialakítása, hatékonyabbá tétele, a szakemberek kompetenciáinak bővítése, valamint a gyermekek és családok minél korábbi ellátásba kerülésének támogatása. A kialakításnál adottságként kezelte a jelenlegi szolgáltatórendszer és szabályozási környezetet, figyelembe vette a napi gyakorlatot, a rendelkezésre álló forrásokat, a munkaerő-kapacitást. A kliensút/gyermekút lerövidítését, a minél

korábbi ellátásba kerülést a különböző ágazati szereplők – elsősorban az egészségügy és a köznevelés – továbbküldési útjainak összekapcsolásával, az átjárhatóság biztosításával, az együttműködések szorosabbra vonásával kívánja elérni. A modell kialakításának keretében 27 jogosultsági csoport esetében a kora gyermekkori intervenció három elkülöníthető szakaszában, azaz a szűrés, felismerés, az állapotmegismerés, diagnosztika és a terápiás, fejlesztő eljárások, juttatások dimenziói mentén leírásra került, hogy mely szereplőnek, milyen esetben, mi a teendője, és hová kell továbbküldenie az érintett gyermeket és családját, illetve kinek kell jelzést tennie.⁸ A modellben egy kulcsszemély, adott esetben a védőnő az, aki a gyermek útját nyomon követi, és az ellátókkal, szolgáltatókkal – illetve a kijelölt kontaktszemélyekkel – kapcsolatot tart. A modell egy pilot keretében került kipróbálásra egy megye két nagyvárosában,⁹ ahol a különböző szakterületekről érkező szereplők vegyes képzések keretében sajátították el a rendszerismeretet, a továbbküldési, jelzési utakat. Minden kulcsszemély és az ellátó intézmények kijelölt *kontaktszemélyei* birtokába jutottak az összes megyei ellátó intézmény címlistájának, azok kontaktszemélyeinek elérhetőségével, így mindenkinek rendelkezésére állt a saját *kommunikációs hálója*. A kliensút modellben az érintett gyermekek ellátásának nyomon követését a védőnő az általa és a többi, ellátásban résztvevő szakember által vezetett közös dokumentum, az ún. *Ellátási lap* segítségével végezte, amely a szülő birtokában lévő Gyermek egészségügyi kiskönyvhöz csatolva, az érintett ellátóktól bejövő legfontosabb információkat tartalmazta. A hatékonyabb működéshez természetesen elengedhetetlen az elektronikus formában történő dokumentáció, amely optimális esetben a különböző ágazatok informatikai rendszereinek összekapcsolását, ideális esetben pedig egy *egységes, integrált informatikai rendszernek* a kialakítását igényelné.

A pilot tapasztalatai azt mutatják, hogy az egészségügyi ellátásból több gyermek érkezett a pedagógiai szakszolgálatok diagnosztikus csoportjaihoz, mint a megelőző időszakokban. A szakemberek jobban átlátták az egész ellátórendszer működését, más szakterületekről való tudásuk teljesebb lett, szorosabban működtek együtt más ágazatok szakembereivel, különösen az egészségügyi alapellátás kulcsszereplőjével, a védőnővel való kapcsolattartás erősödött meg (KEREKI, 2015b). Ahhoz azonban, hogy ez a működés túllépjen a helyi program szintjén, a szabályozás összehangolására, megfelelő eljárásrendek, protokollok kialakítására, a szakemberek kompetenciájának, ismereteinek szélesítésére, az együttműködések folyamatos facilitálására van szükség. Hozadéka volt még a modell programnak néhány javaslat beépülése a hazai jogszabályokba, például a 18 hónap alatti gyerekek esetében kibővült azoknak a szakellátó szakorvosoknak a köre, akiknek diagnosztikai véleménye alapján a szakértői bizottság külön vizsgálata nélkül (a kiállított szakértői véleménnyel) megkezdhető a korai fejlesztés.¹⁰

Egy másik modell az egészségügyben lezajlott TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori (0-7 év) program projekt által került kifejlesztésre, szintén nemzetközi modellek adaptálható

⁸ A különböző jogosultságscsoportok esetében a felismerést a probléma, eltérés, fogyatékoság részletes leírása segíti, amely a tüneti kép felől közelít, szemléletében a multikauzális megközelítés érvényesül.

⁹ Békés megyében, Békéscsaba és Gyula korai ellátásban résztvevő intézményeinek illetve azok szakembereinek bevonásával zajlott a projekt.

¹⁰ A jogszabálmódosítás 2017. március 1-én lépett érvénybe, lásd 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4.§, 2a.

elemeinek beépítésével, valamint hazai tapasztalatokra építve, ám pilot keretében történő kipróbálása nem történt meg, ezt az ágazatközi projekt vállalta magára. A modellben a gyermek, illetve a család útja már a pre- illetve perikoncepcionális szakasztól kezdődik, ahol a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészítéshez az érintettek elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben, a koordinatív szerepet ellátó Család-
védelmi és Családtervezési Szolgálattól kapnak támogatást. A várandóssági és a perinatális szakaszban, valamint az újszülött hazakerülése után a nyugat-európai mintára új rendszer-
elemként megjelenő Koordinációs Csoport válik érintetté a koordinációban, ez a csoport állítja össze a diagnosztikus csapatot, végzi a folyamatdiagnosztikát, szervezi a szükséglet-
alapú ellátást. Működésében a gyermek körül kialakított interdiszciplináris teammunka fontossága hangsúlyos. A Koordinációs Csoport folyamatos kapcsolatot tart az egészségügyi alap- és szakellátással, a köznevelési intézményrendszer diagnosztikus és fejlesztő, terápiás ellátást végző intézményeivel, a pedagógiai szakszolgálatokkal, az ellátórendszerbe integrált magánellátókkal, valamint a szociális/gyermekevédelmi intéz-
ményekkel, akikkel együttműködik a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében (KEREKI ÉS MTSAI, 2014). Jelenleg az elem rendszerbe való beemelésének egyik legfontosabb akadályát a megfelelő számú és megfelelő képzettségű szakemberek hiánya jelenti.

3.3. A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

A rendszer működésében rejlő hiányosságok, problématerületek azonosítása, az ismertett optimális kliensút modell és a pilot tapasztalatai, a kipróbáláshoz kapcsolódó vizsgálat eredményei, valamint a TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkor (0-7 év) program projekt tapasztalatai komoly alapot szolgáltatnak a 2017 februárban induló, négy évig tartó *EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* című projekthez, amely ágazatközi konzorciumi együttműködésben valósul meg.¹¹

3.3.1. Az ágazatközi projekt célja

A komplex ágazatközi fejlesztés célja az iskoláskor előtti gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátásához, a szükségletekhez igazodó szolgáltatásokhoz való hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű csoportokra. A kiemelt projekt azoknak a problémáknak enyhítésére, megszüntetésére törekszik, amelyek a jelenlegi intézményrendszer hiányosságaiból, működési jellegzetességeiből fakadnak, illetve olyan újszerű, kísérleti jellegű fejlesztéseket tervez, melyek javítják a jelenlegi szolgáltatások minőségét. A projekt feladata a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek támogatása képzettségük, eszközellátottságuk és alkalmazott módszertanuk fejlesztésével, megújításával. A

¹¹ A konzorcium vezetője a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság háttérintézménye, a Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft, az egészségügyi ágazatot az Országos Közegészségügyi Intézet, a szociális területet a Szociális- és Gyermekvédelmi Főigazgatóság és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, a köznevelés területét pedig a Klebelsberg Központ, illetve további belépő partnerként az Oktatási Hivatal képviseli.

konstrukció középpontjában, mint közvetlen célcsoport, a kora gyermekkori intervencióban résztvevő szakemberek, illetve a gyermekek (leendő) szülei állnak. Közvetetten az iskoláskor előtti gyerekekre és szüleikre irányul a projekt, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra. Fontos szempont a fenntarthatóság biztosítása a megfelelő jogszabályi háttér kiépítésével, valamint a fejlesztés hosszútávú kimeneteinek mérése, amelynek érdekében a projekt keretében hatásvizsgálat zajlik.

3.3.2. A projekt által elérni kívánt részcélok

Gyermekút kialakítása módszertani támogatással

Az intézményrendszer hatékonyabb működéséhez kialakításra kerül egy egyértelműen követhető, szabályozott gyermekút (az optimális kliensút modell továbbfejlesztésével) és az ehhez szükséges szakmai háttér, közös irányelvek, protokollok kidolgozása, a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése, korszerű, adaptált szűrési módszerek, vizsgáló eljárások bevezetése. (Ehhez kapcsolódóan a gyenge lábakon álló eszköz-ellátottságot is igyekszik kompenzálni a projekt, elsősorban diagnosztikai eszközök beszerzésével.) Olyan gyakorlatközpontú módszertani kézikönyvek kerülnek kidolgozásra, amelyek a kora gyermekkori intervenció három nagy szakaszához kapcsolhatóak. Így a felismerés szintjét segítik majd elsősorban az alapellátásban dolgozó szakemberek számára a gyermeki fejlődésről, az eltérő fejlődés gyanújeleiről, valamint a tipikus nevelési problémákról és azoknak megoldásáról való ismeretek összefoglalása. Elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok szakembereit célozza meg a fejlődési zavarok korai szűrésének, azonosításának, állapotmegismerésének, diagnosztikájának módszertana, illetve a korai komplex családközpontú tanácsadás, korai fejlesztés, gondozás, terápiás ellátás témaköréhez készülő kézikönyv.

Az iskoláskor előtti gyermekek egészségügyi alapellátásában, szakellátásában résztvevő szakemberek, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szakemberek, a köznevelés releváns szereplői, a kora gyermekkori intervenció egyéb résztvevői, a családokat támogató állami, önkormányzati intézmények, hálózatok, illetve civil szervezetek közötti együttműködés erősítése, a kompetenciák és feladatok lehatárolása, a köztük lévő kommunikáció támogatása fontos alapelv. A feladatok lehatárolása természetesen érinti a jogszabályok, a szakmai irányelvek és a dokumentációs rendszer felülvizsgálatát is. Az interdiszciplináris team működés módszertanának kidolgozása, az ellátási utak lépésről-lépésre történő pontos leírása a felismeréstől segíti majd a különböző ellátókat a továbbküldési, jelzési utak azonosításában. A különböző ágazatok informatikai szakrendszereit összekapcsoló informatikai háttér kiépítéséhez megtörténik a különböző szakterületek számára szükséges adattartalmak lehatárolása és a jogosultsági szintek meghatározása.

Szakemberek kompetenciáinak növelése, egységes szemlélet kialakítása

A gyermeki fejlődésről, a fejlődési eltérésekről, illetve az ellátórendszer működéséről, az egységes gyermekútról való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek kompetenciáinak növelését, egységes szemléletük formálását igényli. Ennek jegyében a projekt módszertani fejlesztéseinek java része komplex képzésekre csatornázódik be, és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek részére vegyes kiscsoportokban kerül oktatásra, kiaknázva az ily módon történő tudásátadás szemléletformáló erejét. Emellett témaspecifikus képzések keretében ismerkednek meg a szakemberek például a fejlesztésre kerülő szűrő- és vizsgálóeljárásokkal, a korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció témájával, vagy az Early Start Denver Model-lel. Célcsoport-specifikus képzésben vesznek részt például a kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok az iskoláskor előtti sérült, eltérő fejlődésmenetű gyermekek befogadásának támogatása témakörben, vagy a felsőfokú szakképzettséggel nem rendelkező szakemberek tudásuk megújítása érdekében. A projekt keretében 10 ezer szakember képzése zajlik majd, jórészt kiscsoportos foglalkozás keretében, másrészt távoktatás formájában. A szemléltetést és az információk vizuális úton való továbbítását segíti a projekt keretében készülő 100 rövidfilm.

Fontos szempont a képzési tartalmak graduális képzésben való megjelenése is. Ennek érdekében a felsőoktatási képző intézmények rendszeresen összehívott műhelyei a különböző szakterületeken folyó képzések közös képzési kimeneteit, tartalmait és a projekt eredményeinek a graduális képzésbe való becsatornázását hivatottak elősegíteni. Mind a pedagógusképzés, mind a bölcsészettudományi és társadalomtudományi képző helyek részt vesznek ebben a folyamatban.

A családokkal való partneri együttműködés kialakítása

A projekt fontos feladatnak tartja a korai ellátásban részt vevő szakemberek mellett az iskoláskor előtti gyermekek szüleinek edukálását, a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve gyermekneveléssel kapcsolatos ismeretek bővítését, a megfelelő szülői kompetencia, tudatosság és felelősségérzet erősítését. A kora gyermekkori intervenció egyik sarkalatos pontja a szolgáltatásokhoz való mielőbbi hozzáférés. Ezért lényeges a szülők számára az ellátórendszer, a gyermekút megismerése, az ellátórendszerhez kapcsolódó tudás bővítése. Fontos szempont az is, hogy nemcsak a szakembereknek szükséges egy egységes tudás megszerzése, a szülőknek ugyanezt a tudást a megfelelő „szülői nyelven” át kell adni ahhoz, hogy a szakemberek és szülők között a közös tudásalapú együttműködés kialakulhasson. Az ismeretek átadása érdekében tájékoztató anyagok készülnek a családok részére, amelyek a korai felismerésről, az ellátórendszer működéséről, a követendő gyermekútról, a megállapított diagnózishoz kapcsolódó egyéb lényeges körülményekről – többek között a vonatkozó hatályos jogi szabályozásról, pénzügyi támogatásokról –, illetve a területen működő szakmai és érdekvédelmi szervezetek tevékenységéről és elérhetőségeiről informálják a szülőt. Honlap segíti az elektronikus információátadást, interaktív módon mutatva be a különböző jogosultsági csoportok esetében a követendő ellátási utat. Workshop-ok, előadások, tréningek segítségével a

gyermek fejlődésével, fejlesztésével, a probléma felismerésével, a kora gyermekkori intervenció rendszerével, továbblépési lehetőségekkel kapcsolatos információk átadása történik meg. A mentálhigiénés támogatás keretében új módszertani megközelítésben szülői esetmegbeszélő csoportok, illetve a kompetencia szélesítése érdekében szülőképző csoportok indulnak.

Ugyanakkor a szülők képzése indirekt módon, a szakembereken keresztül is megvalósul, hiszen a gyermek fejlődésével, nevelésével, az eltérések felismerésével, az ellátórendszer működésével kapcsolatos legkorszerűbb információk átadásával az ellátásban résztvevő szakemberek az érintett témákkal kapcsolatban felmerülő kérdésekben kompetens szakértőként tudják segíteni a szülőket. A szülői tudatosság és kompetencia növekedése, illetve a szakemberek munkájának hatékonysága révén a biológiai vagy pszichoszociális okok miatt fejlődési rizikóval élő, az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató, pszichésen sérülékeny gyermekeket a szakemberek időben felismerik, így a rászoruló gyermekek – különös figyelemmel a hátrányos helyzetben élőkre is – hamarabb jutnak megfelelő ellátáshoz.

A gyermekekkel foglalkozó szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása

A hozzáférésbeli egyenlőtlenségekre tekintettel a projekt kiemelten kezeli az iskoláskor előtti gyermekek és családjaik szolgáltatáshoz való hozzáféréseinek támogatását. Ennek érdekében szorgalmazza elsősorban a kedvezményezett és átmenetileg kedvezményezett (korábban hátrányos helyzetű) településeken élőkhöz a szolgáltatások helybe való eljuttatásának elősegítését. Fókuszban áll a szolgáltatáshiányos területeken mozgó szakszolgálati hálózatfejlesztés témája, a komplex szolgáltatásnyújtás lehetőségeinek kidolgozása, valamint az érintett területek ellátására ösztönző rendszer (például ösztöndíjak) kidolgozása és működtetése a szakemberek számára.

Az ellátáshoz való hozzájutást támogatja egy olyan ágazatközi, központi kiszolgáló informatikai háttér kialakítása, amelyen keresztül az intézményi adatáramlásba bevonni kívánt IT szakrendszerek úgy tudnak kommunikálni egymással, hogy továbbra is önállóan működőképesek maradjanak. Megtörténik a koragyermekkori információáramláshoz szükséges adatkörök figyelembevételével az ágazatok informatikai rendszereinek egyenkénti felülvizsgálata, továbbfejlesztése, az ágazatközi kommunikációs szolgáltatásokhoz való illesztése. Az ágazatok közötti kommunikációs kapcsolat megteremtése segítségével javul és felgyorsul a különböző ágazati szakrendszerek közötti az információáramlás, mely segíti az köznevelési, szociális és egészségügyi ágazatok szakembereinek munkáját, így hozzájárulva a gyermek fejlődésének, ellátásának nyomon követéséhez.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

A hazai kora gyermekkori intervenciós ellátórendszer korszerűsítéséhez, hatékonyabb működéséhez, az érintett gyermekek és családjaik szükségleteihez jobban illeszkedő ellátási gyakorlatának kialakításához a rendszer ismeretén túl fontos azoknak a problématerületeknek az azonosítása, amelyek támpontul szolgálhatnak a stratégiai szintű elképzelések körvonalazásához, valamint a fejlesztési irányok kijelöléséhez. A rendszerfejlesztési törekvések megvalósításához megkerülhetetlen a nemzetközi trendek, tapasztalatok ismerete, ezek alapján a beépíthető, adaptálható elemek azonosítása. A kora gyermekkori intervencióban a családközpontú megközelítés, a koordinált integrált szolgáltatói modell kap hangsúlyt, ahol a gyermek és család köré szerveződő interdiszciplináris szakértői team közreműködésével, a családot a felismeréstől az ellátásba kerülésig nyomon követő „kulcsszemély” segíti a hatékonyabb, eredményesebb szolgáltatásnyújtást.

Ugyancsak fontos a fejlesztés sikeressége szempontjából az evidenciákon alapuló kutatási eredmények becsatornázása, a hazai jó gyakorlatok összegyűjtése, a korábbi fejlesztési programok eredményeinek felhasználása. A legutóbbi években zajló kora gyermekkori intervenció témáját érintő projektek számára az a kedvező lehetőség adódott, hogy egymásra tudták építeni a megvalósításra váró elképzeléseiket, a különböző ágazatokban zajló projektek összehangolása megtörtént, egy tudatosan felépített fejlesztési ívvé álltak össze az eredmények, amely a jelenleg zajló *Kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben teljesedik ki. Segíti a folyamatot, hogy a szakpolitikai és a fejlesztéspolitikai törekvések összeértek, egyre erősebb a kapcsolódás, amely a fejlesztési eredmények implementációját támogatja.

Lényeges annak hangsúlyozása, hogy egy hatékonyabban működő rendszer kialakításához elengedhetetlen az ágazatközi interdiszciplináris együttműködések megerősítése, az információk folyamatos áramlása, az egyértelmű gyermekút működtetése, és annak megfelelő informatikai támogatása a szakrendszerek összekapcsolásával. Ennek megvalósulásához szükség van a kora gyermekkori intervenciós rendszerben dolgozó szakemberek ismereteinek bővítésére, kompetenciáinak szélesítésére, egységes szemléletük kialakítására. A szakemberek képzése mellett elengedhetetlen a szülők edukálása, az iskoláskor előtti korosztály optimális fejlődéséhez, neveléséhez szükséges szülői tájékoztatás biztosítása, a szülői felelősség tudatosítása, a szülők és szakemberek partneri kapcsolatának erősítése.

IRODALOMJEGYZÉK

BÁNFAY B. – BETLEHEM J. – DEUTSCH K. – JEGES S. – LAMPEK K. – PETÓNÉ CSIMA M. – TÁNCSCS D. (2014): *Összefoglaló tanulmány a TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-00001 „Koragyermekkori (0-7 év) program” kiemelt projektben végzett Szülők gyermekneveléssel kapcsolatos attitűdjének felmérése, a 0-7 éves korú gyermekek alapellátásával kapcsolatos elvárásainak elégedettség-felmérése, szociológiai, szociálpszichológiai típusú felmérés és elemzés vonatkozásában.*

TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

- BÁRSONYNÉ KIS K. – MASA A. – NÉMETH A. – LANTOS K. – PUKÁNSZKY J. – OBONOV BUDAI É. – TOBAK O. (2014): *Védőnők, egyes praxisú házi orvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, motiváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés követésében (szakemberi attitűdvizsgálat)*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- BERNHEIMER, L. C. – WEISNER, T. S. (2007): 'Let me just tell you what I do all day...' The family story at the center of intervention research and practice. *Infants and Young Children*, 20 (3), 192–201.
- BÍRÓ L. – NAGY E. – SZIGETI SZ. (2015): *Szülői attitűdvizsgálat pilot országos kiterjesztése*. Zárótanulmány. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- BRUDER, M. B. (2010): Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Exceptional Children*, 76, 3, 339–355.
- CARPENTER (2000): Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. *British Journal of Special Education*, 27, No. 3 135–144.
- COULTHARD, N. (2009): *Service Trends and Practitioner Competencies in Early Childhood Intervention: A review of the literature*. Victorian Chapter of Early Childhood Intervention Australia (ECIA). <https://goo.gl/2XRYdH> (Letöltés dátuma: 2017.04.15.)
- DRENNAN, A. – WAGNER, T. – ROSENBAUM, P. (2005): *The 'Key Worker' Model of Service Delivery. Keeping Current #1-2005*. CanChild Centre for Disability Research, Hamilton, Ontario. <https://goo.gl/jDffVm> (Letöltés dátuma: 2016. 04. 10.)
- ENGLE, P. L. – GRANTHAM-MCGREGOR, S. – BLACK, M., WALKER, S. – WACHS, T. (2007): How to avoid the loss of potential in 7 over 200 million young children in the developing world. *Child Health and Education* (1, 2), 68–87.
- GURALNICK, M. J. (2008): International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30 (1), 90–101.
- HERCZOG M. (2008): A koragyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas K. – Köllő J. – Varga J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest. 33–52.
- KÁDÁR F. – PAKSY L. – KÁLMÁN M. – PÓTA GY. – DOLOWSCHIAK A. (2010): Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? *Hírvivő*, XV, 4, 2–4.
- KÁDÁR F. – KÁLMÁN M. – PAKSY L. – PAKSY A. (2011): Gyermekorvosok és házi orvosok gyermek-
alapellátásának összehasonlítása. *Hírvivő*, XVI, 11, 6–9.
- KEREKI J. – LANNERT J. (írta és szerk.) (2009) A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK, Budapest. <https://goo.gl/MXvUAI> (Letöltés dátuma: 2016. 07. 11.)
- KEREKI J. (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárójelentés. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. <https://goo.gl/bHyBjV> (Letöltés dátuma: 2016. 07. 11.)
- KEREKI J. (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, XLI. évf., 1., 23–38.
- KEREKI J. – BOGÁR P. – CZAP Z. (2013): *Országos védőnői informatikai felmérés. A védőnők ellátottsága informatikai eszközökkel*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- KEREKI J. ÉS MTSAI (2014): *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

- KEREKI J. (2015a): *Kutatás-fejlesztési program megvalósítása a kora gyermekkori ellátórendszer, valamint a köznevelés rendszerében biztosított kora gyermekkori ellátás optimális kliensút modelljének kifejlesztésére*. AITA 2014 konzorcium – Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- KEREKI J. (2015b): *Utak és lehetőségek. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- KEREKI J. – ALTORJAI P. – FUTÓ G. – KARDOS R. – SZEGEDI T. – SZVATKÓ A. (2015): *Kliensút Kalauz*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- KENNEDY, A. – MCLOUGHLIN, J. – MOORE, T. – GAVIDIA-PAYNE, S. – FORSTER, J. – MOORE, T. G. (2010): *DEECD Early Childhood Intervention Reform Project Revised literature review*. Prepared by: Centre for Community Child Health; Murdoch Childrens Research Institute; The Royal Children's Hospital, Melbourne.
- KÓSA ZS. – GYULAI A. – JÁVORNÉ ERDEI R. – NAGY J.-NÉ – RÁKÓCZI I. – SÁRVÁRY A. – SÁRVÁRY A. – TAKÁCS P. – VINCZE F. (2014): *Védőnői és házi gyermekorvos/vegyes praxisi háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérés vizsgálat*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- KPMG (2014): *Early childhood intervention – an overview of best practice*. KPMG International Cooperative. <https://goo.gl/vjZ1tQ> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 05.)
- LARKIN, H. – MOORE, T. (2005): „More than my child's disability...” *A comprehensive literature review about family-centred practice and family experiences of early childhood intervention services*. SCOPE Ltd, Glenroy, Victoria. <https://goo.gl/qHgEjX> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 11.)
- MKIK GVI (2012): *Adatnyilvántartás, adatáramlás és adat-összekapcsolási lehetőségek a kora gyermekkori intervenció területén*. MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet, Budapest.
- MOORE, T. G. (2004): *Blazing new trails: Finding the most direct routes in early childhood intervention*. In: Proceedings of the Sixth Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, 25–27 July 2004, Melbourne, Victoria. <https://goo.gl/uK4cZC> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 27.)
- MOORE, T. G. (2011): *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review December 2010*. Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development, Melbourne.
- MOORE, T. G. (2012): *Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice*. Pauline McGregor Memorial Address presented at the 10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia, 9th August. <https://goo.gl/zlRS3j> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 27.)
- NEUMAN, M. J. – DEVERCELLI, A. E. (2013): *What Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper*. Systems Approach for Better Education Results (SABER) working paper series; no. 5. World Bank, Washington, DC. © World Bank.
- ODOR A. (2008): *Koragyermekkori Program (0–7 évesek állapotszűrése) tájékoztatás a területi védőnői feltételek felmérésének eredményeiről*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- RAPPORT, M. J. – MCWILLIAM, R. A. – SMITH, B. J. (2004): Practices Across Disciplines in Early Intervention. The Research Base. *Infants and Young Children*, 17, 1, 32–44.
- RÓSA Á. – MOLNÁRNÉ TÓTH M. – HUSZÁR A. – TIGYINÉ PUSZTAFALVI H. – CSABÁNÉ LÉNÁRT B. (2013): *Ellátási szükségletek a prekoncepcionális életkortól az is-koláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

- SZ.N. (2011): *Semmelweis terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország.* Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.
- SHONKOFF, J. P. – PHILLIPS D. A. (2000): *From neurons to neighbourhood. The science of early childhood development.* National Academy Press, Washington.
- SZ.N. (2012): *Early Support. Key working: improving outcomes for all: Evidence, provision, systems and structures. Council for Disabled Children.* <https://goo.gl/5XYZBL> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 10.)
- SZ.N. (2013): „Vasgyűrű” gyermekegészségügyi program, 60 lépés gyermekeink egészségéért 2013–2016. Kézirat. Budapest.
- SZILAS I. (2015): Sikeres-e a magyar családpolitika? *Péztügyi Szemle Online*, 2015. május 19. <https://goo.gl/qolChY> (Letöltés dátuma: 2017. 04. 25.)
- TURNBULL, A. P. – TURBIVILLE, V. – TURNBULL, H. R. (2000): Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In: J. P. Shonkoff – S. J. Meisels (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention.* Cambridge University Press, Cambridge, Massachusetts, 630-650.
- WOODHEAD, M. – STREULI, N. (2013): Early Education for All: Is there a role for the private sector? In: Britto, P. R., – Engle, P. L. és Super, C. M. (eds.): *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy.* Oxford University Press, Oxford.
- WOODHEAD, M. – FEATHERSONE, I. – BOLTON, L. – ROBERTSON, P. (2014): *Early Childhood Development: Delivering Intersectoral Policies, Programmes and Services in Lowresource Settings. Topic guide, November (2014).* Health & Education Advice & Resource Team (HEART), Oxford.

Jogszabályok, adatforrások

- 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.
- 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről.
- A Kormány 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozata az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről.
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, 2015.
- KIR- STAT, 2014, 2016.
- Központi Statisztikai Hivatal (2015): Szociális Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH Tájékoztatási adatbázis, 2015.
- Országos Alapellátási Intézet adatbázisa, 2016.

A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek felnőttiségről alkotott képe

MAKRAI KATA

makrai.kata1@gmail.com

Absztrakt

Napjainkban sokat vitatott, évek óta felszínen levő kérdés a felnőtt fogyatékos személyek ellátásának kérdése, elsősorban a „tömegintézmények” bezárása, és az integrált élet biztosítása kapcsán. Ugyanakkor ennél sokkal kevesebben foglalkoznak az érintett személyek véleményével, felnőttiségükről, felnőtt létről és ennek attribútumairól való elképzelésükkel. A tanulmányban ismertetett kutatás célja, hogy szűk kutatási minta révén, az érintettekkel készített interjúk tanulságait alapul véve vázolja a középsúlyosan értelmi fogyatékos és az ép fejlődésű személyek felnőttképének jellemzőit, ezek különbségeit, és a megkérdozettek saját magukról alkotott nézeteit, ezáltal rámutatva arra, hogy szükségese-e, illetve, ha igen, milyen jellegű változtatások nélkülözhetetlenek a hazai gyógypedagógiai ellátórendszerben ahhoz, hogy a normalizációs elv valóban érvényre jusson.

Kulcsszavak: középsúlyosan értelmi fogyatékos személy, felnőttkép, normalizációs elv, gyógypedagógiai ellátórendszer, felnőtt ellátás

1. BEVEZETÉS

Napjainkban a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyekkel való bármilyen jellegű foglalkozás alapjának a normalizációs elvet tekintjük, mely fogalom bár Niels Eric Bank-Mikkelsen munkássága nyomán alakult ki, elvvé válása Bengt Nirjének és Wolf Wolfensbergnek köszönhető. Ők a fogyatékos emberekkel való bánásmód normalizációját tekintették kulcsfontosságúnak, és hangsúlyozták az ép és fogyatékos személyek életfeltételeinek egymáshoz való közelítését (LÁNYINÉ 2009). A fent említettek értelmében felmerült az az igény, hogy mind a családban, mind az intézményi keretek közt élő középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek számára biztosítsuk a „normál” felnőttiség megtapasztalását. Ezt célozzák az önrendelkezést, önérvényesítést, támogatott döntéshozatalt szorgalmazó mozgalmak (GRAF–JAKSA 2011, GOMBOS–HOFFMAN–KÖNCZEI–NAGY–SZABÓ 2009; RADVÁNYI–REGÉNYI–CSORBA 2013), ez a cél a kiscsoportos lakóotthonok egyre nagyobb számban történő létrehozásával, a támogatott lakhatás lehetőségének biztosításával, a könnyen érthető nyomtatványok megjelenésével stb. Ugyanakkor felmerül a kérdés, hogy az érintettek tudják-e, milyen szándék áll e törekvések mögött, vagy csak mint oly sok esetben, passzív résztvevői az egyébként jó szándékú

folyamatoknak. Hogy erre a kérdésre megkapjam a választ, különböző életkorú, középsúlyosan értelmi fogyatékos, és velük azonos életkorú, ép értelmű személyek bevonásával készítettem egy feltáró, összehasonlító jellegű kutatást, mely célja az volt, hogy betekintést nyerjek abba, hogy a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek rendelkeznek-e kialakult felnőttképpel, és ha igen, felnőttképük mit foglal magába, és mennyire különbözik az úgynevezett „ép fejlődésű személyek” felnőttképétől.

2. A KUTATÁS MENETÉNEK BEMUTATÁSA

A kutatás módszereként a félig strukturált interjút választottam, figyelembe véve a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek írásbeli kifejezésben jelentkező nehézségeit, az interjú módszer személyességét, és így ebben az érzékeny, szubjektív témában mutatott előnyeit, valamint ezáltal kívántam biztosítani azt, hogy közvetlenül az érintettektől jussak információkhoz. Végül fontos szempont volt a módszer kiválasztásánál az is, hogy az interjú e típusa lehetőséget biztosít arra, hogy félreértések esetén rávegyem az interjúalanyt a kérdés helyes értelmezésére, továbbá, hogy a nyílt kérdések által alaposabb, mélyebb válaszokat kapjak, és hogy a válaszok alapján új szempontokat vezessek be, amennyiben ez szükséges (BARTHEL 2004).

Az interjúk vázát nyolc kérdés alkotta, melyek összeállításának módszertanát a könnyen érthető kommunikáció alapelvei (FARKASNÉ 2013) (GRUIZ 2006) határozták meg. A kérdésfeltevés után minden esetben nyolc, képpel kiegészített, szintén könnyen érthető nyelvezetet használó történetet ismerttettem a személyekkel, melyek kitalált személyek jelenlegi fiktív élethelyzetét írták le. A feladat az volt, hogy az interjúalanyok megállapítsák, hogy felnőtt személyről szól-e a megismert írás, majd válaszukat indokolják. Az eszközzel a célom az volt, hogy megtudjam, hogy akkor, amikor egy személy felnőttiségével kapcsolatban kell ítéletet alkotniuk, az interjúalanyok ragaszkodnak-e azokhoz a kritériumokhoz, melyeket a korábbi kérdések alkalmával (például: *Mitől lesz valaki felnőtt? Hány éves kortól lesz valaki felnőtt? Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt?*) megfogalmaztak. Az eszköz tartalmazott néhány olyan leírást is, melyek alapján nem volt egyértelmű, hogy az ismertetőben szereplő személy felnőtt vagy sem. E szövegek felhasználását azért tartottam lényegesnek, hogy információkat gyűjtsék arra vonatkozóan, hogy egy többértelmű jellemzés esetén a válaszadók mely jellemzők alapján döntenek, mely kritériumok élveznek számukra prioritást.

Interjúalanyaim közé tizenhat személy került be. Nyolc középsúlyosan értelmi fogyatékos és nyolc ép fejlődésű személlyel folytattam beszélgetéseket, akiket meghatározott szempontok szerint (életkor és biológiai nem) válogattam össze. Az ép fejlődésű személyek mindegyike ismeretségi körömből került ki, a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyekhez az ellátást biztosító intézményen keresztül jutottam el. Mindannyian saját beleegyezéssel vettek részt a kutatásban. A gondnokság alatt álló személyek esetében a gondnokoktól is kértem hozzájárulást. Erik H. Erikson pszichoszociális fejlődésméleteiben megfogalmazott életkori szakaszok utolsó négy típusát figyelembe véve – serdülőkor: 13-19 éves kor; fiatal felnőtt kor: 20-40 éves kor;

érett felnőtt kor vagy középső felnőtt kor: 41-60 éves korig; időskor: 60 éves kortól – négy négy fős csoportot hoztam létre. Mindegyik csoportba két eltérő nemű, ép fejlődésű és két eltérő nemű, középsúlyosan értelmi fogyatékos személy került (ERIKSON, ID. BERNÁTH-SOLYMOSSI, 1997: 31).

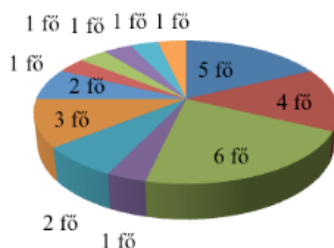
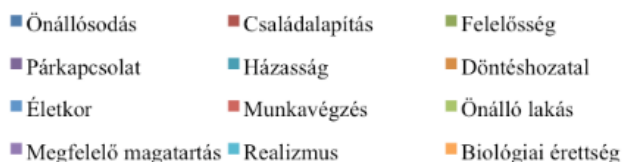
Arról, hogy a célcsoportba soroltak valóban középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek-e, szakértői véleményük alapján győződtem meg. Kiemelt figyelmet fordítottam arra, hogy a célcsoport változatos legyen a lakóhelyet biztosító személyek, intézmények terén, azért, hogy meg tudjam vizsgálni, hogy az ellátási forma hatással van-e a vizsgált jelenségre. Ezek alapján négy személy él családjával, ketten egy rehabilitációs célú kiscsoportos lakóotthon lakói, ketten pedig egy vidéki fogyatékos személyek otthonában részesülnek ellátásban. A minta összetétele tehát nem teszi lehetővé a vizsgált populáció egészére vonatkozó következtetések levonását. Az ismertetett eredmények csak a vizsgálati mintára érvényesek. Céлом ezek bemutatásával az, hogy létező mintázatokat tárjak fel, melyek későbbi kutatások kiindulópontját képezhetik.

A felvett interjúk értelmezése a HUBERMAN ÉS MILES féle esetorientált és esetközi elemzés (BABBIE 2008) segítségével történt meg. Azaz igyekeztem feltárni az összes olyan faktort, amely megjelent egy-egy személy esetében a felnőttkor, felnőttiség definíciója során, valamint elemeztem, hogy a megkérdezettek válaszaiban milyen azonosságok és különbségek mutatkoznak e faktorok terén.

3. EREDMÉNYEK

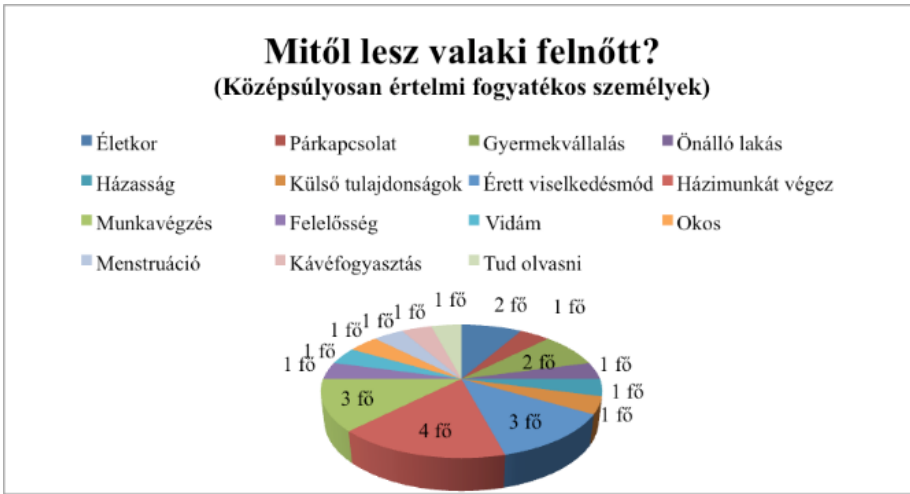
Első kérdésemmel („*Mitől lesz valaki felnőtt?*”) arra kerestem a választ, hogy milyen kritériumokhoz kötik interjúalanyaim a felnőttiséget. Ezzel kapcsolatban az ép fejlődésű felnőttek nagy többségénél – hat fő – megjelent a felelősség, felnőtt gondolkodásmód fogalma. Ezalatt a legtöbben azt értették, hogy felnőttként képesek vagyunk belátni tetteink következményét, elfogadjuk, hogy tetteink hatással vannak saját, és környezetünk életének alakulására egyaránt. A másik jellemző, mely sok válaszban előfordult – öt fő esetén – az önállóság, önállósodás volt, mely fogalom alatt legtöbben a szülőkről való leválást, anyagi függetlenedést, és önmaguk ellátását értették. Érdekes módon az önálló életvitel, lakhatás csak egy esetben jelent meg. Három fő említette a felnőttiség velejárójaként az önálló döntéshozatal lehetőségét, két fő a házasságkötést és szintén két fő fogalmazott meg életkori kritériumot.

Mitől lesz valaki felnőtt? (Ép fejlődésű személyek)



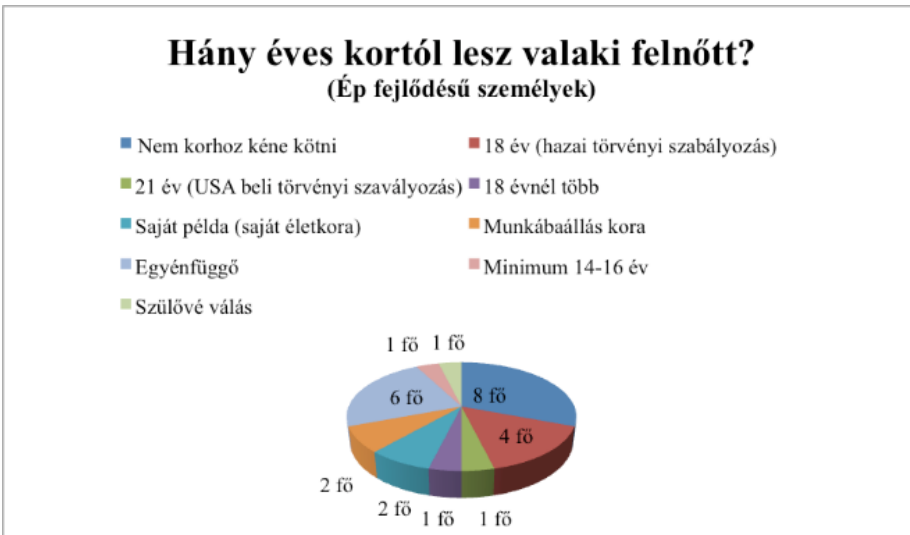
1. ábra: Az ép fejlődésű interjúalanyok „Mitől lesz valaki felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek körében nem akadt olyan jellemző, mint az ép személyek körében a felelősségtudat, melyet a válaszadók túlnyomó többsége megemlített volna, és általánosságban elmondható, hogy sokkal kevésbé egységes képet mutatnak válaszaik. A megkérdezettek fele említette a házimunkát, mint a felnőtté válás építőkövét. Ez azonban az ép interjúalanyok esetében egyszer sem jelent meg. Talán azért lehet ez így, mert számukra sokszor a házimunka jelenti az önállóság és a munkavégzés egyetlen lehetőségét, illetve előfordulhat az is, hogy míg az ép fejlődésű személyeknél a házimunkák nagy része már gyermekkorától végezendő, ők ezekkel, mint önálló feladattal csak felnőtt korban találkozhatnak. Hárman tartják fontosnak azt, hogy egy felnőtt ember dolgozzon, ezt az ép személyek közül csak egy fő említette. Hárman említették meg azt, hogy egy felnőtt személynek komolynak kell lennie, érett viselkedésmódot várnak el tőle. Ahogy azt korábban már jeleztem, az érett viselkedésmód megjelenik az ép fejlődésű személyek felnőttképeiben is, azonban más tartalommal telítődve. Ők inkább a felelősségtudat fogalmával társítják, e válaszok esetében azonban két alkalommal megfogalmazott tartalmi háttér nélkül jelent meg, és csak egy válaszadó adott olyan tartalmat neki, melyből következtethetünk a felelősségtudat fogalmára („vigyázzon a gyerekekre”). Ebben a csoportban is ketten fogalmazták meg az életkort, mint a felnőtté válás kritériumát, és míg az ép interjúalanyok fele tartotta fontosnak a gyermekvállalást, ebben a csoportban ezt csak két fő említette. Ennek okát a lehetőségek hiányában kereshetjük, ugyanis nagyon kevés az olyan intézmény, ahol a lakók gyermekvállalási igényének teret biztosítanak, valamint a legtöbb esetben a szülők is elzárkóznak ettől.



2. ábra: A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek „Mitől lesz valaki felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Második kérdésem a felnőtttség alsó életkori határára vonatkozott („Hány éves kortól lesz valaki felnőtt?”). Ép fejlődésű interjúalanyaim mindegyike úgy gondolja, hogy a felnőtttség kezdetét nem lehet korhatárhoz kötni. Hat fő szerint a felnőtté válás az egyéniségtől, illetve az egyéni élethelyzettől, élettapasztalattól függ, ketten határkőként a munkába lépést, egy személy pedig a családalapítást említi. Az ép fejlődésű személyek esetében két személy említi saját példát azt bizonyítandó, hogy az egyéni élethelyzet nagyban befolyásolja azt, hogy valaki mely életkorban válik felnőtté.



3. ábra: Az ép fejlődésű személyek „Hány éves kortól lesz valaki felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

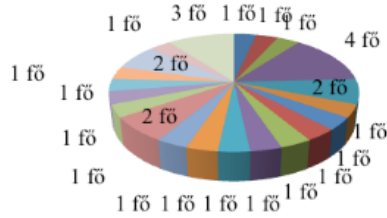
Hasonló módon felmerülnek saját példák a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek esetében is, de más konnotációban. Négyen beszélnek saját tapasztalataikról, és ebből hárman ezt arra használják, hogy a saját életkoruknál húzzák meg a felnőttiség határát, egy személy pedig az édesapja életkorát használja erre. E csoportról általánosságban elmondható, hogy az ép fejlődésű csoporttal ellentétben szigorú korhatárhoz köti a felnőttiség kezdetét, és ez a korhatár csupán két esetben a tizennyolc éves kor. Ahogy a korábbiakból látható, hárman saját életkorukat említik, egy személy az édesapja életkorát, egy személy az ötven, egy pedig a negyven éves kort. A válaszokból azonban nem derül ki, hogy miért ezen életkorokat tekintik vízválasztónak.



4. ábra: A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek „Hány éves kortól lesz valaki felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Harmadjára a felnőtt személyek belső tulajdonságaira vonatkozóan tettem fel kérdést („Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt?). Erre igen eltérő válaszokat kaptam mindkét csoportban. Az ép fejlődésű személyek csak pozitívnak mondható jellemvonásokat soroltak fel. A nyolc válaszadó összesen huszonegy jellemzőt említett, mint például céltudatosság, határozottság, következetesség, megbízhatóság, szorgalom, rugalmasság, kreativitás, kitartás. Négyen hangsúlyozták ebben az esetben is a felelősségtudat jelentőségét, ketten pedig ezzel összefüggésben a tolerancia és az empátia szükségességét. Megjelent a stresszhelyzettűrés, megfelelő reakcióképesség, érzelmi szélsőségektől való tartózkodás fontossága három válaszban is. Ez mintegy túlélési mechanizmus jelenik meg a mai világ támasztotta kihívásokkal szemben.

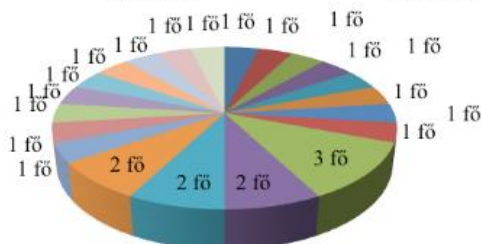
Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt? (Ép fejlődésű személyek)



5. ábra: Az ép fejlődésű személyek „Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Hasonlóan sokszínű a válaszok köre középsúlyosan értelmi fogyatékos válaszadóm esetében is. Ebben a csoportban is a nyolc válaszadó huszonegyféle tulajdonságot sorolt fel. Például kedves, okos, vidám, békés, szelíd. Ezen tulajdonságok azonban sokkal általánosabbak, kevésbé cizelláltak. Náluk egy esetben talákoztam a felnőtt személyek meglehetősen negatív jellemzésével. Tizenkilenc éves nő interjúalanyom a felnőtt személyeket „nem kedveseknek”, „dühöseknék”, „agresszíveknek” írta le, akik veszekednek, hazudnak, nincsenek komoly kapcsolataik. Ez a leírás nagyon aggasztó, különösen azért, mert ehhez ragaszkodva ez a hölgy önmaga felnőttiségét bizonyítandó saját „dühösségét” hozta fel.

Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt? (Középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek)

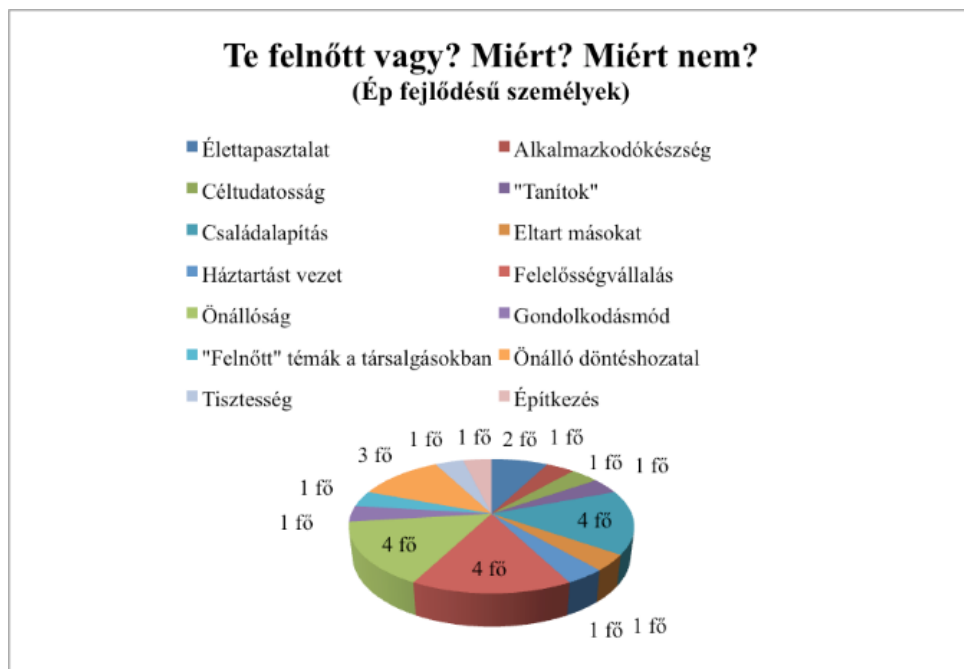


6. ábra: A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek „Milyen belső tulajdonságokkal rendelkezik egy felnőtt?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Jelentős különbség mutatkozik e kérdés kapcsán, tizenkilenc éves interjúalanyaim közt nemenként. Bár középsúlyosan értelmi fogyatékos nő interjúalanyom negatív, ép fejlődésű nő interjúalanyom pedig pozitív jelzőket említ, mindketten nagyon széleskörű leírást adnak a felnőttek belső tulajdonságait illetően, ez azonban nem mondható el tizenkilenc éves férfi interjúalanyaimról, akik nem tudtak a felnőttekre jellemző belső tulajdonságokat mondani, még külső segítség mellett sem.

A saját felnőttiséget megítélendő („Te felnőtt vagy? Miért? Miért nem?”) ép fejlődésű válaszadóim közül öten tartják magukat felnőttnek, ketten úgy gondolják, hogy nem teljes mértékben felnőttek, egy személy pedig úgy nyilatkozott, hogy még nem felnőtt. A gyermek szerepben maradás oka az, hogy tizenkilenc éves férfi interjúalanyom úgy gondolja, nem kellőképp felelősségteljes, illetve túlságosan szétszórt. Tizenkilenc éves nő interjúalanyom az, aki magát a felnőtt és a gyermeki lét közti átmenetben határozza meg. Felsorol olyan jellemzőket, melyek őt a felnőttek közé helyezik, mint például kortársaknál nagyobb élettapasztalat, céltudatosság, a gyermekek oktatásával járó felelősség, valamint olyan jellemzőket, melyek miatt még gyermeknek tartja magát, mint például, ahogy fogalmaz, magát még képtelennek tartja a családalapításra, önálló háztartás vezetésére, mások eltartására. Érdekes megközelítésmód negyvenkét éves férfi interjúalanyomé, aki úgy véli, hogy amíg élnek a szüleink, kissé gyermekek maradunk, illetve a gyermekneveléshez is fontos a gyermekiség. Ezen felül elmondható, hogy ép fejlődésű személyek mindegyike ragaszkodott az első kérdésben megfogalmazott felnőttiségre vonatkozó definíciójához, amikor saját magát kellett besorolnia felnőtt, vagy gyerekszerepbe. Akik

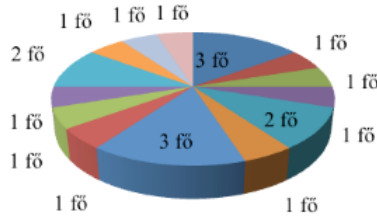
kérdésekre egyértelmű igennel válaszoltak, hangsúlyozták felnőttes gondolkodásmódjukat, felelősségvállalásukat, önálló döntéshozatalukat, önállóságukat az életvitelükben, illetve, a már szülő szerepet betöltők mindannyian megemlítették, hogy a gyermekáldás fordulópontot jelentett ebben a kérdésben.



7. ábra: Az ép fejlődésű személyek „Te felnőtt vagy? Miért? Miért nem?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

A középsúlyosan értelmi fogyatékos válaszadók közül egy személy tartja magát gyereknek, egy személy magát „felnőtt gyerekként” határozza meg, hatan pedig egyértelműen úgy gondolják, hogy felnőttek. Hatvankét éves nő interjúalanyom az, aki gyermeknek tartja magát. Válaszaiból arra következtethetünk, hogy azért sorolja magát a gyermekek közé, mert olyan eszközökhöz, melyeket az intézményben az általa is felnőttnek tartott dolgozók kezelhetnek, nincs hozzáférése. Érdekes tény, hogy ez a hölgy egy klasszikus „nagyintézmény”, egy úgynevezett fogyatékosok otthona lakója, ahol nincs lehetősége munkavégzésre, még a házimunka szintjén sem, és ahol nemek szerint elkülönített lakóépületekben élnek a gondozottak, így az önállósodás, a felnőtt élet keretei egyáltalán nem biztosítottak. Ennek befolyásoló hatását bizonyítja következő mondata, arra a kérdésekre válaszolva, hogy az intézményben felnőttek, vagy gyermekek élnek-e: „Hát felnőttek, meg azért gyerekek is. Hát, gyerekek élnek,...”. Akik egyértelműen felnőttnek tartják magukat, mindannyian életkorukból indulnak ki. Néhányan e kritérium mellett egyéb szempontokat is figyelembe vesznek, mint például házimunkát végeznek, dolgoznak, vagy dolgozni fognak. Tehát ők is ragaszkodnak az első kérdésre adott válaszban megfogalmazott definíciójukhoz.

Te felnőtt vagy? Miért Miért nem? (Középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek)



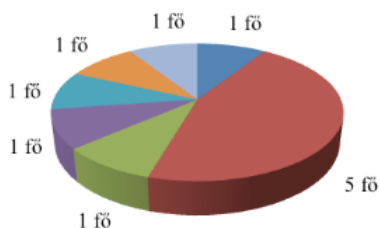
8. ábra: A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek „Te felnőtt vagy? Miért? Miért nem?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Következő két kérdésem (*Vannak olyan dolgok, amiket egy gyermek megtehet, egy felnőtt pedig nem? Vannak olyan dolgok, amiket egy felnőtt megtehet, egy gyermek pedig nem?*) a felnőtt, illetve a gyermekszerepből származó cselekvési szabadságra vonatkozott. Az ép fejlődésű személyek válaszaiban kevés új szemponttal találkozhatunk. Kettőn vezették be a korhatárhoz kötött élvezeti cikkek, mint alkohol, dohányáru, pornográf tartalmak fogyasztásának legalitását csakúgy, mint a jogosítványszerzés jogát. Ez volt jellemző a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek körében is, ugyanakkor itt megjelent, mint új faktor a szexualitás kérdésköre is.

Ezek után a felnőttek birtoklási jogával, szabadságával kapcsolatban tettem fel kérdéseket (*Vannak olyan dolgok, amiket csak egy felnőtt birtokolhat?*). Az ép fejlődésű válaszadók közül öten úgy gondolták, hogy a tulajdon tekintetében nincs különbség a felnőtt, és a gyermek között, hisz törvényileg a gyermekek is lehetnek anyagi javak birtokában. A különbséget kettőn e javak fölötti döntésben látták, hiszen kiemelték, hogy a gyermekek tulajdonával is a szülők, a felnőtt személyek rendelkeznek. Csak két tizenkilenc éves interjúalanyom gondolta úgy, hogy a gyermekek e javakhoz nem juthatnak hozzá, valószínűleg azért, mert ők még nem nyertek betekintést a tulajdonjog, vagyonszerzés hazai rendszerébe. Egy válaszadóm említette azt, hogy törvény által előírtan csak a felnőtt, ahogy említette, tizennyolc év feletti személyek juthatnak hozzá olyan élvezeti cikkekhez, mint a dohányáru, vagy az alkoholtartalmú italok.

**Vannak olyan dolgok, amiket csak egy felnőtt
birtokolhat?
(Ép fejlődésű személyek)**

■ Anyagiak, vagyontárgyak ■ Nincs ilyen ■ Család ■ Ház ■ Autó ■ Dohánytermék ■ Alkohol



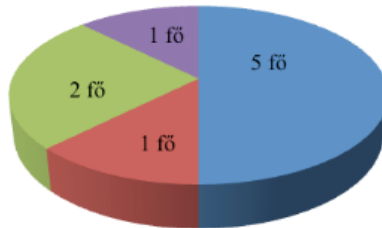
9. ábra: Az ép fejlődésű személyek „Vannak olyan dolgok, amiket csak egy felnőtt birtokolhat?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

Középsúlyosan értelmi fogyatékos interjúalanyaim többsége nem értette a kérdésfeltevést. Ennek következtében csupán négy személytől tudtam információkat gyűjteni. Mind a négyen láttak ebben a tekintetben különbséget a gyermekek és a felnőttek közt. Kettőn úgy gondolták, hogy a gyermek kezébe nem kerülhet olló, villa, kés, éles szerszám, mert ezzel megsértheti magát. Ez valószínűleg egy feljűk támasztott elvárás visszaadását, megtanított konvenciót tükrözi. Egy személy említette azt, hogy a gyermekek birtokában nem lehet pénz, egy személy pedig úgy gondolta, hogy vannak olyan dolgok, melyeket csak a felnőttek birtokolhatnak, de ezekre példát már nem tudott hozni. A töredékes információk háttérben két dolog állhat. Az egyik maga a nem megfelelő kérdésfeltevés, ugyanis egy, a hétköznapi életben ritkán megjelenő, elvont fogalmat építettem be a kérdésbe („birtokolni”), másrészt ezt okozhatja az is, ahogy tizenkilenc éves ép fejlődésű válaszadóim esetében is említettem, hogy e személyek ritkán rendelkeznek saját javakkal, vagyonnal vagy ha rendelkeznek is, általában ezekről mások (szülők, gondnokok) döntenek helyettük.

Vannak olyan dolgok, amiket csak egy felnőtt birtokolhat?

(Középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek)

- Nem értette a kérdést
- Nem tud példát mondani
- Gyermek nem nyúlhat késhez, villához
- Gyermek nem birtokolhat pénzt



10. ábra: A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek „Vannak olyan dolgok, amiket csak egy felnőtt birtokolhat?” kérdésre adott válaszainak megoszlása

A történetek által nyert információk elemzése során kiderült, hogy az ép fejlődésű személyek ragaszkodnak az általuk korábban megalkotott definícióhoz, abban az esetben is, ha más személyek felnőttiségéről kell döntenünk. Ezt mutatja, hogy az első kérdésre adott válaszokhoz hasonlóan olyan jellemzők merültek fel, mint az önállóság, felelősségtudat, párkapcsolat. Érdekes adat ugyanakkor, hogy a korábbi válaszában egy személy emelte ki az önálló lakás jelentőségét, ebben az esetben ugyanezt nyolcan tartották fontosnak, illetve, hogy itt a gyermekvállalást heten hangsúlyozták, míg az első kérdésre adott válaszában ugyanezt négy személy említette.

Ellentmondás tapasztalható az életkor felnőtté válás megítélésében elfoglalt szerepével kapcsolatban. Míg az első kérdésben adott válaszukban többen hangsúlyozták az életkor jelentéktelen voltát, addig itt heten döntöttek e tényező figyelembevételével. Új szempontként felmerült a tervezés, a jövőkép, a környezet által tanúsított tisztelet, valamint az élettapasztalat. Ép fejlődésű interjúalanyaim gondolkodásában továbbá megjelent az anticipáció jelensége, azaz ahhoz, hogy igazolják válaszuk helyességét, számos egyéb jellemvonást társítottak a megismert személyekhez.

A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek sokkal kevesebb szempontot vettek figyelembe a döntéshozatal során. Hatan nyilatkoztak úgy, hogy a gyermekvállalás, hatan úgy, hogy a munka az, ami alapján el tudják dönteni valakiről, hogy felnőtt vagy sem. Négyen hivatkoztak az életkorra, négyen a kinézetre, hárman vették figyelembe szempontként a párkapcsolatot és az önálló lakást, ketten pedig megemléstették, hogy a döntésben fontos szempont volt számukra az önállóság, egy ember szerint pedig az önálló döntés.

Csak egy ember esetében – huszonöt éves nő – fordult elő, hogy elvonatkoztatott a történetektől, amikor ítéletet kellett alkotnia, ellenben többek csak egy szempont alapján határoztak. Huszonöt éves férfi interjúalanyom mindenkiről eldöntötte, hogy gyermek, vagy felnőtt, de válaszai nem voltak konzekvensek. Teljesen véletlenszerűen ítélte, indokot pedig csak nagyon kevés esetben adott, és ha adott is, csak az általam elmondottakat echolálta. Ezek alapján úgy gondolom, hogy a megkérdezett középsúlyosan értelmi fogyatékos nők sokkal érettebben tudtak döntést hozni ebben a témában, még akkor is, ha az első kérdésre válaszként megfogalmazott definíció kevésbé mondható sokrétűnek, éretteknek.

4. KÖVETKEZTETÉSEK

A fentiek alapján, mivel minden megkérdezett definiálni tudta a felnőttiség fogalmát, önmagát el tudta helyezni felnőtt, gyermek, esetleg köztes kategóriába, illetve másokkal kapcsolatban is tudott ítéletet alkotni, elmondhatjuk, hogy a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek is rendelkeznek kialakult felnőttésgfogalommal. Bár különbségek érzékelhetők nem csupán a két csoport, de az egyes személyek felnőttképében, mégis mindkét csoport tagjainak kiforrott elképzelése van arról, hogy milyen tényezők mentén lehet egy felnőtt személyt azonosítani. Az elképzelések mintázatai azonban számos dimenzió mentén eltéréseket mutatnak. A különbségek forrását az ép fejlődésű csoportban, ahogy erre utaltak is, akár a házasság, családalapítás, vagy az életkori csoportok összehasonlítása kapcsán az eltérő élettapasztalat jelentette, melynek következtében a különböző korosztályok különböző szempontokat tartottak fontosnak. Ellenben elgondolkodtató az, hogy ugyanez az eltérés nem figyelhető meg a más-más korcsoportba tartozó középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek közt. Ennek oka egyrészt kereshető abban, hogy bár fejlődik az e személyeket ellátó intézményrendszer, a gyógypedagógiai szolgáltatás még mindig nem képes a különböző éle szakaszokhoz tartozó megfelelő tapasztalatok biztosítására – értem ezalatt többek közt azt, hogy sok intézményben megoldatlan kérdés az ellátottak közti párkapcsolat, gyermekvállalás, házasságkötés, vagy a foglalkoztatás kérdése –, ugyanakkor lehetséges az is, hogy e tapasztalatok verbalizálása jelen kutatás során nem történt meg. Az ép fejlődésű személyekkel azonos élettapasztalatok hiánya nyilvánul meg abban is, hogy a munkával, gyermekvállalással, párkapcsolattal járó felelősség gondolata egyetlen középsúlyosan értelmi fogyatékos személy válaszában sem jelent meg. Az észlelt eltérések kiküszöbölése egy módon lehetséges, ha biztosítjuk azon életkörülményeket és élettapasztalatokat, melyek az ép társak számára adóttak. Ez, ahogy az interjúkból is látható, egyáltalán nem valósítható meg „nagyintézményi” keretek közt, talán a lakóotthoni forma kedvezőbb megoldást nyújt, de erre a célra legideálisabb a támogatott lakhatás intézménye lenne, illetve az, ha mind a szülők, gondnokok, és gondozók a személyek képességeinek megfelelő legnagyobb önállóságot biztosítanák számukra (Lásd még: KATONA 2013). Persze mindemellett egy befogadó társadalom ideájának is meg kéne valósulnia. Addig,

amíg ez nem adott, a normalizációs elv által elindított gyógypedagógiai intézkedésekben láthatjuk az életvitel, az önállóság mértékének fejlődésének lehetőségét, és ezáltal közeledhet a középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek felnőttképe az ép fejlődésű személyek felnőttképehez.

IRODALOMJEGYZÉK:

- BABBIE, E. (2008): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest.
- BARTHEL B. (2004): Értelmileg súlyosan akadályozott és halmozottan sérült emberek véleményének kikérése. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3. 184-190.
- DANKÓ R. – GRAF-JAKSA É. (2011): *Támogatott döntéshozatal*. ÉFOÉSZ, Budapest.
- ERIKSON, E. H. (1997): Az emberi életciklus. In: BERNÁTH L. és SOLYMOSI K. (szerk.). *Fejlődéslektan olvasókönyv*. Tertia Kiadó, Budapest. 27-43.
- FARKASNÉ G. R. (2013): Könnyen érthető kommunikáció nyelvi szintjei. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 3. 208-213.
- GRUIZ K. (2006): *Mentális akadálymentesítés*. Down Alapítvány Kiadó, Budapest.
- GOMBOS G. – HOFFMAN I. – KÖNCZEI GY. – NAGY Z. – SZABÓ GY. (2009): *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- KATONA V. (2013): Felnőtt értelmi fogyatékos személyek életútjának feltérképezése. In: ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 117-177.
- LÁNYINÉ E. Á. (2009): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- RADVÁNYI K. – REGÉNYI É. – CSORBA J. (2013): „Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is”. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 4. 262-274.

Bruce D. Perry – Maia Szalavitz

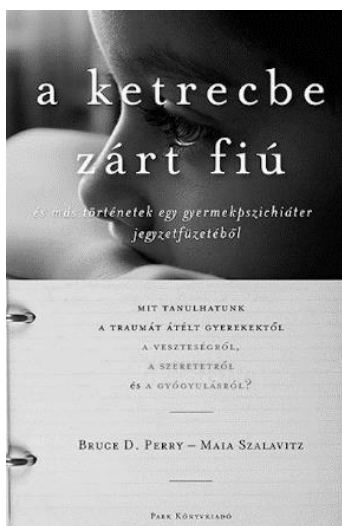
A ketrecbe zárt fiú

és más történetek egy gyermekpszichiáter jegyzetfüzetéből

ISBN: 9789633551516

Park Könyvkiadó, 2015

A közelmúltban egy tragikus hazai hírről olvashattunk a médiában: egy 15 éves fiú különös kegyetlenséggel meggyilkolt két hajléktalan embert. Letartóztatását követően tettét beismerte, indokai egyelőre ismeretlenek. A megdöbbentő eseményt tudósító sajtótermékek azt is közzétették, hogy az édesanyjával és kisöccsével élő kamasz egy általános iskola többször bukott tanulója, tettének ellentmondásosságára saját – sajtóban megjelent – nyilatkozata is hívja fel a figyelmet, miszerint „a hajléktalanoktól több szeretetet kap, mint otthon”. A kemény szavak kemény életkörülményeket sugallnak. Vajon mi visz rá egy tinédzsert egy ilyen soha jóvá nem tehető tette, mit kellett átélnie mindehhez?



A Bruce D. Perry – Maia Szalavitz szerzőpáros könyve erre ad választ a „jegyzetfüzet” alapján összeválogatott, széles spektrumot átfogó esettanulmányok alapján, amelyek közül az egyik, a Leon nevű kamasz „Jeges szív, hideg vér” címmel jegyzett története és annak mögöttes tartalma rendkívül sok hasonlóságot mutat a fenti hivatkozással.

Talán kissé későn került a látóterünkbe az amerikai gyermekpszichiátria jeles képviselőjének könyve, de soha nincs későn, hogy a valóságon alapuló tapasztalati anyag következményeit végiggondoljuk. Perry 1996-ban alapította a Gyermekkori Traumák Akadémiája (Child Trauma Academy) nevű intézményt, ahol egy interdiszciplináris team a veszélyeztetett gyermekek körében folytatott klinikai munkát és kutatásokat avval a céllal, hogy „jobbá tegyék a veszélyeztetett gyerekek és családjuk életét” (i.m. p.12). Tevékenységük gyakorlati irányultsága mellett Perry agykutatói munkássága jelentősen hozzájárult a viselkedészavarok neuronális hátterének értelmezéséhez. Vajon a mai Magyarországon a veszélyeztetettség körébe tartozó hasonló jellegű problémák kapcsán hol találjuk meg az „Akadémia” hatáskörébe tartozó problémák kezelésének társintézményét?

Perry a tényszerűen bemutatott és elemzett esetek megismertetése mellett a diagnosztika és terápia összefüggésrendszerébe is bevezeti az olvasót, amelyek az agyi

működés és viselkedés összefüggéseinek értelmezésén, a *neuroscience*, a neurotudományok itthon is mindjobban terjedő ismeretein alapulnak. A bántalmazás és elhanyagolás széles skáláját bemutató, különböző, nem egyszer egészen megdöbbentő hátteret feltáró esetekben az is elénk tárul, hogy különböző kompenzáló stratégiák birtokában milyen lelki erővel rendelkeznek a traumatizált gyermekek ahhoz, hogy a felkínált segítségnyújtást hasznosítva életük pozitív irányba forduljon. Túllépve Tina, Sandy, Laura, Connor, Amber vagy Peter eseteinek bemutatásán és értelmezésén, a Perry-Szalavitz szerzőpáros könyve a problémakezelés másfajta dimenzióiba is bevezet.

A 10. fejezet a „Gyógyító gyerekek” kérdéskörét tárgyalva egyértelművé teszi, hogy a terápiás megsegítés módszerei között nem nélkülözhető a befogadó gyermekközösség szerepe. Bizonyos eljárások, így a Perry által alkalmazott és könyvben ismertetett ún. neuroszekvenciális módszer (vagy bármilyen más egyéb terápiás technika) csak egy szelete a pozitív változások előidézésének. A családi nevelés harmóniája, a családi kapcsolatok megléte mellett a kortárs csoporton belüli társas kapcsolatok szerepe, főként iskoláskorúaknál, megkerülhetetlen. Ahhoz, hogy valaki szociálisan éretté váljon, kortársak segítségére van szüksége, a kortársaknak pedig felnőtt segítségre. Meg kell érteniük, s ahogy a könyvből kitűnik, ez már első osztályos korban is működik (!), hogy a csoport számára feltűnő, sok esetben kiközösítést eredményező alulteljesítés és viselkedés hátterében mi áll, hogy a fejlődési hiányosságokból fakadó problémákat társas interakció keretében, odafordulással, türelemmel lehet javítani. Ez pedig az érintett gyerek számára több terápiás élményt nyújt, mint egy bizonyos terápiás módszer alkalmazása. A problémakezelésben tehát a kortársakból és a szülőkből álló közösség gondoskodása nélkülözhetetlen. Ezt a szemléletet építi tovább Perry a „Gyógyító közösségek” című 11. fejezetben. Több olyan tényezőre hívja fel a figyelmet, amelyek társadalmilag jól ismertek, jelentőségük mégis elsikkad. Ezek közé tartozik az életkori sajátosságok ismerete a fejlődés korai szakaszától kezdődően, a karrier kontra család kérdései, az érzelmi és testi szükségletek fontossága a kognitív fejlődés erőteljes hangsúlyozásával szemben a gyakorta túlterhelt iskoláskorúak körében, a nyelv és az empátia, az együttélés szabályainak elsajátítása, a gazdasági egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló társadalmi intézkedések, a pozitív ill. negatív viselkedésminták szerepe az agy fejlődésében.

A Függelék alapján pedig, betekintve az agyi funkciók hierarchiájába, az olvasó számára érthetővé válnak a stresszhatásokra adott viselkedéses válaszreakciók, s a megoldási stratégiák keresésére irányuló segítségnyújtás jelentőségei. A szerzőpáros elkötelezett híve annak a szemléletnek, amely szerint a családi élet harmóniája a társadalom egészséges fejlődésének, a meglévő diszfunkciók csökkenésének alapvető feltétele.

A Jegyzetek, a gazdag forráshivatkozások a téma iránt érdeklődők számára a további tájékozódás lehetőségét kínálják. B.D Perry és M. Szalavitz könyve megkerülhetetlen olvasmány különböző tanulmányokat folytató egyetemi hallgatóknak, köztük a jövőendő és már a terepen dolgozó gyógypedagógusoknak, a pedagógiai szakszolgálatok munkatársainak, a szakértői bizottságokban, a korai fejlesztésben, a tanácsadói tevékenységben, a fejlesztőpedagógiai tevékenység területén, vagy a gyógypedagógiai terápiás munkában.

A könyv megtalálható az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Könyvtárában.

Gereben Ferencné

Petrovszki Mária – Ráczi Tünde

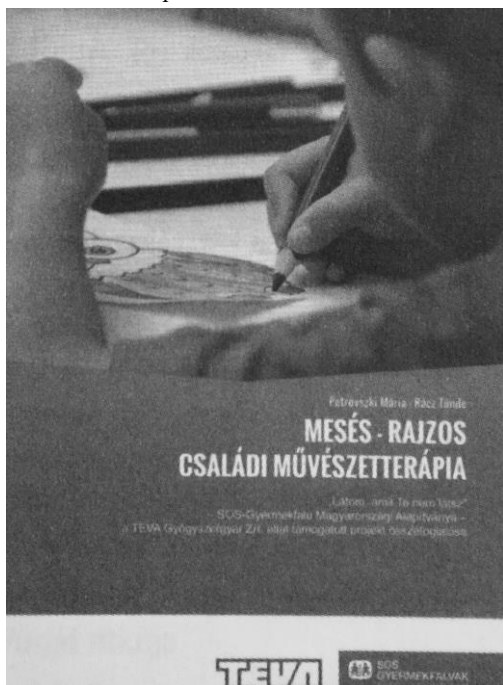
Mesés-rajzos családi művészetterápia

(Orosháza): SOS Gyermekfalu Magyarországi Alapítványa – TEVA Gyógyszertár Zrt.
2016. 22 p.

Rovatunkban az újdonságok között egy kevésbé ismert, modellértékű munkára hívjuk fel a figyelmet. A Könyvtári Intézet „Könyv, Könyvtár, Könyvtáros” c. kiadvány 2017/3. számában Bartos Éva, az Országos Széchényi Könyvtár volt munkatársa egy szakmailag figyelemfelhívó kiadványba nyújt betekintést.

A segítő szakmai közösségnek szánt munka abból a felismerésből és kutatási tapasztalatokból táplálkozik, hogy a család egészével való, különböző célú képességfejlesztés törekvései sokkal hatékonyabbak, eredményesebbek, mintha külön-külön csak a szülőkkel vagy a gyerekekkel foglalkozunk. (Az e számunkban közölt Perry-Szalavitz-féle könyvrecenzió is ezt erősíti).

A két szerző, a „Mesés-rajzos családi művészetterápia” projekt vezetői gyakorló szakemberek: Petrovszki Mária fejlesztő biblioterapeuta, Ráczi Tünde pedig pszichológus-művészetterapeuta.



A Mesés-rajzos családi művészetterápia valójában a hazai modellje annak a brit kísérletnek, amelyről a Könyvtári Intézet és a Magyar Olvasástársaság 2010. évi „Írás-és olvasásfejlesztés a családban, Európában és világszerte” keretében megrendezett konferencián Greg Brooks, a University of Sheffield professzora tartott előadást.

A hazai program vezetői a készségfejlesztésen túl a gondolkodás, az érzelmek és az emberi kapcsolatok befolyásolására vállalkoztak avval a céllal, hogy a családok biztonságot nyújtó közegében felnövő gyermekek életkezdési esélyei pozitív irányúak legyenek. A családterápiás szemléletmódra építve a részt vevő családokat három típusba sorolták: speciális igényű, (gyógypedagógiai ill. klinikai megsegítés határterületén levő családok), egyszülős, (főként anyával élő családok), és jól

funkcionáló, közös élményre vágyó (csak a szokásos krízishelyzetekkel, nehézségekkel küzdő) családok. Bartos Éva a közleményben a terápiás program szerkezetéről és tartalmáról is tudósít. A programban verbális és vizuális technikák ötvöződtek, ezen belül

is biblioterápiás és képzőművészet-terápiás technikák. Ezek belső tartalmának kibontása hat, alkalmanként másfél órás családi ülés keretében került kibontásra a két terapeuta irányítása mellett. A résztvevő családok új és közös élményeket élhettek át, a lelki egészség fenntartását segítő új viselkedésmódokat fedezhettek fel önmagukban és környezetükben, segítve ezzel a kapcsolatteremtés, az érzelmi élmények megszerzésének, a mindennapi életérzések javításának új lehetőségeit.

Tapasztalataik bemutatása, kezdeményezésük megismerése betekintést ad a segítségnyújtás újabb lehetőségeinek feltárásába, amely természetesen nem nélkülözheti tapasztalataik későbbi elemzését a bizonyítékon alapuló gyakorlat szempontjából. Munkájuk azért is figyelemre méltó, mert sok hasonlóságot mutat a hazai gyógypedagógiai gyakorlatból jól ismert, a Sándor Éva nevéhez fűződő és napjainkban sokak által alkalmazott képzőművészeti pedagógiai terápia, illetve a Schmidtné Balás Eszter-féle komplex művészeti terápiával. Javasolom, hogy akit a leírtak szakmailag motiválnak, vegye fel a kapcsolatot Petrovszki Máriával és szerzőtársával az orosházi Justh Zsigmond Városi Könyvtáron keresztül.

(Forrás: Könyv, Könyvtár, Könyvtáros, 26. évfolyam 3. szám, Könyvtári Intézet, Budapest. p. 48-49.)

Gereben Ferencné



Ismét akkreditált lovasterapeuta képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány

A korábbi évekhez hasonlóan idén is **akkreditált lovasterapeuta** képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány. Az országban egyedülálló programra olyan gyógypedagógusok és gyógytornászok jelentkezését várjuk, akik az **Alapozó ismeretek a lovasterápiáról** című (Alapítási eng. ny. sz. 575-47/2017) 110 órás alapképzés elvégzése után a **Lovasterapeuta képzés hippoterápia szakágon** című (Alapítási eng. ny. sz. 575-49/2017) 120 órás vagy a **Lovasterapeuta képzés gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágon** című (Alapítási eng. ny. sz. 575-48/2017) 120 órás képzésben szeretnének továbbtanulni.

A jelentkezési kérelemhez rövid szakmai önéletrajzot, valamint az alapképzettséget igazoló dokumentum fénymásolatát kell csatolni.

Az Alapozó ismeretek a lovasterápiáról című képzés várhatóan 2017 októberében indul, a lovas felvételi vizsgákra szeptember folyamán kerül sor. A képzést sikeresen teljesítő résztvevők 2018-ban kapcsolódhatnak be a lovasterapeuta képzésekbe az említett két szakágon.

Részletes információk a www.lovasterapia.hu weboldalon, a „Képzések” menüpont alatt találhatóak.

Győri Zsófia – Farkasné Gönczi Rita

Vedd és olvasd! Könnyen érthető bibliai üzenetek

Debrecen Nagytemplomi Református Egyházközség
Immánuel Otthona és Iskolája

A Debrecen Nagytemplomi Református Egyházközség Immánuel Otthona és Iskolája 26 éve keresi az utat, hogy Isten üzenetét eljuttassa a halmozottan fogyatékos emberekhez. A több évtizedes tapasztalat megerősítette az intézmény munkatársait abban, hogy többféle kommunikációs módszert alkalmazzanak a mindennapi hitélet során. A most kézbe vehető bibliai idézeteket tartalmazó könnyen érthető kiadvány ennek a hosszú folyamatnak az eredményeként született.

A kiadvány megjelenésének aktualitása a reformáció 500 évének ünnepe. Az eltelt évszázadok alatt sokféle Biblia és annak számos fordítása született, mely segítette az emberek hitéletének gyakorlását, hirdette Isten üzenetét. Az eddig magyar nyelven megjelent bibliák mind az értő olvasási képességgel rendelkezők számára biztosítottak önálló hozzáférést Isten üzeneteihez. A megértési nehézséggel élő emberek önállóan nem olvashatták a Biblia ígét, üzeneteit. A reformáció idején kapcsán az Immánuel Otthon csapata úgy döntött, hogy elkészíti Magyarországon elsőként a Biblia számukra legfontosabb 30 üzenetének könnyen érthető fordítását.

A bibliai idézeteket az intézmény ellátottjaival közösen választották ki a hitoktatók, szem előtt tartva az ünnepköröket. A mondatok az új fordítású revideált biblia (Magyar Biblia Társulat, 2014) alapján készültek. A kiadványban szereplő könnyen érthető mondatok a Debrecen Nagytemplomi Református Egyházközség Immánuel Otthona és Iskolája valamint a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. (FSZK) szakmai együttműködésével készült. A 30 mondatot fordította Győri Zsófia és Farkasné Gönczi Rita. A fordítók a munka során a szó szerinti információk helyett az üzenetek lényegi tartalmát szintetizálták. A fordításokat és grafikát az intézmény tapasztalati szakértői ellenőrizték, hogy valóban érthetővé, érezhetővé váljanak a mondatokban rejlő üzenetek. A lektori munkát Domokos Gergő és Nagy Dénes tapasztalati szakértők végezték. A mondatok tartalmát szimbolizáló illusztrációkat Wagner Péter rajzolta.

Az Immanuel Otthon és Iskola által megálmodott, bibliai idézeteket tartalmazó, könnyen érthető kiadvány megjelenését az EMMI Reformációs Emlékbizottsága támogatja. A bibliai idézeteket összegyűjtő kiadványt ajánlja az olvasónak Domokos Gergő (tapasztalati szakértő, Immanuel Otthon és Iskola), Giflo H. Péter (ügyvezető, FSZK), Pordán Ákos (ügyvezető, Kézenfogva Alapítvány), Zászkaliczky Péter (dékán, ELTE BGGYK) és Aáry-Tamás Lajos (oktatási jogok biztos, Oktatási Jogok Biztosának Hivatala).

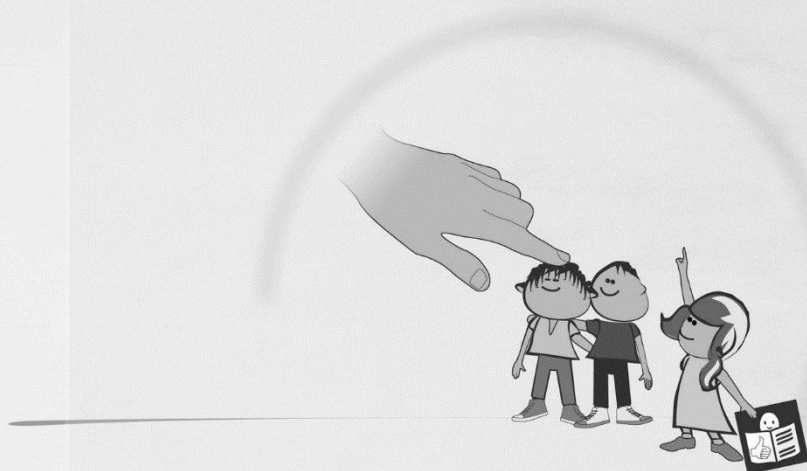
A kiadvány a címében megjelenő üzenethez híven (Vedd és olvasd!) ingyenesen hozzáférhető papír alapon korlátozott példányszámban, elektronikus formában 2017. július végétől korlátlanul az FSZK honlapján

(<http://fszk.hu/kiadvany-tematerulet/ertelmi-fogyatekossag/>).

Farkasné Gönczi Rita
Győri Zsófia

Vedd és olvasd!

Könyven érthető bibliai üzenetek



Immánuel Otthon és Iskola

Talpalj okosan! Legyen játék a tanulás!

BAÁN NIKOLETT – NAGY KRISZTINA – SZÁNTÓ VIKTÓRIA ANNA –
SZÖLLŐSI GÁBOR – SZVORÉNY KATALIN

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar harmadéves tanulóiként vágtunk bele a következőkben bemutatásra kerülő projektbe. A csoport tagjainak közös szakiránya a tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány, amelynek kötelezően választható tárgyaként ismerkedtünk meg a *szabad tanulás* fogalmával, mely a kurzus nevét is magában foglalja. A csoport összetételében nem csak a szakirány egy közös pont, hanem a tanításról való elképzeléseink és motivációnk is. Ennek szellemében több közös sikeres egyetemi munka is áll már a hátunk mögött. A kurzuson a megszokottól eltérően, a frontális munkát háttérbe szorítva, alternatív módszerekkel, a kreativitást, a szabad gondolkodást és a kooperációt kiemelve folyt az oktatás, mind elméleti, mind gyakorlati szempontból. Ezt a lendületet átvéve készítettük el a teljesítés feltételeként meghatározott projekt munkát. A szabad tanulás egyik alapelve a szabad feladatválasztás joga, és ezt alkalmazva mi is több projektlehetőség közül választhattunk. Maga a szabad tanulás egy nyitott tanítási forma, mely több lehetőséget ad a tanulók számára, hogy a már meglévő ismereteiket elmélyítsék, valamint az új ismereteket könnyebben feldolgozzák. Ebből kiindulva gondoltuk, hogy a projektünk sem egy frontális beszámoló lesz, hanem egy komplex társasjáték, a gyakorlatban is megvalósítható elemekkel. A végeredményünk pedig játékos tanulásra és tudásszint felmérésre ad lehetőséget.

A szabad tanulás pedagógiai alapjai többek között Maria Montessori, Peter Petersen, Célestin Freinet munkásságához vezethetők vissza. Antropológiai szemlélete különböző formában tükröződött a szabadon választható tanulás meghatározásában (BUSCH 1996). Közülük legkiemelkedőbb Maria Montessori egyik kulcsfontosságú alapelve, hogy a gyerekek nevelése önálló cselekedeteiken keresztül a legeredményesebb. Véleménye szerint a gyakorlatban biztosítani kell a spontán kibontakozás lehetőségét, ezzel párhuzamosan el kell hártanunk a gyermek fejlődését gátló akadályokat. Napjainkban köztudott, hogy a gyerekek fejlődési üteme eltérő, ezáltal képességeik egyénenként szórta. Ez szükségessé tenné a képességeik szintjéhez való alkalmazkodást. Ennek ellenére a magyar köznevelésre a mai napig túlnyomóan jellemző az ismeretalapú, normaorientált, hagyományos, frontális oktatás elemeinek érvényesülése (VIRÁNYI 2007).

A szabad tanulás mint nyitott tanítási forma igen alkalmas a gyermekek egyéni sajátosságainak, különbségeinek figyelembe vételére. Mint már az előbbiekben is szó volt róla, a nyitott tanítási formát alkalmazva építünk a tanulók fokozódó önállóságára. Ezzel az önállósággal képesek lesznek saját tanulási folyamatukat irányítani. Ezen módszerek alkalmasak lennének arra, hogy megoldást kínáljanak a képességek és a tanítás közötti egyenetlenségek áthidalására (GAÁL 2000).

A szabad tanulás definícióját *Gaál és Hováth* a következőképpen fogalmazza meg: „*A szabad tanulás olyan tanulásszervezési forma, amely a tanulók önálló kezdeményezésére, cselekvő aktivitására épít, figyelembe veszi az érdeklődés, a képességek, a motiváció, a tanulási stílus és tempó stb. terén jelentkező egyéni különbségeket, reális önértékelésre, önmagunk és mások iránti felelősségre nevel, fejleszti a szociális kompetenciát. Alkalmazható egyes tantárgyakhoz kapcsolódóan és a tantárgyak tágabb körét átfogó szervezeti keretként is.*” (GAÁL ÉS HORVÁTH 1997, p. 50).

Lényege tehát, hogy olyan munkaformát alkalmazzunk, amely minden tanuló számára egyénileg megfelelő, s melyben lehetőségük nyílik a gyermekeknek „... az önálló munkára, a tanulás tartalmának szabad megválasztására, a nehézségi fok szabad megválasztására, az egyéni tanulási tempóra, ritmusra, az eszközök szabad megválasztására, tevékenységi forma szabad megválasztására, szociális forma és a tanuló partner megválasztására” (BUSCH 1996, p.146).

A szabad tanulás nem feltétlenül jelent megoldást minden felmerülő problémára, viszont egy eszközt adhat a pedagógusok kezébe, így a tanulók megtalálhatják a számukra megfelelő tanulási stílust, ezáltal a legtöbbet hozhatják ki magukból.

A projektünk célcsoportja a tanulásban akadályozott gyermekek voltak. A játék alapja egy lepedő, amelyen festett lábnyomok jelzik a mezőket és vezetik a gyermekeket a célba. A hagyományos társasjátékokról alkotott képzeletinktől elrugaszkodva egy életnagyságú tanulási eszközt alkottunk meg, melynek mérete 140 x 200cm. Számunkra fontos volt, hogy a gyermekek figyelmét, motivációját fenntartsuk a játékos tanulás során.

A szabad tanulás egyik lényeges része, hogy a gyerekek önállóan választhatnak tanulópartnert a tanulási folyamathoz. Ezen gondolat alapján a mi játékunkban is maguk választhattak játékosársat. Az alapon két házikó jelzi a startmezőt, a csapatokból egy ember kezd, ő áll a csapatszínnek megfelelő házikón. A csapattársa/csapattársai tőle beszéd távolságra helyezkednek el. Ez azért fontos, mert a csapattagok egymást segítve válaszolhatnak a kérdésekre. Ezen felül minden csapattag rendelkezik egy darab mentőkártyával, aminek segítségével a játékosok közül bárkitől segítséget kérhet, ha úgy érzi, hogy a csapatával nem tudnak a feltett kérdésre helyes választ adni. Ehhez a folyamathoz szükséges, hogy fel tudják mérni saját képességeiket. A játékban négy témakör jelenik meg: matematika, magyar nyelv és irodalom, természetismeret és életvitel, amelyeket különböző színekkel jelöltünk, és a kérdéseket minden témakörhöz nehézségi szint szerint kategorizáltuk. Néhány példa a kérdésekből:

Magyar nyelv és irodalom témakörben a kérdések nehezedő sorrendben:

Könnyű: Sorolj fel 3 melléknevet!

Közepes: Sorolj fel 10 db „a” hanggal kezdődő szót!

Nehéz: Mit fejez ki a kérdőmondat?

Matematika témakörében példák szintén nehezedő sorrendben:

Könnyű: Állítsd a számokat csökkenő sorrendbe! 6, 15, 10, 8, 16, 2.

Közepes: Melyek az egész számok?

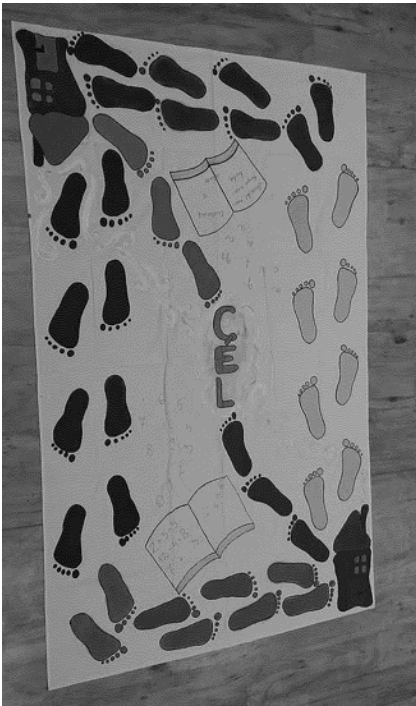
Nehéz: Sorolj fel legalább három síkidomot!

A játékosok olyan módon haladhatnak, hogy eldönthetik az adott témakörön belül, milyen nehézségi szintű (könnyű, közepes vagy nehéz) kérdésre tudnak helyes választ adni, melynek megfelelően egyet, kettőt vagy hármat léphetnek. Ebben is megjelenik a szabad tanulás egyik eleme, az önálló döntéshozatal lehetősége, amely metakognitív képességeket igényelhet. A társasjátékban egyfajta extra feladatot is elbújtattunk. A pályán szótlan elhelyezkedik 8 korong, méghozzá fele-fele arányban a csapatszínüket viselve. Az elején figyelmeztetjük a gyerekeket, hogy ha a játék során összegyűjtik az összes korongot (4), amely a csapatszínüket viseli, egy közös megegyezés alapján – amelyet a játék elején beszélnek meg – jutalmat kaphatnak. Ehhez szükséges, hogy a gyerekek felmérjék, hány lépésre van tőlük az adott korong, és úgy válasszanak annak megfelelő nehézségi szintű kérdést. Ennél a résznél is megjelenítettük a szabad tanulás egy fontos elemét: közösen alkotott szabályok.

A játék megvalósításához és bemutatásához egy ingyenes tárhelyen weboldalt (<https://goo.gl/FRIq5w>) is készítettünk. Ez a felület azt a célt szolgálta, hogy minél változatosabban bemutassuk a projektmunkánkat. Így az alapvető játékszabályon kívül feltöltésre kerültek a készítés folyamatáról képek, az alkotókkal készített videóinterjúk, valamint az elkészült játék gyakorlati megvalósításáról szóló videó. Utóbbi segítségével elemezhetjük a munkánkat, hogy melyik része hogyan sikerült, és milyen változtatások lennének szükségesek.

A tapasztalataink alapján több mindenben is változtatnánk. Először is a játékoszám növelése érdekében nagyobb játékerületet lehetne készíteni. Ezáltal több csapat és játékos is tudna egyszerre játszani. Természetesen ez megnövekedett játékidővel is járna, így ez a lehetőség további tesztelést igényelne. A főbb kategóriák mellett újabbakat is hozzátehetnénk, amelyek tovább színesítenék a feladatokat. Itt többek közt olyanokra gondolnánk, mint mozgásos feladatok („Egyensúlyozz adott ideig!”), vagy activity-szerűek („Mutogasd el, rajzold le az adott feladatban lévő szót!”).

A következőkben szeretnénk a tapasztalataink alapján továbbfejleszteni a játékot, hogy tanulásban akadályozott tanulók nagyobb csoportjában is kipróbálhassuk. További osztályfokokon való kipróbálásával, és a kérdéskörök finomításával reméljük, hogy az általános iskola minden évfolyamán megvalósíthatóvá tudjuk tenni. Mivel a játék eszközei összességében könnyen elkészíthetők, ezért a megfelelő módosításokkal több intézménybe is el lehetne juttatni. Összességében hasznos fejlesztési eszköznek véljük, amely játékosága és interaktivitása miatt jó eséllyel felkelti és leköti a gyerekek figyelmét, ezáltal maradandóbb élménnyé teszi a tanulást.



Szeretnénk köszönetet mondani a XI. kerületi Mészáros Jenő Speciális Általános Iskola tanulóinak, Boginak, Teklának, Zsoltinak, Dávidnak és Szénási Katalin gyógypedagógusnak, hogy gyakorlatban is megvalósíthattuk a játékokat.

Felhasznált irodalom:

- BUSCH, C. (1996): Az önellenőrzés lehetőségei és a szabadon választott tanulás – eszközök a hibamegelőző matematikatanításhoz. In: MESTERHÁZI Zs. (szerk.): *Diszkalkuliáról pedagógusoknak*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolai Kar, Budapest.
- GAÁL É. (2000): A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In: ILLYÉS S. (szerk): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 429-460.
- GAÁL É. ÉS HORVÁTH M. (1997): Szabad tanulás – Új kezdeményezés a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített) gyermekek iskolai fejlesztésében. In: *Fejlesztő Pedagógia*, 4 (4-5), 49-51.
- VIRÁNYI A. (2007): *A tanulási képesség változásának vizsgálata a szabad tanulást alkalmazó tanulásban akadályozott gyermekek körében*. Egyetemi záródolgozat. Témavezető: Mesterházi Zsuzsa. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Érzékenyítés Bárczi HÖK módra

KISS BRIGITTA

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Hallgató Önkormányzatának Esélyegyenlőségi referenseként a tisztségemben eddig eltöltött idő alatt (2015. április 21. óta) többször is előfordult már, hogy megkerestek azzal kapcsolatban, hogy tartunk érzékenyítő tréninget. Lehetőségünk volt részt venni a Lágymányosi Eötvös Napokon (LEN), az Egyetemisták és Főiskolások Országos Turisztikai Találkozóján (EFOTT), és a Vezér úti kollégium programján is.

Nem olyan régen kaptunk egy újabb felkérést az ELTE Hallgatói Önkormányzatától, hogy a tanár szakos ELTE-s hallgatóknak is tarthatnánk egy érzékenyítő foglalkozással megspékelt délutánt. Ennek a háttérben egy érzékenyítő előadáson, érzékenyítő programon való részvétel áll, amelyen a tanár szakos hallgatóknak részt kell venniük képzésük során. Így felmerült a lehetőség, hogy a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Hallgatói Önkormányzata tarthatna egy gyakorlatias társadalmi szemléletformáló délutánt. Nagyon nagy örömmel fogadtuk el a lehetőséget. Talán ez volt az eddigi legnagyobb feladat. 30 emberre kellett megszervezni egy komplett programot, amelyben segítségemre volt az Esélyegyenlőségi Bizottság, amely a Hallgatói Önkormányzat egyik, hallgatókból álló operatív bizottsága, és természetesen a Hallgatói Önkormányzat tagjai is.

Ennek a délutánnak az volt a célja, hogy segítséget nyújtsunk a tanári képzésben résztvevő hallgatóknak közelebb kerülni a fogyatékoság témaköréhez, és megalapozzuk későbbi tapasztalataikat. Ezek mellett saját célt is tűztem ki, melynek lényege az elfogadason és a megismerésen kívül a gyakorlatban való felismerés és problémamegoldás segítése volt. Úgy gondolom, minden pedagógusnak fontos tudnia, hogy nem minden gyermek egyforma, és azzal, hogy valamit sokszor gyakoroltunk, még tízszer leíratunk valamit velük, vagy több házi feladatot adunk, nem biztos, hogy hozzásegítjük a gyermekeket az eredményesebb, motiváltabb tanuláshoz. Így az érzékenyítés programtervét kiegészítettük az ismeretek átadására fókuszáló elemekkel is.

A program hat állomásból állt. Igyekeztünk eszközeinkhez mérten a legtöbb fogyatékosági kategória jellemzőinek játékos formában való bemutatására törekedni. Körforgásszerűen minden csapat eljutott minden állomásra.

Az *első állomáson* egy közös beszélgetésen vehettek részt a csapatok, amelyet egy diszlexia esetén megjelenő tüneteket felsorakoztató szöveg megértésével kezdtek. Ezt közösen kellett megfejteniük. Ezután bemutattunk bizonyos szituációkat, amelyek a leendő pedagógiai munkájuk során felmerülhetnek (például egy gyermek magatartása folyamatosan rosszabbodik, nem figyel bizonyos órákon, és zavarja osztálytársait is. Mit lehet ilyenkor tenni? Mik lehetnek az első lépések?), és ezek jó megoldási lehetőségeiről beszélgettünk, illetve segítettünk abban, hogy hogyan is zajlik a szakértői tevékenység, ha például észreveszik egy gyermekben, hogy sokszor visszakérdez, nem hallja meg, vagy

nem pontosan érti meg az instrukciókat, akkor hogyan mondjuk el a szülőknek, hogyan kell kérelmezni vizsgálatot, mi lehet az első lépés.

A *második állomás* a kerekesszék kipróbálását tette lehetővé, ahol szomatopedagógia szakirányos hallgatók tartottak rövid tájékoztatót, és egy akadálypályán is kipróbálhatták magukat a tanár szakos hallgatók.

A *harmadik állomás* egy érzékenyítő activity volt, amelyben a feladványok előadása nem a szokásos módon történt, nehezítő instrukciókat kaptak minden szóhoz, például voltak feladványok, amelyeket kéz vagy láb használata nélkül kellett elmutogatni, vagy szájjal kellett lerajzolni, esetleg a csoporttagok befogott füllel hallgathatták csak a körülírást.

A *negyedik állomás* több részből állt. Itt az érzékszervi fogyatékoságok „átélése” kapta a főszerepet. Tapintás alapján kellett bekötött szemmel párosítani a memóriakártyákat, volt, ahol csak a hallásukra támaszkodva, hang alapján kellett megtalálni a párokat, illetve egy munkavédelmi sisakhoz rögzített ecsettel lehetett kipróbálni, milyen érzés kéz használata nélkül festeni.

Az *ötödik állomás* is több részből állt. Itt leginkább az észlelési zavarok kaptak nagy hangsúlyt. A játék bekötött szemmel zajlott ennél az állomásnál, illetve volt, ahol egy társ segítségét is igénybe kellett venni (például egy tárgyat kaptak a kezükbe a hallgatók, és a feladatuk az volt, hogy minél részletesebb képet tudjanak alkotni maguk előtt a kapott tárgyról, mert azt követően le kellett rajzolniuk a tárgyat, a tapintási tapasztalatok alapján).

A *hatodik állomás* egy meglepetés volt. A résztvevők egy „vakvacsorán” vehettek részt, ahol választhattak az étlapunkon szereplő ételekből, és mi felszolgáltuk nekik. Természetesen erre az állomásra bekötött szemmel kellett érkezni, és az ételt is bekötött szemmel kellett elfogyasztaniuk.

A vacsora után névtelen értékelést kértünk a programmal kapcsolatban, hogy a jövőben tovább tudjunk fejlődni. Teljes mértékben pozitív visszajelzéseket kaptunk, a tanár szakos hallgatók inkább még több elméleti, ismeretátadó elemet igényelnének. Ez arra mutat rá, hogy szükség van a gyógypedagógiába való betekintésre, hiszen egy kis rávilágítást kaptak arra, hogy bármikor találkozhatnak olyan hasonló, megoldandó helyzetekkel, mint amelyeket ezen az estén megtapasztaltak. Nagyon hasznosnak találták az érzékenyítést, örültek, hogy ennyi mindent kipróbálhattak, és mi is nagyon hálásak voltunk, hogy segíthettünk nekik, ha csak egy kicsit is. Ez a délután egy erőteljes segítséget adott ahhoz, hogy belekezdhessünk, illetve folytathassunk hasonló érzékenyítéseket.

A következő lépésünk a Hallgatói Önkormányzatok Országos Konferenciája (HÖÖK) Külhoni Programjához való csatlakozás, melyben szeretnénk a szomszédos országokba eljutni egy komplett érzékenyítő programmal. Ezen a projekten már nagy erővel dolgozunk, hogy a nyár folyamán megvalósíthassuk terveinket. Azt gondolom, hogy sikerült elindulnunk egy lehetőségekkel teli úton. Van még hova fejlődnünk, és őszintén remélem, hogy a játékok, amiket összeállítottunk, a tréningek, amiket megtartunk, a beszélgetések, amiket lefolytatunk, valóban előre viszik a résztvevőket, és ezzel hozzájárulhatunk egy elfogadóbb, befogadóbb társadalom kialakulásához.

Könnyen érthető kommunikációs képzés Miskolcon

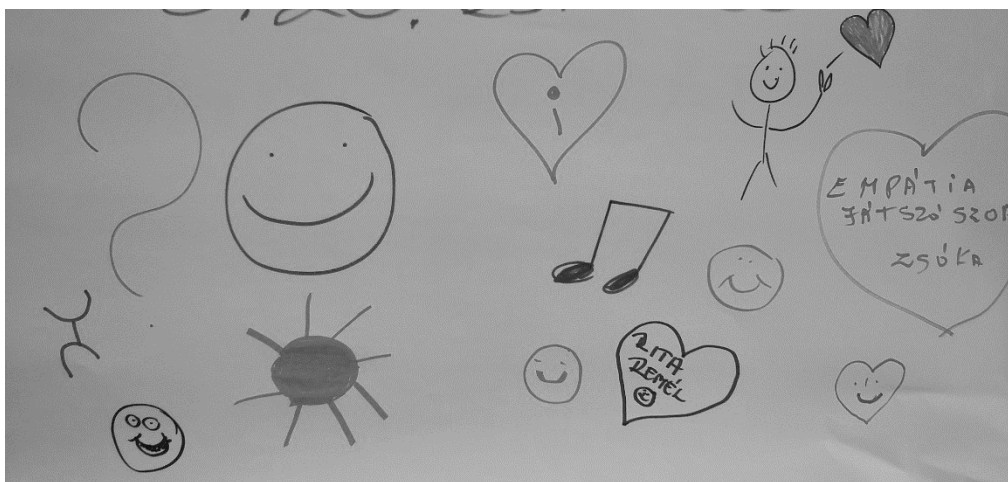
A miskolci Önálló Másság Életminőség Fejlesztő Alapítvány (ÖMÉFA) kezdeményezett kollégái és a környező fogyatékosügyi szervezetek, intézmények munkatársai számára akkreditált továbbképzést, mely idén a Kézenfogva Alapítvány által biztosított *Könnyen érthető kommunikációt (KÉK) használó szociális segítők intenzív képzési programja* című továbbképzés volt.

A Könnyen érthető kommunikáció (KÉK) című akkreditált továbbképzés módszertanát és eszköztárát a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. (FSZK) dolgozta ki a témában jártas külső szakértők bevonásával. Az akkreditált továbbképzés oktatóbázisát a *Képzők képzése – Felkészítés kommunikációs akadálymentesítés* témájú képzési programcsomag oktatására című program keretében a könnyen érthető kommunikációt használó segítők intenzív képzési programjában készítette fel 2011-ben az FSZK.

A könnyen érthető kommunikáció komplex képzési csomagja tartalmát 2017 májusában az ÖMÉFA Alapítvány és két helyi szervezet intézményeinek kollégái sajátították el. A 30 órás, gyakorlatorientált képzés keretében a résztvevők megismerkedtek az általános és speciális kommunikációval, a speciális kommunikációs igényű csoportokkal, a könnyen érthető kommunikáció nemzetközi és hazai tapasztalataival, majd elsajátították a könnyen érthető kommunikáció módszertanát.

Már a képzés során több, könnyen érthető kommunikációval készült alkotás született, mint például blogbejegyzés, online szótárba fogalom kidolgozása. A gyakorlatok során a résztvevők felkészültek a könnyen érthető kommunikáció saját intézményi alkalmazására az infokommunikációs akadálymentesítés érdekében.

Farkasné Gönczi Rita



**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT KÉPZÉSEI**

**60 ÓRÁS GYAKORLATORIENTÁLT SZAKMAI
TOVÁBBKÉPZÉS ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT
SZEMÉLYEKEL SZOCIÁLIS TERÜLETEN DOLGOZÓ
SEGÍTŐK SZÁMÁRA**

A továbbképzés célja, hogy a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményeiben, nappali intézményeiben, gondozóházában és lakóotthonaiban dolgozó szociális segítők, illetve középvezetők, magasabb vezetők és tanácsadók részére a munkájukhoz szükséges új elméleti szempontokat és gyakorlati technikákat közvetítse. A fenti intézményekben és ellátási területeken az értelmileg akadályozott felnőttekkel foglalkozók részéről jelentős igény mutatkozik a megfelelő szakmai támogatásra, friss elméleti, illetve gyakorlati ismeretek/tapasztalatok átadására. A 60 órás továbbképzés tematikusan 7 területre fókuszál: a fogyatékossgal élő felnőttek kommunikációs kompetencia fejlesztésének gyakorlatorientált módszereire; a felnőttésg és az idősor értelmezésére, problematikáira; a mindennapi gyakorlatban felhasználható munkatevékenységet elősegítő foglalkoztatás típusaira, technikáira; valamint a felnőttésggel párhuzamosan jelentkező partnerkapcsolati; önérvényesítési és döntéshozatali jellemzőkre; miközben a résztvevők mentálhigiénéje is hangsúlyos szerepet kap. A továbbképzés keretében a segítők szakemberek átfogó ismereteket kapnak az intézményi férőhely kiváltás szükségességéről és jelentőségéről, valamint annak szabályozási háttéréről.

A szereshető továbbképzési pontérték: 50.

Részvételi díj: 60.000 Ft

Képzés ideje: 2017. augusztus 24. - szeptember 09., csütörtök-péntek és szombati napokon (9-18 óráig).

Jelentkezési határidő: 2017. július 10.

Részletes információk a kari honlapon: <https://goo.gl/UVoghf>
e-mail: tovabbkepzo@barczy.elte.hu

DISZKALKULIA (SZÁMOLÁSI ZAVAR) MEGISMERÉSE 60 ÓRÁS AKKREDITÁLT PEDAGÓGUS-TOVÁBBKÉPZÉS

A 60 órás továbbképzés célja, hogy a résztvevők megismerjék a diszkalkulia (számolási zavar) szakmaelméleti, tüneti, kóroki hátterét és viselkedési következményeit a hazai és nemzetközi szakirodalmak alapján. A 30 óra elméleti és 30 óra gyakorlat keretében a résztvevők jártasságot szereznek a diszkalkulia terminológiájának aktuális, modern használatában, illetve a sajátos nevelési igény tárgykörébe tartozóan a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálatokat végző szakértői bizottságok által kiadott szakértői vélemények értelmezésében. A résztvevők olyan szakmaelméleti alapokra tesznek szert, melyek által képesek lesznek felismerni a diszkalkulia prediktív tüneteit és megtervezni az ellátási utakat. Elsajátítják a pedagógiai diagnosztika és a terápia szempontrendszerét, valamint betekintést nyernek azok legismertebb hazai és nemzetközi eszköztárába.

Részvételi díj: 75.000 Ft

Tervezett indulás: 2017-18-as tanév őszi félévében (augusztus-október hó), havi 1 alkalommal (tömbösítve: 2*3 nap, illetve 1*2 nap) – 2017. augusztus 28-29-30; 2017. szeptember 21-22-23; 2017. október 20-21.

Jelentkezési határidő: 2017. június 30.

Részletes információk a kari honlapon: <https://goo.gl/Y2MXxB>
e-mail: tovabbkepzo@barczi.elte.hu

SZEMÉLYISÉGFEJLESZTÉS ZENETERÁPIÁVAL PEDAGÓGUS- TOVÁBBKÉPZÉS

A 120 órás akkreditált pedagógus-továbbképzést azoknak a szakembereknek ajánljuk, akik saját élményen alapuló, zeneterápiás eszközökkel történő önismeretre, személyiségfejlesztésre vállalkoznak azért, hogy munkájukat hatékonyabban, empátikusabban tudják ellátni. Ebből a célból a résztvevők megismerik az emberi hang/hangadás pszichés hatásait, a zenei eszközöket használó kreatív nonverbális kommunikációt, a zene képzőművészeti eszközökkel való kifejezését, vizuális megjelenítését, a hang és mozgás kapcsolatát, valamint ismereteket és tapasztalatokat szereznek a rendszerelméletű családterápia elemeiről, a családon belüli alrendszerek működéséről, különös tekintettel a gyermeki szerepekre. Mindezt a zene eszközeivel sajátítják el a csoportdinamika tükrében. (A részvétel nem igényel zenei előképzettséget.)

Részvételi díj: 105.000 Ft

Tervezett indulás: 2017-18-as tanév őszi félévében (2017. nov. 24-25; dec. 1-2; jan. 5-6; jan. 12-13; jan. 19-20; jan. 26-27; febr. 2-3; febr. 9-10.) péntek-szombati képzési napokon (péntek 16-20, szombat 9-18 óráig)

Jelentkezési határidő: 2017. október 15.

Részletes információk a kari honlapon: <https://goo.gl/kab1pb>
e-mail: tovabbkepzo@barczi.elte.hu

SINDELAR–ZSOLDOS PROGRAM 1. – FEJLESZTŐ PROGRAM TANULÁSI ÉS MAGATARTÁSI ZAVAROK MEGELŐZÉSÉRE ÓVODÁSKORBAN ÉS ISKOLAKEZDÉSKOR

A 30 órás továbbképzés az 5-7 éves óvodás és iskolát kezdő gyermekek számára kidolgozott Sindelar-féle komplex képességfejlesztő-program alkalmazására készít fel, melynek célja a neurogén tanulási zavarok kialakulásának megelőzése.

A Sindelar-féle kognitív fejlesztő módszer az iskolai tanulást megalapozó, gyengén funkcionáló részképességek szisztematikus gyakorlását biztosítja. A fejlesztés területei: a figyelem, illetve az észlelés, az emlékezet, az intermodális integráció, a szerialitás és a téri orientáció.

A „Sindelar–Zsoldos program 1.” c. továbbképzés során megismert fejlesztő eljárás 5-7 éves korú óvodás, illetve 1. osztályos gyermekekénél alkalmazható.

Részvételi díj: 50.000 Ft (mely nem tartalmazza a továbbképzés elvégzéséhez szükséges tankönyv árát)

Tervezett indulás: 2017. szeptember 6-7-8., záró konzultáció 2017. november 3.

Jelentkezési határidő: 2017. június 30.

Részletes információk a kari honlapon: <https://goo.gl/Icss8D>
e-mail: tovabbkepzo@barczy.elte.hu

SINDELAR–ZSOLDOS PROGRAM 2. – TANULÁSI- ÉS MAGATARTÁSI ZAVAROK TERÁPIÁJA ISKOLÁSKORBAN

A 30 órás továbbképzés az iskoláskorúak számára kidolgozott Sindelar-féle komplex képességfejlesztő-program alkalmazására készít fel, melynek célja a neurogén tanulási zavar csökkentése, illetve a kognitív tanulási képességek megerősítése. A Sindelar-féle kognitív fejlesztő módszer az iskolai tanulást megalapozó, gyengén funkcionáló részképességek szisztematikus gyakorlását biztosítja. A fejlesztés területei: a figyelem, illetve az észlelés, az emlékezet, az intermodális integráció, a szerialitás és a téri orientáció. A továbbképzés során megismert fejlesztő eljárás általános iskolás 2–8. osztályos tanulóknál alkalmazható.

Részvételi díj: 50.000 Ft (mely nem tartalmazza a továbbképzés elvégzéséhez szükséges tankönyv és a Sindelar-tréningcsomag árát)

Tervezett indulás: 2017. szeptember 13-14-15.,
záró konzultáció: 2017. november 10.

Jelentkezési határidő: 2017. június 30.

Részletes információk a kari honlapon: <https://goo.gl/DOzJ5m>
e-mail: tovabbkepzo@barczy.elte.hu

Integrált szülő-csecsemő konzultáció szakirányú továbbképzés

Jelentkezési határidő: 2017. július 10.

A KÉPZÉSRŐL – AZ INTEGRÁLT SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓRÓL

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció a koragyermekkor (0-5 év) időszakában használható preventív és intervenciós módszer. A korai érzelmi és viselkedésszabályozási problémák (*regulációs zavarok*), kapcsolati nehézségek, és egyéb korai testi-lelki problémakörök kezelését, enyhítését célozza meg, ezzel támogatva a kiegyensúlyozott szülő-gyermek kapcsolatot és a harmonikus fejlődés lehetőségét.

A *regulációs zavarok* háttérében általában számos komponens állhat, amelyek hatással lehetnek a mindennapi interakciókra és ezáltal az alakuló szülő-gyermek kapcsolatra:

- a szülők pszichés nehézségei
- a gyermek temperamentuma, veleszületett, vagy idővel kialakuló testi problémái, betegségei
- a csecsemők és a szülők által átélt traumatikus élmények
- azonban leggyakrabban olyan egyidejű gyermeki, szülői és környezeti tényezők állnak a háttérben, amelyek együttesen nehezítik a szülő-gyermek kommunikációt és a közös érzelmi- és viselkedésszabályozást

E komplex problémakör megoldása (korai felismerés, megelőzés, illetve célzott, a kapcsolatra irányuló intervenció) interdiszciplináris és speciális szakmai felkészültséget igényel.

Képzésünk német hagyományokra épül, szilárd elméleti alappal, gyakorlatorientáltan készít fel konzultációra a megelőzést célozva, nem a klinikai megközelítést igénylő problémák kezelésére. Klinikus szakpszichológus/pszichoterápiás végzettséggel azonban terápiában is alkalmazható módszer.

Minden tudnivaló a jelentkezésről elérhető itt: <https://goo.gl/DPBSSh>

Bővebben a szülő-csecsemő konzultációról itt lehet tájékozódni:

<http://www.iszcsk.com>

E-mail: tovabbkepzo@barczy.elte.hu

Telefon:+36 1 358 5527

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

| | |
|---|-----|
| <i>Kereki Judit</i> : Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkori intervencióban | 93 |
| <i>Makrai Kata</i> : A középsúlyosan értelmi fogyatékos személyek felnőttiségről alkotott kép | 114 |

KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

| | |
|--|-----|
| <i>Gereben Ferencné</i> : A ketrebe zárt fiú és más történetek egy gyermekpszichiáter jegyzetfüzetéből | 128 |
| <i>Gereben Ferencné</i> : Petrovszki Mária – Rác Tünde: Mesés-rajzos családi művészetterápia | 130 |
| <i>Farkasné Gönczi Rita – Győri Zsófia</i> : Vedd és olvasd! Könnyen érthető bibliai üzenetek | 132 |

FIGYELŐ

| | |
|--|-----|
| <i>Baán Nikolett – Nagy Krisztina – Szántó Viktória Anna – Szöllősi Gábor – Szvorény Katalin</i> : Talpalj okosan! Legyen játék a tanulás! | 134 |
| <i>Kiss Brigitta</i> : Érzékenyítés Bárczi HÖK módra | 138 |
| <i>Farkasné Gönczi Rita</i> : Könnyen érthető kommunikációs képzés Miskolcon | 140 |

ORIGINAL PUBLICATIONS

| | |
|--|-----|
| <i>Kereki Judit</i> : Aims and Means of Early Childhood Intervention in Hungary | 93 |
| <i>Makrai, Kata</i> : Thoughts on adulthood of people with intellectual disabilities | 114 |

BOOKS AND NOVELTY

| | |
|---|-----|
| <i>Mrs. Gereben, Ferencné</i> : The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook | 128 |
| <i>Mrs. Gereben, Ferencné</i> : Petrovszki Mária – Rác Tünde: Family art therapy with tales and drawings | 130 |
| <i>Mrs. Farkasné Gönczi Rita – Győri, Zsófia</i> : Buy and Read! Easy to understand biblical messages | 132 |

OBSERVER

| | |
|---|-----|
| <i>Baán, Nikolett – Nagy, Krisztina – Szántó, Viktória Anna – Szöllősi, Gábor – Szvorény, Katalin</i> : Smart footsteps! Make learning fun! | 134 |
| <i>Kiss, Brigitta</i> : Sensitisation in Bárczi HÖK mode | 138 |
| <i>Mrs. Farkasné Gönczi, Rita</i> : Easy to understand communication training in Miskolc | 140 |

