

SZAKDOLGOZAT

Károlyné Tóth Zsuzsanna

2023



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem

Kaposvári Campus

Neveléstudományi Intézet

**Tanulásban akadályozottak pedagógiája – logopédia
alapképzési szak**

**A korai komplex fejlesztés hatása az ellátottak és családjaik
életminőségére**

Belső konzulens: Tóth-Szerecz Ágnes
tanársegéd

**Belső konzulens
intézete/tanszéke:** Neveléstudományi Intézet
Gyógypedagógiai Tanszék

Készítette: Károlyné Tóth Zsuzsanna

2023

Tartalom

Bevezetés	4
1. A témaválasztás indoklása	5
2. A kutatás célja	6
3. Kutatási kérdések	7
4. Szakirodalmi áttekintés	8
4.1. A témához kapcsolódó fogalmak	8
4.1.1. A kora gyermekkori intervenció fogalma	8
4.1.2. A korai fejlesztés és kora gyermekkori intervenció	8
4.1.3. A korai fejlesztés a gyógypedagógus szemszögéből	9
4.1.4. A kora gyermekkori beavatkozások tartalma - rehabilitációs modellek	9
4.1.5. A kora gyermekkori intervenció Európában	10
4.1.6. A kora gyermekkori intervenció jelenlegi helyzete Európában	10
4.1.7. A kora gyermekkori intervenció Magyarországon	12
4.1.8. Komplex vizsgálat	12
4.1.9. Gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás	13
4.1.10. Pszichológiai segítség	13
4.1.11. Mozdásfejlesztés	13
4.2. Szabályozás	13
4.3. A kora gyermekkori intervenció alapelvei	14
4.4. A kora gyermekkori intervenció intézményrendszere, az ellátásban résztvevő személyek köre	15
4.4.1. Javaslatok a rendszer fejlesztésére	20
4.5. Családi háttér	23
4.5.1. Az anya-gyermek kapcsolat	23
4.5.2. Az apa-gyermek kapcsolat	23
4.5.3. A testvérek kapcsolata	23
4.6. Az ellátásig vezető út	24
5. Kutatás	26
5.1. Módszer	26
5.2. Minta	26
5.3. Eredmények	29
5.4. Kutatási kérdések megválaszolása	38
6. Összegzés	40
Irodalmi jegyzék	42
Függelék	<i>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</i>

BEVEZETÉS

Egy gyermek születése a szülők számára örömteli esemény, hosszú várakozás, készülődés, álmodozás, tervezés után. Többnyire nem az az elsődleges, hogy lány lesz- e a jövevény, vagy fiú, hanem hogy épen és egészségesen jöjjön világra. Ezután igen nehéz – akár rögtön a születéskor, akár a későbbiekben azzal szembesülni, hogy a gyermek sérült. Ilyenkor nem könnyű az elfogadás, a továbblépés, szinte mindenki okokat gyárt és felelősöket kutat. Általánosan jellemző a „miért pont velünk történik ez” érzés, hiszen amit addig esetleg csak külső szemlélőként tapasztaltak, ezentúl a saját valóságuk is, melyben önmaguktól kezdve a tágabb családon és a baráti körön át a társadalomig mindenki el kell fogadtatni, hogy ez a gyermek más, mint a többi, de nem rosszabb. Az első sokk után a legtöbb szülő mindent megtesz annak érdekében, hogy a lehető legkönnyebb és legboldogabb életet biztosíthassa sérült gyermekének. (Fatalin, 2009) Számptalanféle terápia, kezelés elérhető napjainkban és a legtöbb család a kuruzslástól a valóban haszonnal bíró fejlesztő foglalkozásig mindent kipróbál a fogyatékossgal élő gyermek – és rajta keresztül az egész rokonság – boldogulása érdekében. Utóbbiak közé tartozik a korai intervenciós ellátás, melynek nagy előnye, hogy nem csak a sérült személyre fókuszál, hanem az egész család jóllétét, integritását szem előtt tartja.

1. A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

A kora gyermekkori ellátó rendszer strukturális fejlődése jelenleg is befejezetlen, a kezdeményezés megtörtént, de a törvényi szabályozás és az ágazatok közötti együttműködés még mindig nem megfelelő. Szeretném megismerni, hol tart most a fejlődés, milyen gátjai vannak az előmenetelnek, ha vannak és milyen intézkedésekkel lehetne elősegíteni a megvalósulást. Saját és a környezetemben élő érintett családok tapasztalatai alapján a rendszer még mindig hiányosságokkal küzd. Kíváncsi vagyok arra, mi az oka annak, hogy az ágazati összefogás, miért nem tud megfelelően kialakulni, miből fakad az, hogy az érintett egészségügyi ellátó rendszer szakemberei nem alakítottak ki egy országos egységes protokollt az újszülöttek, koraszülöttek fejlődésének nyomon követésére. Továbbá, az ágazatokban dolgozó szakemberek miért nem bővítik tudásukat a másik ágazat ismereteivel, hogy a gyermekek minél korábban bekerülhessenek az ellátásba, hiszen ez legalább olyan fontos, mint egy stroke érintett beteg időkorlátán belüli kezelés. Tudjuk, - kutatások, tanulmányok támasztják alá -, hogy minél előbb kezdik el fejleszteni a gyermekeket, annál nagyobb az esélyük a gyógyulásra, fejlődésre, mely nagy hatással van nem csupán az ő jövőjükre, hanem a társadalomra, és az ország gazdaságára is.

A mai tudásommal azt gondolnám, ez egy ország számára a legfontosabb célkitűzés kellene, hogy legyen és a megvalósítást extra gyorsasággal kellene támogatni, hiszen rendelkezésre állnak a kiváló szakemberek minden ágazatban.

Remélem, hogy kérdéseimre választ kapok a választott szakirodalom feldolgozása során. Amennyiben nem minden kérdésemre kapok kielégítő választ további szakirodalmak elolvasásával bővítem ismereteimet és a jövőben figyelemmel kísérem a fejlődés alakulását.

2. A KUTATÁS CÉLJA

Kutatásom során olyan szülőket keresek fel, akiknek gyermeke fogyatékoságban érintett és korai intervenciós ellátásban részesült, illetve nem részesült – utóbbi a kontroll csoport.

Megvizsgálom, a szülők/családok tudják-e, hogy milyen jelekre kell figyelniük, kaptak-e felvilágosítást, hogy milyen jelekre kell figyelniük, hova fordulhatnak, ha kételyeik vannak? Mihez tudnak kezdeni a különböző javaslatokkal, merre lépnek tovább? Hogyan bizonyosodnak meg róla, hogy minden rendben van-e és megnyugodhatnak, és mit tudnak tenni, hogy beigazolódjon, hogy ők érezték jól, és valami nincs rendben a gyermekkel, így részesülhetnek a korai intervenciós ellátásban? Tehát: Kapnak-e időben a szülők megfelelő felvilágosítást, hogy a gyanús jeleket időben észrevehessék és alkalomadtán tudják, hogy hova fordulhatnak. A fejlesztésben részt vettek milyen tapasztalatokkal rendelkeznek a fejlesztés hatására, pl.: könnyedén be tudott-e illeszkedni a gyermek az óvodai, iskolai környezetbe; a követelményeket, elvárásokat az oktatási rendszerben tudta-e teljesíteni, vagy akadtak-e tanulási nehézségek, tanulási zavarok enyhe, esetleg súlyos formában. Aki nem részesült korai fejlesztésben, de később az oktatás során tanulási nehézséget, vagy zavart állapítottak meg nála, az vissza vezethető-e a korai fejlesztés hiányára?

3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Kutatásom megkezdése előtt az alábbi kérdéseket fogalmaztam meg az eredményekre vonatkozóan:

K1: A szülők meglátása szerint a korai fejlesztés milyen hatást gyakorolt gyermekük életminőségére?

K2: Jellemzően ki az, aki észleli a korai fejlesztés szükségességét a gyermek fejlődési eltérései miatt?

K3: Mi a szülők véleménye a korai fejlesztésben létrejövő ágazati együttműködésről?

4. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

4.1. A témához kapcsolódó fogalmak

4.1.1. A kora gyermekkori intervenció fogalma

„A korai fejlesztés feladata a komplex koragyermekkori intervenció és prevenció: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.” (15/2013. (II.26.) EMMI rendelet)

A kora gyermekkori intervenciók szolgáltatások magukban foglalják a pre-, valamint perikonceptuális időszak megelőző, azaz preventív jellegű ellátási folyamatait, továbbá beletartozik a fogantatástól egészen a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekre és rajtuk keresztül a családokra fókuszáló ellátások és szolgáltatások összessége. Ide tartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik egyénre szabott támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális integrációjának érdekében. A kora gyermekkori intervenció első lépése a szűrés lefolytatása, majd probléma felismerés és jelzése. Ezután következik az állapotmegismerés, a diagnosztizálás. A szolgáltatások összessége magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs tevékenységet, a (pszicho)terápiát, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás és fejlesztés tevékenységét, illetve a juttatási rendszert is. Szemléletében kiemelt szerepet tölt be a prevenció tényező, amelybe beleértendő a mentális egészség, a viselkedésszabályozást kedvezőtlen irányba befolyásoló szociális mintázatok pozitív befolyásolását (Kereki, 2020).

4.1.2. A korai fejlesztés és kora gyermekkori intervenció

A tudomány fejlődése azt eredményezi, hogy a szakmai terminológia is változik, differenciálódnak, finomodnak az egyes fogalmak, megnevezések. Napjainkban a korai fejlesztés helyett inkább a kora gyermekkori intervenció kifejezés az elfogadott. A két megnevezés eltérő meghatározással rendelkezik: amíg a korai fejlesztő munka középpontjában csak a gyermek áll, addig a kora gyermekkori intervenció során az egész családja, valamint az őket körülvevő környezet is fókuszba kerül. (Czeizel, 2009 id. Marton, 2020)

4.1.3. A korai fejlesztés a gyógypedagógus szemszögéből

A korai fejlesztés fentiekben idézett meghatározása összefoglalja a gyógypedagógiai feladatokat.

Amennyiben szükség van a korai fejlesztésre és gondozásra, azt a pedagógiai szakszolgálat a gyermek 18 hónapos korától megkezdi, a vármegyei szakértői bizottság javaslata alapján. Az egyéni fejlesztési terv tartalmának kidolgozása a gyermeket ellátó gyógypedagógus feladata, majd ő ismerteti azt a szülőkkel. A fejlesztési év legvégén értékelési lapot állít össze, és eljuttatja a területi illetékességgel bíró vármegyei szakértői bizottság részére. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati működésről kimondja, hogy a benyújtott értékelés alapján a szakértői bizottság a belátásuk szerinti szükséges mértékben módosíthatja a korábban kidolgozott javaslatot.

A gyermek fejlesztésére 18 hónapos kora előtt a járási pedagógiai szakszolgálat is készíthet javaslatot, a szakorvos véleménye alapján. A fejlesztésre adott esetben a család otthonában is sor kerülhet, de az a jellemzőbb, hogy a szakszolgálat épülete áll rendelkezésre e célra. A foglalkozás az esetek többségében egyénileg történik, és a csoportos foglalkozás létszáma sem lehet több hat főnél. A fejlesztés időkerete 3 éves korig heti 1-4 alkalom, 5 éves korig heti két alkalom a minimum, 6 éves korig pedig nem lehet kevesebb a foglalkozások száma heti öt óránál. (15/2013. (II.26.) EMMI rendelet)

4.1.4. A kora gyermekkori beavatkozások tartalma - rehabilitációs modellek

A kliensútmodell

A modellt Kereki (2015) dolgozta ki és alapja a jelenlegi szolgáltató rendszer. A cél az, hogy a fejlesztés igénylő gyermek és családja minél előbb ellátást kapjon. Ezt a modellt úgy tartja megvalósíthatónak, ha a különböző szolgáltatók – főként a köznevelés és az egészségügy – rendszerei összekapcsolódnak, így gördülékenyebb a kliensek tovább küldése a megfelelő intézményekbe. (Kereki, 2015b id. Kereki, 2020)

A lehetséges gyermekút modell

Ez a modell – melyet az egészségügyben megvalósult Kora gyermekkori program keretében fejlesztettek ki (Kereki et al., 2014 id. Kereki, 2020) – a folyamatdiagnosztikára és a szervezett ellátásra épül, amit egy koordinációs team tart kézben.

4.1.5. A kora gyermekkori intervenció Európában

Európában a kora gyermekkori intervenció alapját az ENSZ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló Egyezménye és az Európa Tanács Akcióterve képezi.

→Az ENSZ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló Egyezménye

Az Egyezmény célja „... valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlásának előmozdítása, védelme és biztosítása valamennyi fogyatékosággal élő személy számára, és a velük született méltóság tiszteletben tartásának előmozdítása.” (Jelentés a fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény Európai Közösség által történő megkötéséről szóló tanácsi határozatra irányuló javaslatról) Az ENSZ Egyezmény minden fogyatékosággal élő személy alapvető jogait tárgyalja.

Az Európa Tanács Akcióterve a fogyatékos emberek jogai érvényesülésének elősegítése és a társadalomban való teljes körű részvételük előmozdítása érdekében

Az Európa Tanács által 2003-ban kidolgozott Akcióterv egy 47 ország által elfogadott dokumentum, 2006-ban született róla megállapodás. Célja az volt, hogy a 2006 és 2015 közötti meghatározott időszakban előmozdítsa az Európában élő fogyatékosággal élő személyek életminőségét. Az Akcióterv egyben egy útmutató is, amely lehetőséget ad arra, hogy egy adott ország rugalmasan alkalmazza a saját adottságaihoz igazítva. A tervben kiemelten szerepelnek a gyermekek és a fiatalok szükségletei, valamint a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásokra vonatkozó javaslatok.

A dokumentum a beavatkozás hatékonyságát az alábbiakban látja:

- multidiszciplináris szemlélet
- szülők bevonása
- hatékony korai diagnosztikai rendszer
- egységes protokoll a segítségnyújtásra
- szülői tréningek
- egységes szolgáltatási modell létrehozása országok, régiók és szakmák közös részvételével. (Európa Tanács Miniszteri Bizottsága, 2006)

4.1.6. A kora gyermekkori intervenció jelenlegi helyzete Európában

A kora gyermekkori intervenciók ellátás szervezettsége, struktúrája tekintetében összefüggéseket találhatunk azzal, hogy centralizált vagy decentralizált irányítási, igazgatási rendszer működik az adott országban. A legtöbb európai ország decentralizált berendezkedésű, ami általában azt jelenti, hogy egy-két központi intézmény mellett a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásai nagy része egy állami, regionális és/vagy helyi decentralizált

modellen alapul (például Ausztriában, Németországban, Hollandiában, Belgiumban, Spanyolországban, Svájcban, Dániában, Finnországban, Norvégiában és Svédországban). Más országokban a centralizált és a decentralizált rendszer kombinációja a jellemző oly módon, hogy az egyes szintek felosztják maguk között a feladatokat és a felelősséget (így működik a rendszer például Máltán, Franciaországban, Észtországban, Lettországon, Litvániában, illetve Görögországban). Mindenhol megfigyelhető az az általános célkitűzés, hogy az ellátott gyermekeknek és családoknak egyenlő esélyű hozzáférést biztosítsanak, ezért a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatások a lehető legközelebb települnek hozzájuk, erre például Portugáliában külön törvényt is megfogalmaztak, Svájcban és Németország egyes tartományaiban pedig az otthoni terápiát részesítik előnyben. (Kereki, 2020) A nagyfokú igyekezet és figyelem mellett mégis tapasztalhatók az egyenlőtlenségek a régiók, városok és vidéki települések között (Eadsne, 20210. id. Kereki, 2020).

Jó gyakorlatok: Svájcban a városi és a vidéki lakosoknak nyújtott kora gyermekkori intervenciók szolgáltatások – amelybe beletartozik az otthon végzett terápiás ellátás is - egyformán magas minőségűek. Finnországban az érintett gyermek számára a család otthonához lehető legközelebbi helyszínen elérhető szolgáltatásokat ajánlják fel, és ha a távolság így is jelentős, abban az esetben az egészségügyi és utazási költségeket átvállalja a kientől a nemzeti társadalombiztosítási rendszer (European Commission, 2013, id. Kereki, 2020).

„...az európai országok szakpolitikai intézkedései és kezdeményezései egyértelműen kimondják: a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásoknak és ellátásnak minden erre rászoruló gyermekhez és családhoz el kell jutnia, függetlenül szociális, gazdasági háttérüktől.” (Kereki 2020, 84) Ezáltal az érintett gyermekek családjai mentesülnek a fizetési kötelezettség alól (például Írországon és Ausztria egyes részein). Egyes országokban (például Belgiumban) az ellátás kisebb összegű hozzájárulásért cserébe. Esetenként a fizetős magánellátást választják inkább a szülők, akár a minőségibb szolgáltatásban vagy a nagyobb szakértelemben reménykedve (Kereki, 2020).

Az Euryaid (European Association on Early Childhood Intervention) egy 1989-ben alakult civil szervezet, mely 13 nyugat-európai országban működő kora gyermekkori intervenció tartalmáról, felépítéséről, intézményeiről stb. gyűjtött adatokat. (Mombaerts, 2010)

Az ebből kinyert eredmények alapján a következő megállapításokat találták:

- Szinte minden országban biztosított a családok számára ellátás.
- Állami, civil és non-profit szervezetek mind megtalálhatók a szolgáltatók soraiban.

- Különböző mértékben, de minden ország megtéríti a szolgáltatások igénybevételét, a szükséges egyéb költségeket a szülők hozzájárulásából és adományokból fedezik.
- Majdnem minden ország működtet korai fejlesztő centrumot (1 centrum/ 50000-600000 lakos, intézményenként 50-200 fő).
- Többnyire fogyatékoság szempontjából mindenre nyitott intézmények, ritkábban, fogyatékoság specifikus centrumok.
- A kora gyermekkori intervenció tevékenységet folytató szakemberek köre: orvos, gyógypedagógus, orvosi terapeuták- pl. pszicho-terapeuta, beszéd-terapeuta – nővérek, szociális munkás, családgondozó stb.
- A centrumokba az egészségügyi és oktatási szféra különböző intézményei utalhatják a családokat, de ők maguk is jelentkezhetnek. (Mombaerts, 2010, id. Magyar)

4.1.7. A kora gyermekkori intervenció Magyarországon

Magyarországon a korai fejlesztés az 1990-es évek során vált önálló szakmává, mára pedig a gyógypedagógia egyik önálló tudományága. A Köznevelési Törvényben (1993.) és későbbi módosításaiban (1996. és 1998.) is állami feladatként szerepel. Ez alapján azok a civil szervezetek, melyek korai fejlesztést végeznek, részesülhetnek állami támogatásban (úgynevezett „normatívában”). Az Esélyegyenlőségi Törvény (1998) részletesen leírja a fogyatékosággal élő személyek jogait, melyek között szerepel a korai fejlesztés igénybevételéhez való jog. Sajnálatos jelenségnek tekinthető, hogy hazánkban az információáramlás és a szakemberek hiánya miatt sokan nem részesülnek azokban a szolgáltatásokban, amelyek a jog szerint megilletnék őket. Jellemző továbbá az is, hogy a családok olyan intézményt keresnek, ahol komplex szolgáltatásokat tudnak igénybe venni – azaz ugyanazon a helyszínen jelen van minden szakember: a gyógypedagógus, az orvos, a pszichológus, valamint a gyógytornász. (Czeizel, 2009)

A kora gyermekkori intervenció magában foglalja a gyermek komplex vizsgálatát, a fejlődés szintjének felmérését, gyógypedagógiai fejlesztést és tanácsadást, a pszichológiai segítségnyújtást, a mozgásfejlesztést, valamint az egyéb szolgáltatásokat.

4.1.8. Komplex vizsgálat

A komplex vizsgálat a fejlődés szintjének felmérését jelenti, melynek során az orvos, a gyógypedagógus és a pszichológus minden egyes fejlődési területet külön-külön megvizsgál, így megállapítható a fejlődési diagnózis, és ezen keresztül a család szükségletei. A kapott

eredmények alapján lehetőség nyílik további vizsgálatok, illetve fejlesztési lehetőségek kijelölésére. (Czeizel, 2009)

4.1.9. Gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás

A gyógypedagógus feladatai közé tartozik, hogy a gyermek erősségeire alapozva fejlessze a megkésett területeket, elkészítse az egyéni fejlesztési tervet, pedagógiai tanácsadást nyújtson a szülők számára. Adott esetben a családot otthonukban is felkeresi, és a nevelési-oktatási intézménybe is ellátogat. (Czeizel, 2009)

4.1.10. Pszichológiai segítség

A pszichológus szerepe lényegesen felértékelődik, amikor egy családba fogyatékossgal élő gyermek születik. A szakember sikerrel közreműködhet az új élethelyzet feldolgozásában. Egy jó pszichológus közreműködésével egyre több sérült gyermek nevelkedhet családban ahelyett, hogy intézetbe kerülne, ők ezáltal jelentősen nagyobb esélyt kapnak arra, hogy sikeresen beilleszkedjenek a társadalomba. (Czeizel, 2009)

4.1.11. Mozgásfejlesztés

Az érintett gyermekek számára a mozgásállapotukhoz mérten rendelkezésre áll a DSGM-kezelés (Dévény-féle Speciális Manuális Technika), a Tervezett Szenzomotoros tréning, valamint az egyéni és a csoportos gyógytorna. (Czeizel, 2009)

4.2. Szabályozás

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 47. § (1) kimondja: „A sajátos nevelési igényű gyermeknek, tanulónak joga, hogy különleges bánásmód keretében állapotának megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai ellátásban részesüljön attól kezdődően, hogy igényjogosultságát megállapították. A különleges bánásmódnak megfelelő ellátást a szakértői bizottság szakértői véleményében foglaltak szerint kell biztosítani.” (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről)

Egy hazai kutatás a témában: Magyarországi helyzetértékelés a kora gyermekkori intervenció rendszeréről

A Gézengúz Alapítvány 2018-ban publikálta eredményeit a kora gyermekkori intervenció aktuális helyzetéről Magyarországon. Az Agora néven futó projekt célja az volt, hogy feltárja a kora gyermekkori intervenció működésének rendszerét, valamint a szakemberek és az ellátást

igénylő családok esetleges nehézségeit. A kutatás igen széles problémakörben vizsgálódott, melybe beletartozott:

- a szűrővizsgálat és a beutalás,
- a rendszerre való jogosultság kérdése,
- a szolgáltatási rendszer hozzáférési pontjai,
- az egyénre szabott fejlesztési terv kidolgozása és megvalósítása,
- a szolgáltatási terv megvalósulásának nyomonkövetése és az ennek során összegyűjtött eredmények kiértékelése,
- az interdiszciplináris felmérő vizsgálatok,
- a potenciális stressz tényezők felmérése,
- az újfajta szakellátásba történő átadás megszervezése,
- az utánkövetés és a gondozás,
- a személyi felkészültség és a képesítés,
- a jogszabályok, törvények és a pénzügyi források. (Gézengúz Alapítvány, 2018)

A kutatás során nyert adatok az előzetes tervek szerint arra szolgáltak, hogy segítséget nyújthassanak egy megfelelő kora gyermekkori intervenciós modell, illetve a hozzáillő megvalósítási stratégia kialakításához.

A vizsgálat általános konklúziója az volt, hogy bár a kora gyermekkori intervenciós munka során elengedhetetlen a társszakmák – azaz az egészségügy, a köznevelés és a szociális ágazat – együttműködése, ezek szabályozása, működése, finanszírozása és a szakemberképzés egyelőre még jelentős mértékben eltér egymástól. (Gézengúz Alapítvány, 2018)

4.3. A kora gyermekkori intervenció alapelvei

Annak érdekében, hogy a kora gyermekkori intervenció megvalósuljon és hatékonyan működhessen, megfelelő alapokra van szükség, amelyhez elengedhetetlen a szolgáltatások mindenki számára elérhető volta, a térben való közelség, a szolgáltatások variabilitása, a szakmai együttműködés, és az anyagi háttér biztosítása.

Az elérhetőség elve

A szolgáltatásoknak mindenki – mind a gyermek, mind a család – számára elérhetőnek kell lenniük, esetleges regionális különbözőségektől függetlenül.

A közelség elve

Fontos, hogy a szolgáltatások földrajzi szempontból is a lehető legközelebb legyenek a kliens lakóhelyéhez. Ide tartozik továbbá az is, hogy a szolgáltatás igénybevétele során a gyermek és rokonai család-központú szemlélet szerinti bánásmódban részesüljön.

A szolgáltatások sokféleségének elve

A különböző szolgáltatók (itt: az egészségügyi, a szociális és az oktatásügyi szféra) egymással összhangban végzik a feladatokat, szem előtt tartva a prevenciót, mint legfőbb szempontot.

Az interdiszciplináris team munka elve

A különböző szakterületek képviselői egymással összefogva, csapatként végzik a gyermek és a család ellátását.

A költségfedezet elve

Nem minden család teheti meg, hogy anyagilag támogassa gyermeke fejlesztését, ezért az ő érdekükben elengedhetetlenül fontos, hogy az egyes szolgáltatások akár ingyenesen, vagy csak nagyon alacsony összegű anyagi ráfordítással elérhetők legyenek. (Rejtett Kincsek Down Egyesület, 2017)

4.4. A kora gyermekkori intervenció intézményrendszere, az ellátásban résztvevő személyek köre

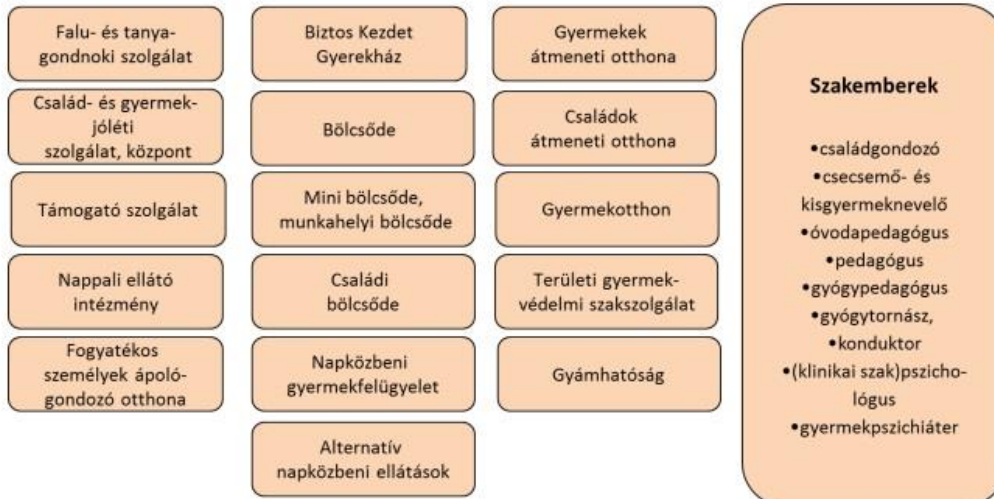
Magyarországon a kora gyermekkori intervenció intézményrendszere igen szerteágazó, sokféle területet foglal magában. Ebbe a körbe tartoznak a családdal kapcsolatba kerülő különböző intézmények és az ott dolgozó személyek a gyermek fogantatásától kezdve az iskolakezdésig egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi és gyermekjóléti, valamint köznevelési területen.

Az alábbi táblázatban Kereki és Kispéter (2018) bemutatja a különböző ágazatok szereplőit. A táblázat Kereki (2017) munkája.

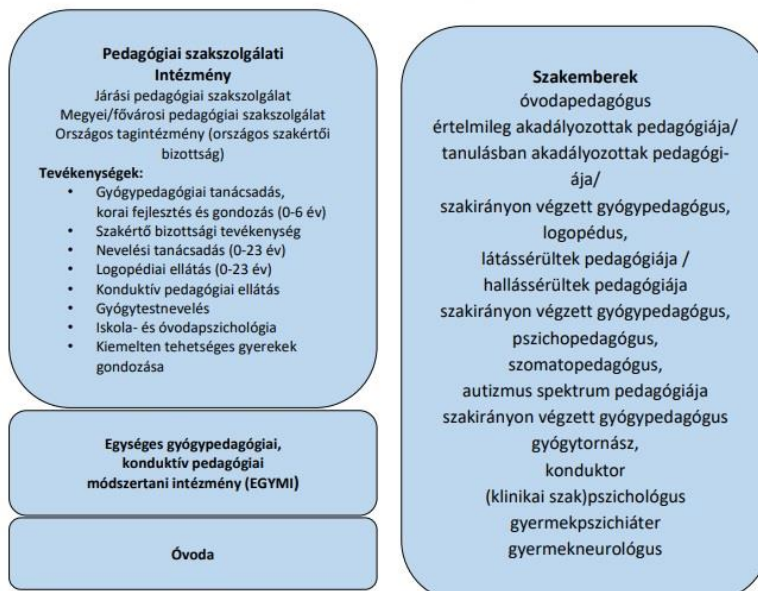
Egészségügyi ellátók



Szociális/gyermekvédelmi/gyermekjóléti intézmények



Köznevelés intézményei



Egyéb intézmények



1. táblázat: A kora gyermekkori intervenció intézményrendszere és szereplői. (Kereki, 2017 in. Kereki és Kispéter, 2018)

A gyermekek és családjaik számára az egészségügy, a szociális ágazat, az oktatási-nevelés és egyéb szektorok által biztosított kora gyermekkori intervenciók ellátásokat, szolgáltatásokat és feladatokat Kereki (2020) az alábbiak szerint összegezte európai szinten:

Egészségügy	Szociális ágazat	Oktatás-nevelés	Egyéb szektorok (civiliek)
Az anyaságot és a gyermek egészséges fejlődését támogató orvosi szolgáltatások (amelyek pre- és posztnatális ellátást nyújtanak)	Gyermekvédő szolgáltatások és gyermekfejlesztő központok vagy szolgálatok	Bölcsőde vagy óvoda a mainstream vagy a speciális iskolákban	Kora gyermekkori intervenciók és szolgáltatások és projektek
Egészségügyi központok és klinikák (amelyek diagnosztikai és	Családi tanácsadó és támogató központok vagy szolgáltatások	Magán és önkéntes iskola előtti, kötelező bölcsődei vagy	Koordinatív szolgáltatások vagy sajátos nevelési igényű

orvosi kezelési szolgáltatást nyújtanak)		óvodai szolgáltatások	gyermekkel és családjaikkal foglalkozó koordinátorok
Családi konzultációs szolgáltatások vagy támogatási szolgáltatások a gyermek és a családok részére	Napközbeni ellátó szolgáltatások, bölcsődék vagy közös játszócsoportok	Pedagógiai-pszichológiai tanácsadó központok vagy szolgálatok és gyermekfejlesztő központok	
Mentális egészségügyi egységek és rehabilitációs egységek	Az integrációt célzó támogatási szolgáltatások a napközi ellátó intézményekben	Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	
Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	Kora gyermekkori intervenciós központok (korai fejlesztő központok) vagy szolgáltatások	Támogató szolgáltatások (érzékszervi) korlátozottsággal élő, súlyosan, halmozottan fogyatékos stb. gyermekek számára)	
	Csecsemőotthonok és súlyosan fogyatékos gyermekek számára létrehozott intézmények		

2. táblázat: A különböző szektorok által nyújtott legfontosabb szolgáltatási formák (Kereki, 2020).

2008-ban a Tárki-Tudok Zrt. a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány megbízásából széleskörű kutatást végzett a kora gyermekkori intervenciós rendszer

működésének feltárására, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megrendelésére. Az adatok alapján Észak-Magyarország, azon belül is leginkább Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye az, ahol a legtöbb rendellenesség tapasztalható, ugyanis úgy tűnik, hogy itt van az országban a legnagyobb elmaradás a kora gyermekkori intervenciós ellátás tekintetében. Kimondottan jól megvalósul a kora gyermekkori intervenció számos másik mellett például Baranya vármegyében, és a középmezőnyhöz – az átlagosan teljesítő területek közé - tartozik többek között Jász-Nagykun-Szolnok vármegye.

A becült adatok alapján, Magyarországon a 6 évesnél fiatalabb korosztályban körülbelül 9-10 ezer olyan gyermek van, aki kora gyermekkori intervenciós ellátásra szorul, melyből mindössze körülbelül 4-5 ezer fő nem részesül ebben az ellátásban, azaz több, mint 30 százaléka a rászoruló gyermekeknek nem részesül a szolgáltatásban (Kereki, Lannert, 2009, id. Kereki, 2010).

A védőnői adatbázis szerint az alábbiak szerint alakult az ellátásra szoruló és a ténylegesen ellátásban részesült gyermekek létszáma a fent említett három vármegyében, a 2007-es évben:

Megye	Korai ellátásra szoruló becült száma (védőnői adatok alapján)	Korai ellátásban részesültek becült száma (védőnői adatok alapján)	A rászorulóak közül hány százalék kap ellátást (védőnői adatok alapján)	Intézményes ellátásban részesülők száma (intézmények adatai alapján)
Baranya megye	325	220	67,7%	365
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	1045	510	48,8%	306
Jász-Nagykun-Szolnok megye	320	248	77,5%	44
Országos összesítésben	9030	5663	66,2%	4147

3. táblázat: A hat éven aluli rászorulóak és az ellátásban részesülők adatai, 2007 (Kereki, 2010)

A védőnők által megállapított adatok alapján Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében lényegesen alacsonyabb az ellátásba bekerülő rászoruló gyermekek aránya, mint a vizsgálatban szereplő másik kettőben, mivel itt gyakorlatilag a rászorulóak fele ellátatlanul marad. Baranya vármegyében 32% a rászoruló-ellátott arány, ami az országos átlaghoz közeli értéket képvisel, míg Jász-Nagykun-Szolnok vármegyében alig több, mint 20%-os az ellátatlanok aránya, eszerint a jó helyzetben lévő vármegyék közé tartozik, a védőnők meglátásai alapján. „Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében háromszor annyi gyermeket ítélnék rászorulónak, mint Baranyában, s a védőnők szerint a gyerekek fele jut el ellátásba, ugyanakkor a válaszadó intézmények a rászorulóak becült számának csak egyharmadát látják el. Védőnői beszámolók alapján sok a diagnosztizálatlan, ellátásba elsősorban szociálisan hátrányos helyzete okán be

nem jutó gyermek. Az országos megoszláshoz képest is nagyobb arányt képviselő rászoruló gyermekek jelenléte a legproblémásabb vármegyék közé sorolja Borsod-Abaúj-Zemplént.” (Kereki, 2010)

Az alapkutatásból kiderült, hogy a szakértői bizottságok által alkalmazott diagnosztikus eljárások többsége régmódi, standardizálatlan, sérti a szerzői jogokat, és engedély nélkül használt módszerek. Hiányzik egy az egységes, korszerűen kidolgozott diagnosztikai rendszer, valamint korai vizsgálati eljárások lebonyolítását szabályozó egységes protokoll is. (Kereki és Lannert, 2009, id Kereki, 2010)

Összességében megállapításra került, hogy nem csupán az ellátásra rászoruló és a rendszerbe jó esetben bekerülő kliens, hanem a szakemberek számára is áttekinthetetlen hazánkban a kora gyermekkori intervenció intézmények hálózata, a kliens útja a rendszerben szinte követhetetlen, és nem létezik egységes protokoll, amely megfelelően koordinálná ezt az utat a probléma felismerésétől az ellátásba való bekerülésig. Nagy problémát okoz az információhiány, mert a szülők így tanácstalanok, hová fordulhatnak, ha gyermekük valamilyen rendellenességgel jön világra, vagy elmaradás mutatkozik a fejlődésében. Jellemző, hogy azokban a vármegyékben, ahol működik korai fejlesztő központ, a szülők hamarabb jutnak el ezekbe az intézményekbe, mint a szakértői bizottsághoz. Ugyanakkor, ahol nem működik korai fejlesztő központ, ott az otthoni ellátás szerepe nagyobb, mert a szolgáltatás „elaprózódik”. (Kereki, 2010)

4.4.1. Javaslatok a rendszer fejlesztésére

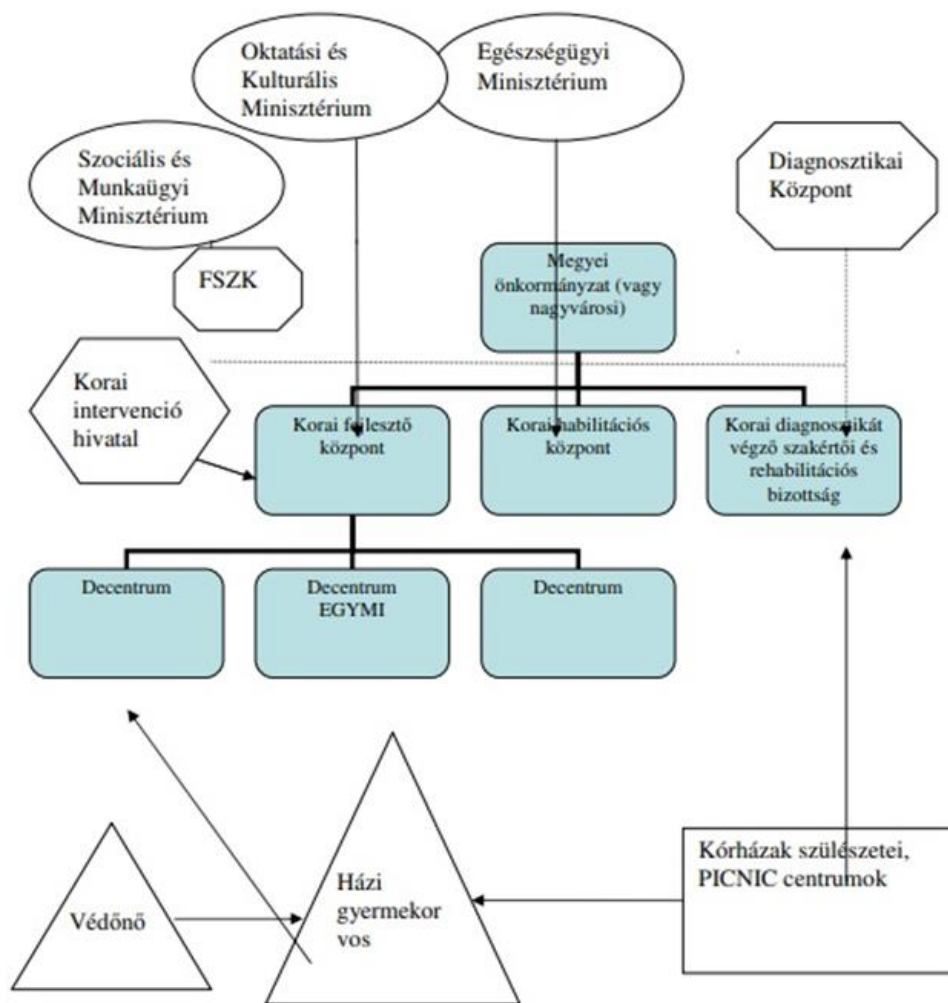
A Tárki-Tudok Zrt. fentiekben röviden ismertetett kutatásának eredményei alapján születtek javaslatok a kora gyermekkori intervenció rendszer hatékonyabb működését elősegítő fejlesztési lehetőségekre vonatkozóan. Habár a kora gyermekkori intervenció ellátás nemzetközi szinten is sikeres, mégis fontos szempont a szakmai professzionalitás tovább erősítése egy hatékony stratégia kialakításával, követendő szakmai irányelvek szakmai irányelvek megfogalmazásával, továbbá a humán erőforrások kiaknázásával. Mindenképpen szükséges egy hatékonyan és racionálisan működő intézményrendszer felépülése, és a szabályozás tisztázása, a minőségbiztosítás. Elengedhetetlen az is, hogy a szülők a rendszer aktív tagjaivá váljanak.

JA vizsgálat eredményei alapján megfogalmazott javaslatok a kora gyermekkori intervenció ellátórendszer fejlesztésére:

1. Egységes stratégia létrehozása.
2. Kiemelt program indítása a kora gyermekkori intervenció fejlesztésére.

3. Az ágazatok közötti hatékony koordináció megteremtése vagy önálló Gyermek és ifjúságügyi Minisztérium felállítása.
4. A fejlesztésre szoruló gyermekek ellátásának koordinációját és szakmai kontrollját végző intézmény vagy testület létrehozása.
5. A korai fejlesztés szakmai irányelveinek kidolgozása.
6. Szakmai szerveződések létrehozásának támogatása, a szakmák közötti konzultációs lehetőségek megteremtése.
7. A magyar korai fejlesztés és rehabilitáció nemzetköziesítése.
8. Protokoll kidolgozása a gyermek útjára.
9. A védőnők és a kórházak közötti kapcsolat erősítése.
10. A hazai szűrővizsgálatok egységesítése.
11. Korszerű, a védőnők által is használható szűrőeljárások bevezetése.
12. A Biztos kezdet Gyerekházainak gyógypedagógiai szűrésének támogatása.
13. Diagnosztikai módszertani központ felállítása.
14. Szakértői Bizottságok feladatainak átgondolása.
15. Folyamatdiagnosztika használata.
16. A gyermek egy éves koráig a gyermekneurológus által adott diagnózis alapján is kezdődhessen meg a korai fejlesztés.
17. A szükséges protokollok kidolgozása.
18. Az intézménystruktúra hatékony és a területi szempontokat is figyelembe vevő hálózatos átalakítása. (Kereki és Lannert, 2009)

Alább pedig egy a javaslatok tükrében kidolgozott modell a kora gyermekkori intervenció rendszerére:



1. ábra: A korai intervenció rendszerének egy lehetséges, elméleti modellje. (Kereki és Lannert, 2009)

Az ellátás egyenletlenségét kiküszöbölhetné 20 vidéki korai fejlesztési centrum és korai rehabilitációs központ kialakítása. A korai fejlesztőket és az orvosi beállítottságú rehabilitációs és rehabilitációs központokat külön ágazati irányítással egymás mellett lehetne szervezni. A korai fejlesztést érdemes lenne kivenni az EGYMI szolgáltatásai közül, és egymást segítő intézményrendszerekké alakítani őket. A korai diagnosztikára alakulhatna egy másik bizottság, közel a korai fejlesztő központhoz. A Korai intervenció hivatal a rendszer részeként nyomon követi az adatokat és szakmailag kontrollálja az intézményeket. A hivatal felé a házi gyermekorvosnak és a korai fejlesztőknek is jelentési kötelezettsége van. (Kereki és Lannert 2009)

4.5. Családi háttér

A család – lehetőség szerint a saját családja - a gyermek számára az elsődleges nevelési színtér. Legközelebbi rokonai körében sajátítja el azokat a fontos szociális, pszichés, erkölcsi és kulturális szabályokat, amelyek a sikeres társadalmi beilleszkedéséhez elengedhetetlenül szükségesek. A család biztosítja a szociális fejlődéshez nélkülözhetetlen eszközöket anyagi és tárgyi szempontból is. (Veczkó, id. Laoues, 2017)

4.5.1. Az anya-gyermek kapcsolat

Mérei (1984) ösztönhelyzetnek nevezi a gyermeknek az anyához való ragaszkodását, különösen életének első éveiben. Ez a jelenség abból fakad, hogy a születéskor meglévő reflexek még fejletlenek ahhoz, hogy védelmet nyújtsanak bármilyen veszélyhelyzetben, ezért az anya lesz a biztonságot nyújtó személy. (Mérei, id. Busi, 2006) A gyermek egészséges fejlődése érdekében fontos, hogy a gondozója személye állandó legyen. A vérszerinti kapcsolat ezesetben nem lényeges, ellenben ez a személy lesz az, aki megteremti a gyermek számára a biztonságos érzelmi légkört, és mintául szolgál számára a világról és az emberi, társas szokásokról gyűjtött ismereteihez. (Busi 2006) A gyermekotthonokban nevelkedő gyermekek körében megfigyelhető a hospitalizmus jelensége: az fejlődésük jelentős elmaradást mutat az anyjuk mellett nevelkedő társakhoz viszonyítva, még akkor is, ha adott esetben az anya-gyermek kapcsolat nélkülözi a szeretetet. (Busi, 2006)

4.5.2. Az apa-gyermek kapcsolat

A férfiak évszázadokon át jellemző családfenntartói szerepköre napjainkra jelentősen megváltozott. Jellemzően továbbra is ők biztosítják a család gazdasági szükségleteit, de manapság a gyermeknevelésből is kiveszik a részüket, továbbá az elsődleges férfi mintát is az apától látják az utódok. Hátrány, hogy így az apa szerepkörei is kibővültek, és mivel ehhez hozzátartozik a család életkörülményeinek megfelelő szinten tartása, kevesebb időt tud a gyermekeivel tölteni, mint ahogy mindegyik fél igényelné. (Hegedüs, 2006)

4.5.3. A testvérek kapcsolata

Meghatározó jelentőségű az ember életében, ha van testvére. A testvérek közötti viszonyt sok minden befolyásolja, pl. a nem, a köztük lévő korkülönbség, az édesanyjukkal való viszony stb. (Hegedüs, 2006)

Napjainkban az a legjellemzőbb, hogy egy szülőpár két utódot vállal. A szakirodalom ezt páros testvérhelyzetnek nevezi, aminél gyakori a testvérek közötti rivalizálás. (Vajda, 1994, id. Hegedüs, 2006)

Ransburg (1998) figyelemreméltó eredményekre jutott a testvérsorrenddel kapcsolatos kutatásai során. Megfigyelte, hogy míg a később született gyermek többnyire szociálisabbak, idősebb testvéreik gyakrabban viselkednek erőszakosan. (Ranschburg, 1998, id. Hegedüs, 2006). Ugyanakkor az intelligencia szintje arányosan mind alacsonyabb a születési sorrenddel párhuzamosan. (Belmont és Marolla, id. Hegedüs, 2006)

Érdekesség, hogy míg a több gyermeket nevelni napjainkban teljességgel elfogadott, a 19. században erkölcstelen vállalásnak tartották – azon egyszerű okból, hogy így tudták egyben tartani a család vagyonát. (Hegedüs, 2006)

4.6. Az ellátásig vezető út

A kora gyermekkori intervencióban szorosan együttműködik egymással a szülő, a gyermekorvos és a védőnő. 7 éves korig a különböző programok célja, hogy elősegítse a gyermekek esély-kiegyenlítését, egészséges életkezdését és ideális iskolakezdését. Mindehhez nélkülözhetetlen folyamatosan megfigyelni a gyermek fejlődését, kiszűrni az eltérő fejlődésmentel rendelkező gyermekeket az alapellátás során, illetve feltárni a fejlődésre ható esetleges rizikó tényezőket.

A kora gyermekkori intervenció során különböző utakat járnak be a gyermekek és családjaik, így lehetőség nyílik a csoportosításra: kezdetben sérülés-specifikusan kell tekinteni minden kliensre, ahhoz, hogy a szolgáltatás a lehető legpontosabban igazodjon az egyéni szükségletekhez ezen túl azonban megkülönböztethető a 0-3 éves kor közötti időszak és a 3. életévüket betöltött gyermekek csoportja.

0-3 év	3 év felett
<p>állapotok, melyek fogyatékoságot eredményeznek pl. érzékszervi sérülések és központi idegrendszer károsodásai; átlagostól eltérő fejlődésmentel; viselkedés és hangulat rendellenességei;</p>	<p>megkülönböztethetők a fogyatékoságcsoportok</p>

2. táblázat: *Korcsoportok szerinti jellegzeteségek a kora gyermekkori intervenció során* (saját szerkesztés)

A korosztályos besorolás több okból is szükséges. Egyrészt, Magyarországon a 3. életév betöltése egyben az óvodakezdést is jelenti, és ehhez igazodnak a pedagógiai szakszolgálatok is, oly módon, hogy a 0-3 éves kor közötti gyermekek a fővárosi és a vármegyei szakértői bizottságokhoz kerülnek, a 3 év felettiek pedig a tankerületi szakértők vizsgálják. A korai állapot támpontot ad a későbbi tüneti kép bejósolásához, de ilyenkor fogyatékoságról beszélni nem releváns. (Kereki és Szvatkó, 2015)

5. KUTATÁS

5.1. Módszer

Kutatásom során az adatgyűjtés módszerül a kérdőívet választottam, mert az így gyűjtött adatokat tartottam a legegységesebb és jól rendszerezhető információ forrásnak.

A kérdőív a primer kutatási technikák egyike, melynek során az adatok gyűjtésének, elemzésének alapja a válaszadók személyes tapasztalata. Alkalmas felderítő, magyarázó és leíró célokra. Kivitelezése könnyű, miközben minden esetben releváns adatokhoz juthatunk, további előnye pedig, hogy a kérdőív kitöltésében résztvevő személyeket sem terheli túlzottan. (Boncz, 2015).

A vizsgálathoz online elérhető Google Forms kérdőívet készítettem, A kérdőív 6, demográfiai adatokra vonatkozó kérdéssel kezdődik. Külön 16 elemből álló kérdéssort kap az a szülő, akinek a gyermeke részesül korai fejlesztésben, és az a család, ahol a gyermek nem került be ebbe a rendszerbe, 14 kérdéssel. A kérdőívek kvalitatív jellegű kérdéseket tartalmaznak, amik a szülők személyes tapasztalataira kíváncsiak.

A célcsoport a korai intervencióban résztvevő gyermekeket nevelő szülők voltak. Az eredmények összehasonlításához két, korai intervencióból kimaradt gyermeket nevelő szülő is kitöltötte.

5.2. Minta

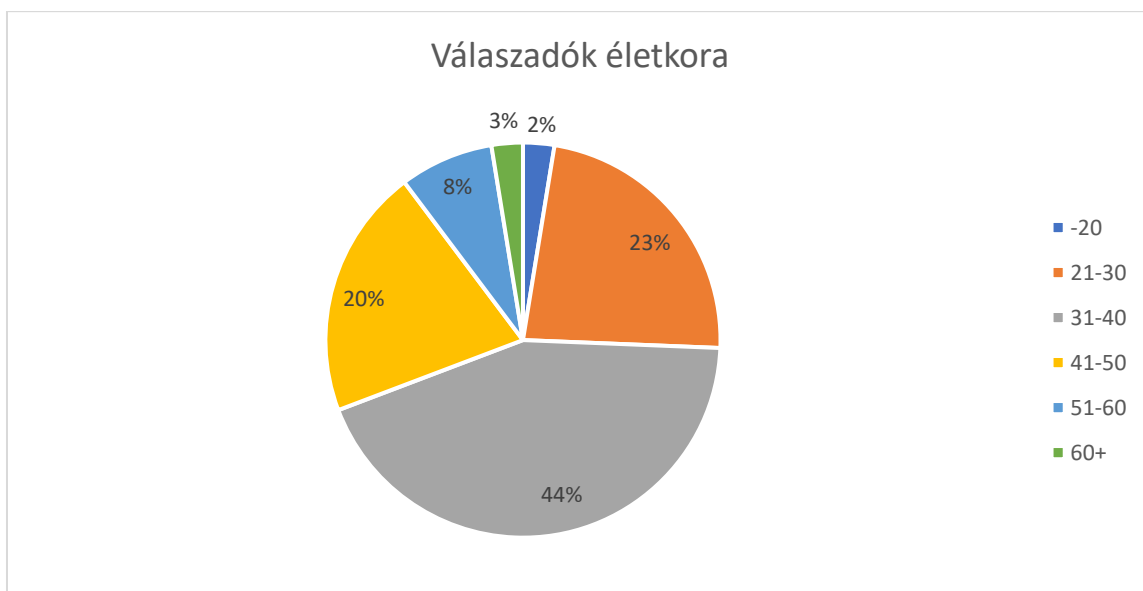
A kutatásban összesen 41 fő (N=41) vett részt. Ebből 39 fő (95,1%) gyermeke részesült kora gyermekkori intervenció ellátásban.

A kora gyermekkori intervenció ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők közül 38 fő (97,4%) nő, és 1 fő férfi (2,6%) válaszolt a feltett kérdésekre.



1. diagram: A kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők nemi megoszlása (saját szerkesztés)

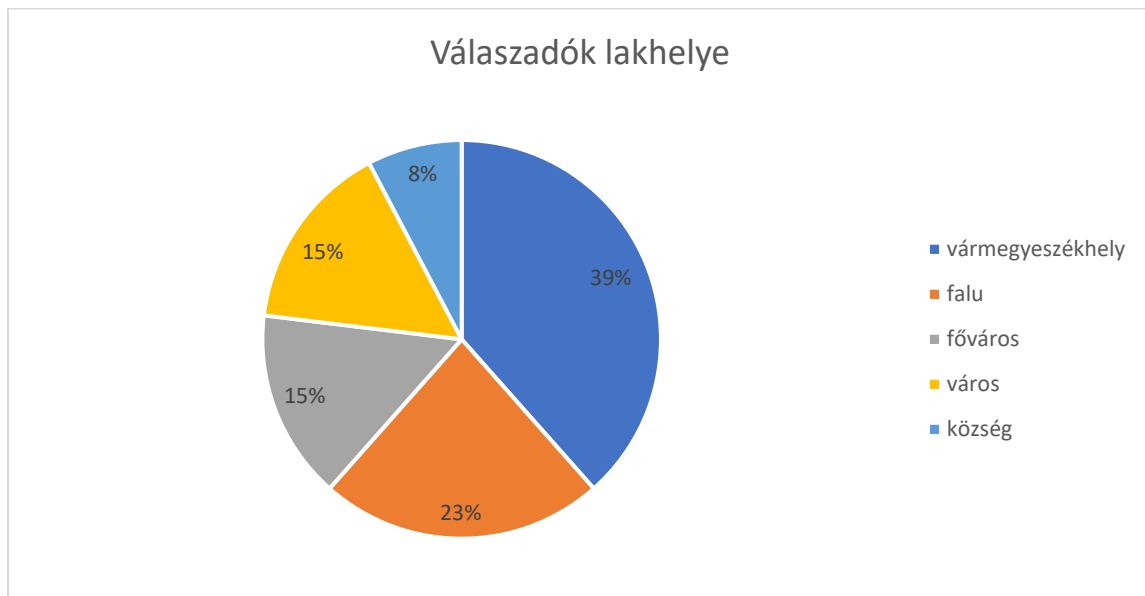
Életkori megoszlásuk szerint 1 fő (2,6%) 20 év alatti, 9 fő (23,1%) 21-30 év közötti, a többség 17 fő (43,6%) 31-40 év közötti, 8 fő (20,5%) 41-50 év közötti, 3 fő (7,7%) 51-60 év közötti és 1 fő (2,6%) 60 év feletti. Legtöbben a 31-40 év közöttiek válaszoltak a kérdésekre, legkevesebben pedig az 51-60 közötti és a 60 év feletti korosztályból. Ez az online térben való jártasságra is utalhat.



2. diagram: A kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők életkori megoszlása. (saját szerkesztés)

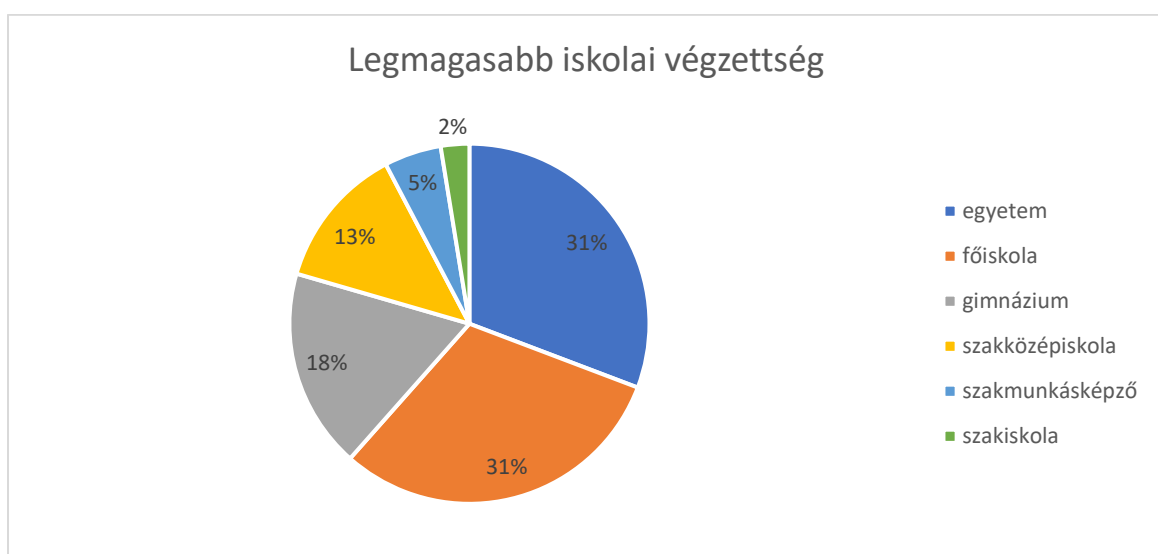
A legtöbben vármegyeszékhelyen élnek, összesen 15 fő (38,5%), 9 fő (23,1%) faluban, 6-6 fő (15,4%) városban, illetve a fővárosban, 3 fő (7,7%) pedig községben. Ez az arány utalhat az

ellátás infrastruktúrájára, ami a falvakban, községekben sokkal kevésbé épült ki, mint a megyeszékhelyeken és a fővárosban.



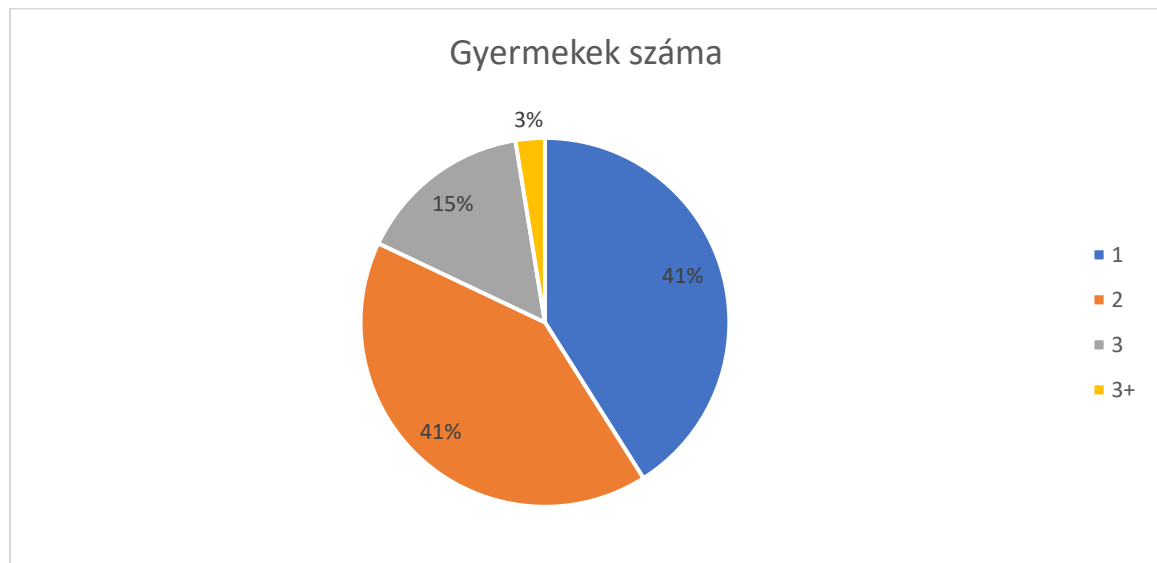
3. diagram: A kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők lakhely szerint megoszlása (saját szerkesztés)

Ezen személyek közül a legtöbben- 12-12 fő, összesen a válaszadók 61,6%-a – főiskolát vagy egyetemet végzett, 7 fő (17,9%) gimnáziumot, 5 fő (12,8%) szakközépiskolát, 2 fő (5,1%) szakmunkásképzőt, 1 fő (2,6%) szakiskolát. A kutatás ugyan nem reprezentatív, levonható belőle az a következtetés, hogy a magasabb iskolai végzettségű szülők nagyobb arányban fordulnak a korai intervenció irányába.



4. diagram: A kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők iskolai végzettség szerinti megoszlása (saját szerkesztés)

16 fő (41%) 1 gyermeket nevel, ugyanennyi a kétgyermekes szülők aránya. 6 fő (15,4%) 3 gyermekről számolt be, 1 fő (2,6%) háromnál is többről.



5. diagram: A kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermeket nevelő szülők megoszlása gyermekeik számának tekintetében (saját szerkesztés)

A kutatásban 2 fő (4,9%) olyan szülő vett részt, akinek a gyermeke nem részesült korai intervenciós ellátásban. Mindketten nők, 31-40 és 41-50 év közöttiek, vármegyeszékhelyen élnek. Egyikük főiskolát, a másik egyetemet végzett. 1, illetve 2 gyermeket nevelnek.

5.3. Eredmények

Kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült gyermekek és családjaik

Összesen 39 fő eltérő fejlődésmentű gyermekről gyűjthettem információt, akiknek átlagéletkora 7,7 év. 39 gyermek átlagát tekintve 14,4 hetes korukban merült fel a fejlesztés szükségessége, a fennmaradó 3 esetben már a születéskor tudni lehetett (pl. koraszülés miatt).

A fejlődés késésére utaló okok, tünetek:

Az alábbiakban összegeztem azokat az okokat és tüneteket, melyek a szülők szerint a gyermekük fejlesztésének szükségességét generálták. A válaszok között több átfedés volt, látható, hogy a mozgás- illetve beszédfejlődési elmaradás jelentősen felülreprezentált.

- Elmaradás a mozgásfejlődésben, nem szeretett hason feküdni, később időbeli lemaradás a kúszás, mászás terén. (17 esetben)
- Beszédfejlődési elmaradás. (14 esetben)

- Koraszülés. (5 esetben)
- Nehezen motiválható, kissé feszes izomzat. (2 esetben)
- Beszédhiba. (1 esetben)
- C-formában feküdt, nem tudott megfordulni, vagy csak egy irányba. (1 esetben)
- Feszes izomzat, renyhe arcizom, gyenge hangadás. (1 esetben)
- Szocializációs nehézség. (1 esetben)
- Evészavar. (1 esetben)
- Nem szobatiszta. (1 esetben)
- Születési rendellenesség (1 esetben - agyvérzés)
- Esetlen mozgás, nehézkes ceruzafogás. (1 esetben)

21 fő arról számolt be, hogy ő maga, vagy egy másik családtag vette észre a gyermek eltérő fejlődésmenetére utaló tüneteket, 18 fő számára pedig valamely szakember jelezte a problémákat. Felmerül a kérdés, hogy ahol a családon belül figyeltek fel egy esetleges problémára, ott a gyermek háziorvosa és a védőnője figyelmét miért kerülte el az eltérő fejlődésmenet, illetve miért nem jelezte azt a szülő felé. Lehetséges, hogy a hálózat túlterheltsége a súlyosabbnak vélt, a gyermek egészségét közvetlenebbül veszélyeztető tényezőkre engedi helyezni a fókuszot.

A fejlesztés megkezdését a legtöbb esetben egy (vagy több) szakember javasolta, míg egyes esetekben egy szülőtárs. További néhány esetben maga a szülő döntött úgy, hogy gyermekének fejlesztő foglalkozásokra van szüksége.

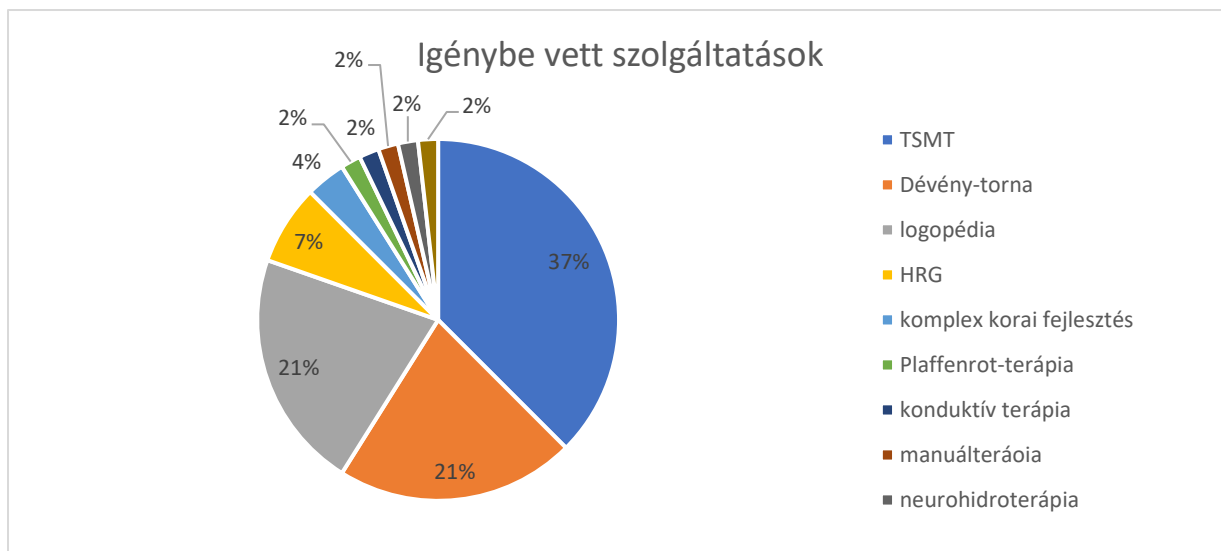
- szülőtárs: 5 esetben
 - szülő: 2 esetben
- szakember: egészségügy, pedagógus
- fejlődésneurológus: 7 esetben
 - egyéb szakember: 5 esetben
 - védőnő: 4 esetben
 - Pedagógiai Szakszolgálat: 3 esetben
 - neonatológus: 2 esetben
 - pszichológus: 2 esetben
 - óvónő: 2 esetben
 - gyógytornász: 1 esetben
 - háziorvos: 1 esetben
 - PIC: 1 esetben

- kardiológus: 1 esetben
- TSMT terapeuta: 1 esetben
- logopédus: 1 esetben
- bölcsődei gondozó: 1 esetben

A szülők különböző szakemberekkel konzultáltak gyermekük állapotáról, több kevesebb sikerrel: ugyanazt tudom hozzáfűzni, mint fentebb.

- neurológus: 19 esetben, melyből 1 esetben jelezte a szülő, hogy nem volt elégedett a szolgáltatással.
- logopédus: 11 esetben
- gyógypedagógus: 10 esetben, a szakirány megnevezése nélkül, illetve
- gyógytornász: 9 esetben, melyből 1 esetben jelezte a szülő, hogy nem volt elégedett a szolgáltatással.
- TSMT terapeuta: 9 esetben
- háziorvos: 7 esetben
- védőnő: 7 esetben
- konduktor: 6 esetben
- gyermekorvos: 6 esetben
- Dévény terapeuta: 5 esetben
- pszichológus: 5 esetben
- korai fejlesztő: 5 esetben
- HRG terapeuta: 3 esetben
- ortopéd orvos: 2 esetben
- szomatopedagógus: 1 esetben
- neonatológus: 1 esetben
- idegsebész: 1 esetben

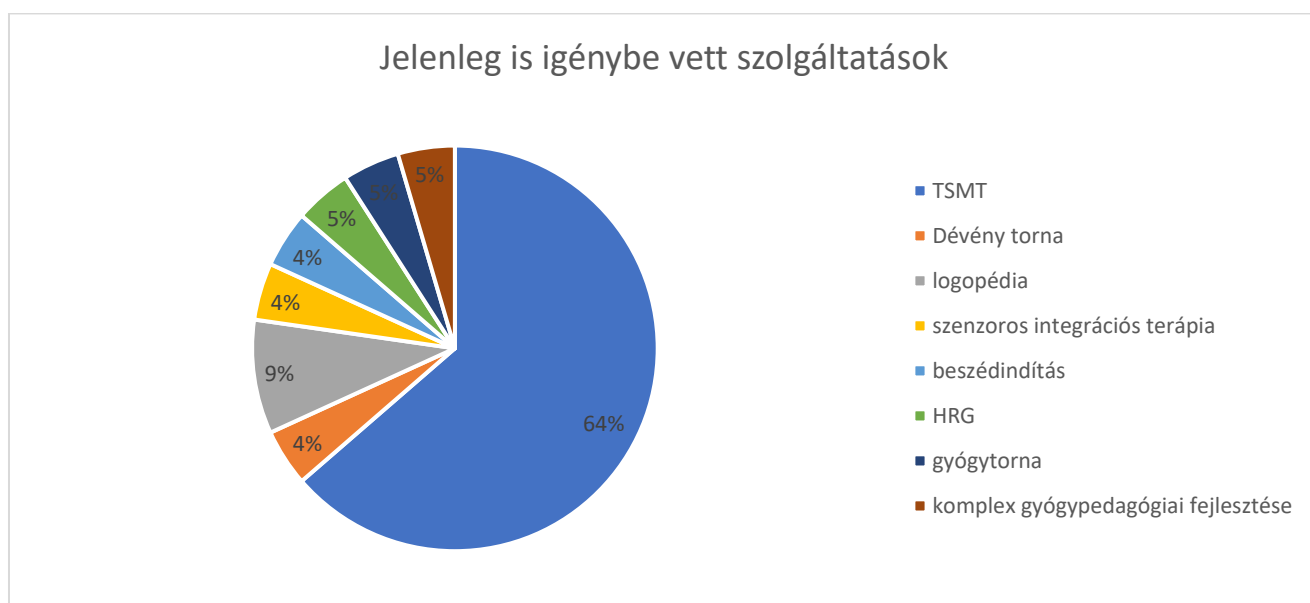
Az eltérő fejlődésmenetű gyermekek a leggyakrabban a TSMT tornán vettek részt korábban, a szülők 21 esetben jelölték meg ezt a fejlesztési módszert. Szintén népszerű a Dévény-torna, és a logopédiai ellátás, mind a kettő 12 esetben jelent meg a vizsgálat során. 4 esetben fordult elő a HRG, 2 esetben a komplex korai fejlesztés, és további 1-1 gyermeket érint a Plaffenrot-terápia, a Katona-módszer, a konduktív terápia, a manuálterápia, a neurohidroterápia, valamint a szenzoros alapozó tréning.



6. diagram: *Eltérő fejlődésmentű gyermekek által igénybe vett szolgáltatások (saját szerkesztés)*

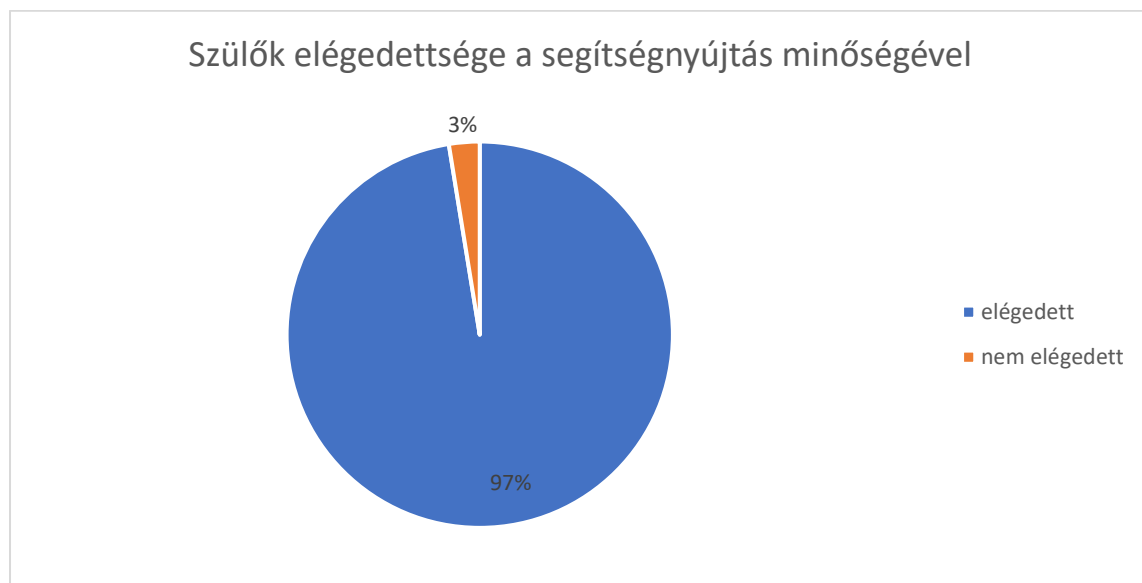
24 fő azon gyermekek létszáma, akik jelenleg is járnak fejlesztő foglalkozásra, ebből:

- TSMT: 14 fő
- Dévény torna: 1 fő
- logopédia: 2 fő
- szenzoros integrációs terápia: 1 fő
- beszédindítás: 1 fő
- HRG: 1 fő
- gyógytorna: 1 fő
- komplex gyógypedagógiai fejlesztés: 1 fő



7. diagram: Jelenleg is igénybe vett terápiák (saját szerkesztés)

Arra a kérdésre, hogy milyen segítséget kaptak a szakemberektől szülőként, illetve családként abban, hogy támogatni tudják a gyermek fejlődését, a legtöbben a szakmai információnyújtást emelték ki – ide értendő a tanácsadás, a gyermek állapotával kapcsolatos tájékoztatás, különböző feladatsorok és otthoni gyakorlatok betanításának biztosítása. Néhány esetben megjelent a szülő lelki támogatása, 1 fő mindössze az időpontfoglalást emelte ki pozitívumként. Ebből fakadóan 38 fő kimondottan elégedett a szakemberek felkészültségével. 1 fő jelezte, hogy semmilyen szakmai támogatást nem kapott.

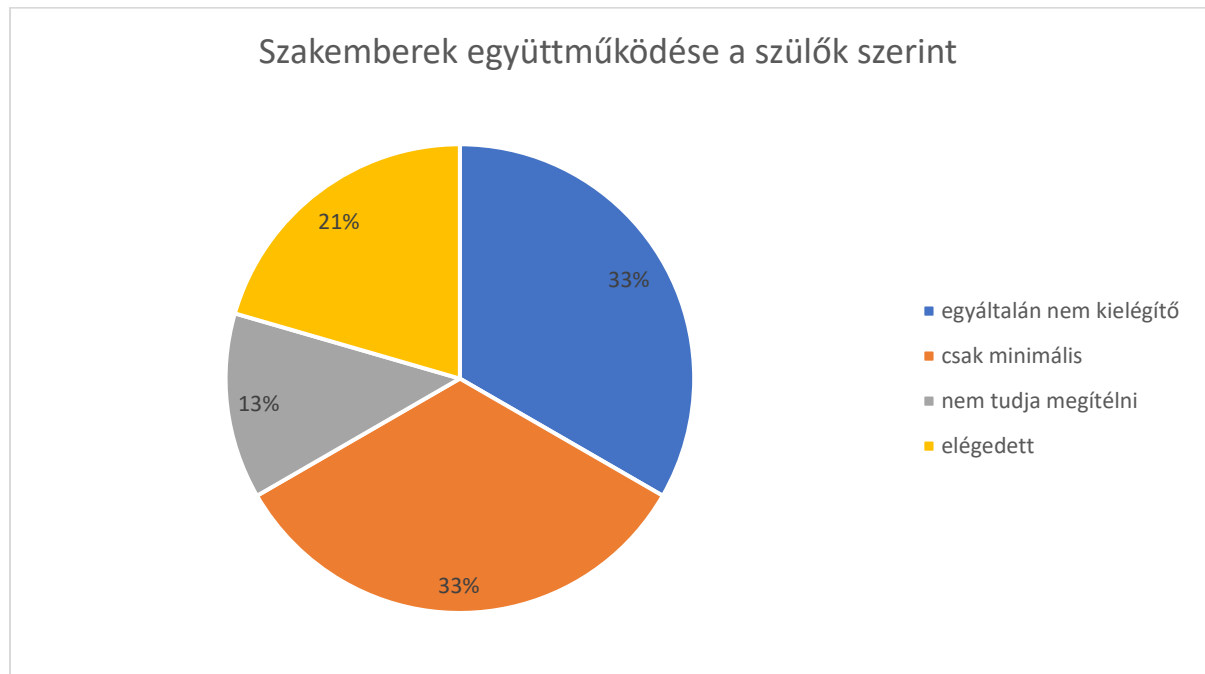


8. diagram: Milyen segítséget kaptak a szakemberektől szülőként, illetve családként abban, hogy támogatni tudják gyermeke fejlődését? (saját szerkesztés)

3 családban a sérült gyermek testvérére kimondottan támogató attitűd jellemző. 2 fő szülő aggodalmát fejezte ki, amiért az ép gyermekére nem jut annyi ideje, amennyi véleménye szerint szükséges lenne. A legtöbb – 14 fő – ép testvér mindennapjaira a felnőttek meglátása szerint nincs különösebb hatással a fogyatékos ténye, 1 esetben pedig még nem megállapítható a gyermek hozzáállása. 2 testvérpár is van, ahol mindkét gyermek fogyatékoságban érintett, esetükben ezért nem releváns a kérdés.

Sajnálatos módon, arra a kérdésre, hogy milyennek találják a szakemberek közötti együttműködést, a szülők többsége azt válaszolta, hogy egyáltalán nem kielégítő, vagy hogy csak minimális, sokkal minőségibb kommunikációt tartanak ideálisnak. A kutatásban résztvevők közül 13-13 fő (összesen 26 fő, azaz 66,6%) nyilatkozott így. 5 fő (12,8%) úgy véli, nem tudja ezt megítélni, és mindössze 8 fő (20,5%) gondolja úgy, hogy a különböző ágazatok

szakemberei jól együttműködnek egymással. A szülők leginkább a negatív tapasztalataikra vonatkozóan adtak hosszabb választ, az alábbiakban ezekből idézünk, az anonimitás megőrzésével.



9. diagram: Szülők elégedettsége a szakemberek közötti együttműködés minőségéről (saját szerkesztés)

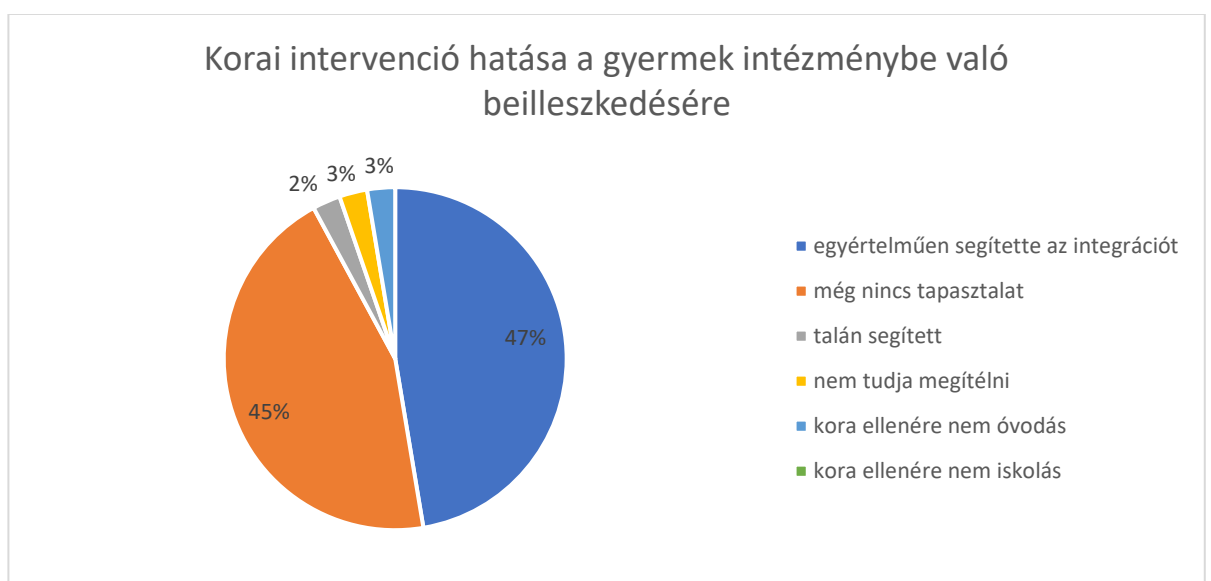
Negatív kritikák az ágazati együttműködésről:

- „Neurológiának tovább kellene kivizsgálásra küldeni gyógytornászhoz a gyerekeket, ha már ő nem képes megítélni helyesen a problémát.”
- „Sok még a hiányosság ezen a téren. Védőnők, gyerekorvosok ezt nem vizsgálják nálunk. Ha én nem szervezem meg hogy eljussunk felmérésre az óvónő/logopédus javaslatára akkor nem küldték volna el fejlesztésre.”
- „Sajnos nagy az eltérés. Néhol a pedagógus nem együtt működő a szülővel (sajnos első óvodánkban nem akarták a kora fejlesztést felterjeszteni). Illetve, pontos információ - kommunikáció során szerintem orvos - pedagógus - szülő tud együtt működni.”
- „Nagyon kevés az együttműködés. Ha a szülő nem áll a sarkára, akkor nem jut előre a gyerek helyzete. (Háziorvos kifejezetten nem foglalkozik a kérdéssel.)”
- „Ellenségként tekintenek egymásra.”

A válaszok alapján a szülők véleménye alapján a kooperáció leggyengébb pontja a szakemberek hajlandóságának hiánya. Olyan hatást kelt, mintha a különböző diszciplínák nem ismernék el

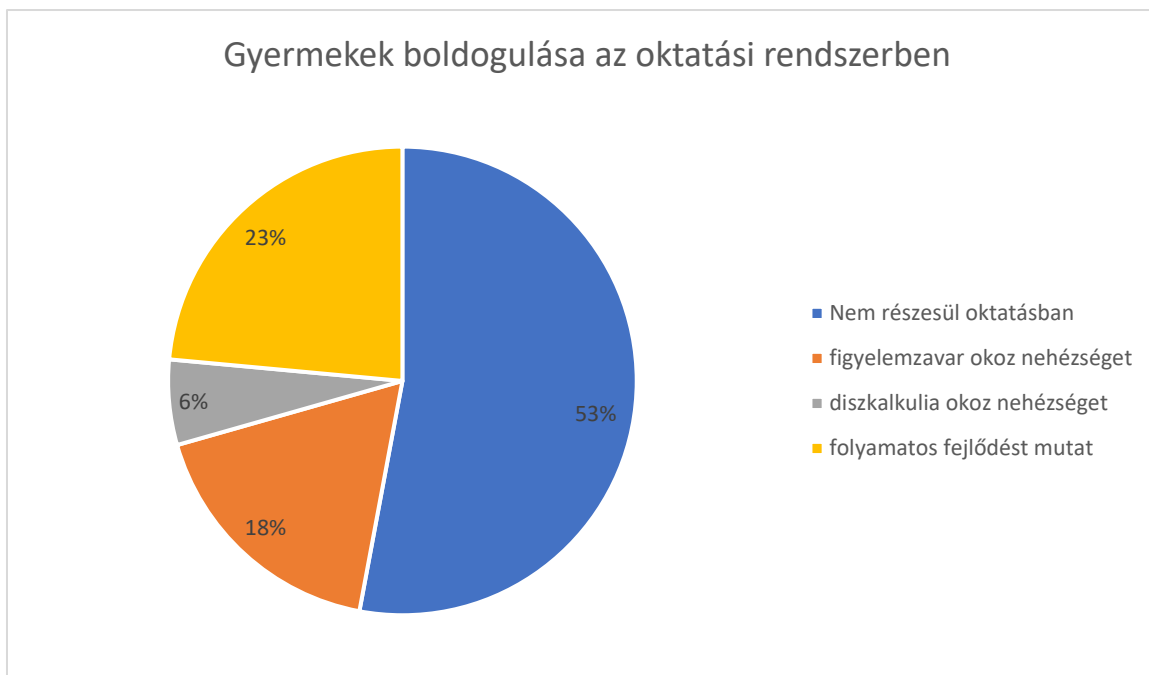
egymást, illetve nem látnák saját felelősségüket az atipikus fejlődésmenet felismerésében, kezelésének segítésében.

Megkérdeztem a szülőket a gyermek óvodai/iskolai beilleszkedéséről is. 18 fő egyértelműen úgy véli, hogy a kora gyermekkori intervenciók segítette az integrációt az új környezetbe. 17 fő még nem rendelkezik tapasztalattal, mert a gyermek még a nevelés-oktatás előtt áll, 1 fő gondolja úgy, hogy a fejlesztés „talán” segített. 1 fő nyilatkozta, hogy félbemaradt a gyermeke korai intervenciók ellátása, így nem tudja megítélni, hogy befolyásolta volna-e az óvodai beilleszkedést a fejlesztés. 1 gyermek az életkora ellenére nem részesül óvodai ellátásban, 1 fő pedig az iskolai oktatásban.



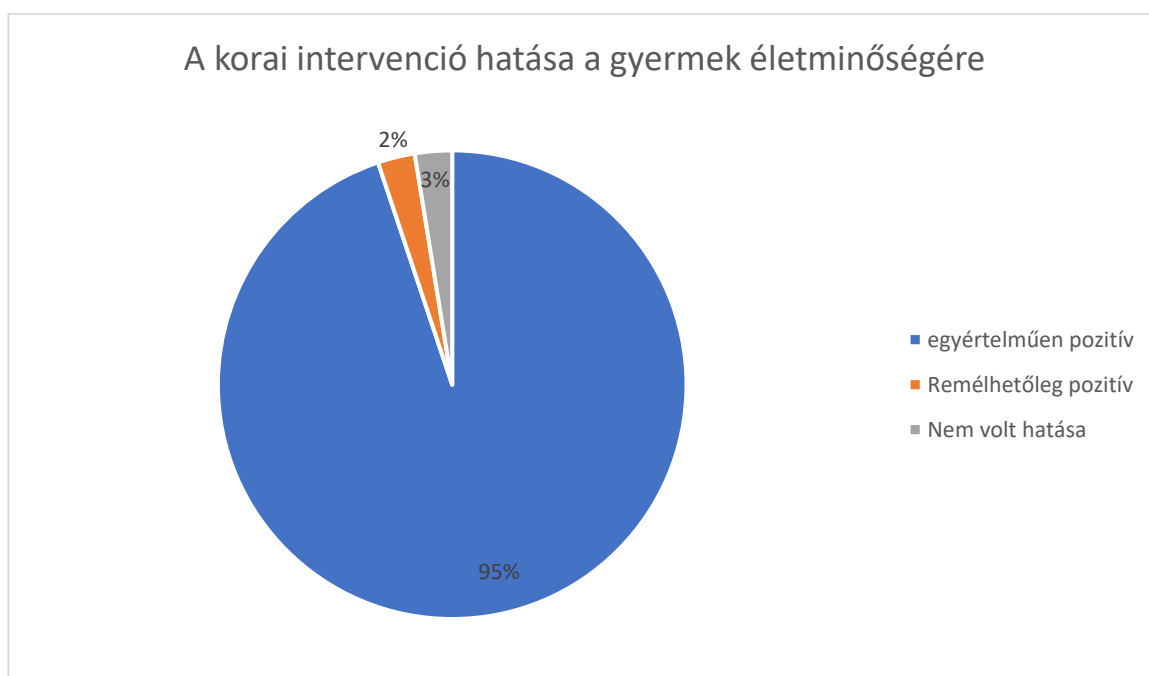
10. diagram: A korai intervenció elősegítette gyermeke beilleszkedését az óvodai, iskolai környezetbe? (saját szerkesztés)

Az iskoláskorú gyermekek közül (18 fő), akik részesülnek is oktatásban (9 fő), szüleik véleménye szerint jól boldogulnak tanulmányaik során. 3 gyermeknek vannak nehézségei figyelemzavaruk miatt, 1 gyermek pedig diszkalkuliás. 4 fő szerint gyermekének akadnak problémái a tanulással, de folyamatos fejlődő tendenciát mutat.



11. diagram: Gyermekek hogyan boldogul az oktatási rendszer követelményeivel? Akadnak-e tanulási nehézségek, zavarok? (saját szerkesztés)

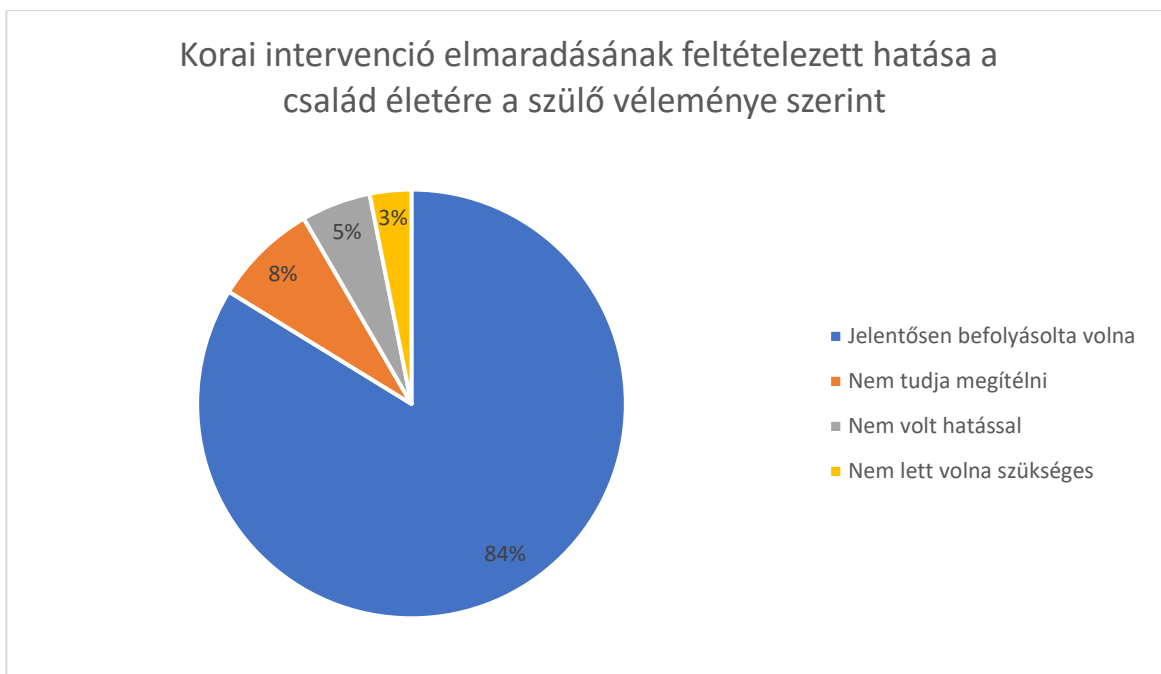
37 fő egyértelműen úgy nyilatkozott, hogy a kora gyermekkori intervenciós ellátás pozitív hatást gyakorolt gyermekek életminőségére. 1 fő csak reméli, 1 fő pedig úgy gondolja, hogy nem.



12. diagram: Ön szerint, a korai intervenció pozitív hatással volt gyermekek életminőségére? (saját szerkesztés)

A legtöbben- 18 fő- úgy érzi, a gyermek részvétele a kora gyermekkori intervenciós ellátásban pozitív hatást gyakorolt a család egészségének jóllétére is (pl. a gyermek megtanult kommunikálni, így az ebből fakadó feszültség megszűnt, illetve újra lehetővé váltak a családi összejövetelek, mert nagyobb közösségben már nyugodtabb).

32 fő véleménye szerint, jelentősen befolyásolta volna a gyermek és a család életminőségét, ha nem részesülnek kora gyermekkori intervenciós ellátásban. 3 fő nem tudja ezt megítélni, 2 fő egyértelműen úgy véli, nem lett volna rájuk hatással. 2 fő utólag úgy gondolja, hogy gyermekének nem lett volna szüksége erre az ellátásra, egyikük úgy nyilatkozott, hogy rossz szülőnek érezték magukat, mert nem látták a fejlesztés szükségességét, amiről utólag az derült ki, hogy nem lett volna rá szükség.



13. diagram: Véleménye szerint, jelentősen befolyásolta volna-e gyermeke és a család életminőségét, ha nem részesülnek kora intervenciós ellátásban? (saját szerkesztés)

Kora gyermekkori intervenciós ellátásban nem részesült gyermekek és családjaik

2 fő vett részt a kutatásban, akinek a gyermeke nem részesült kora gyermekkori intervenciós ellátásban. A két csoporttól beérkezett kitöltések száma nagymértékben eltér, így az eredmények nem hasonlíthatók össze. Ettől a csoporttól – több szakember segítőkész közbenjárásának ellenére is – nem érkezett több kitöltött kérdőív.

Az egyik gyermek jelenleg 4,5 éves és újszülöttként derült fény az eltérő fejlődésmenetre, melynek oka a születéskor fellépő oxigénhiány volt. Az édesanya korai fejlesztő gyógypedagógus, így tisztában volt a tünetekkel és a fejlesztés szükségességével, illetve az

igénybevehető ellátással is. Gyermeké terápiájával kapcsolatosan konzultált Dévény-, illetve TSMT-terapeutával, és konduktorral is. A fejlesztést magánúton vették igénybe, jelenleg TSMT- terápiára jár a gyermek. A terápiás foglalkozások segítségével a sérült állapot nem befolyásolta a gyermek életminőségét, a testvére mindennapjaira sincs számottevő hatással, míg a család egésze szempontjából az idő- és energiaráfordításban mutatkozott változás. Az óvodai környezetbe sikeresen integrálódott. A szülő úgy véli, szerencsések, mivel szakemberként minden szükséges ellátást tud/tudott biztosítani, enélkül romlott volna a gyermek és az egész család életminősége.

A másik gyermek jelenleg 15 éves, 10 éves korában vették észre nála a problémákat, a nehézkes írás és olvasás révén (betűcserék, gyenge helyesírás). A szülő úgy nyilatkozott, hogy a tünetek ismeretében tisztában volt a fejlesztés szükségességével és gyógypedagógus szakembertől kapott tájékoztatást az igénybevehető ellátással kapcsolatban. A gyermek magánúton járt fejlesztésre, melynek költségei miatt háttérbe szorultak az ő és a család lehetőségei a sport (szükséges eszközök megvásárlása) és a szórakozás tekintetében. Iskolai előmenetelét korlátozza az olvasási nehézség, ezt igyekeznek ellensúlyozni diszlexia és diszgráfia terápiával. Mivel a gyermek eltérő fejlődésére későbbi életkorban derült fény, esetében nem relevánsak a kora gyermekkori intervenciós ellátásra vonatkozó kérdések.

5.4. Kutatási kérdések megválaszolása

A kora gyermekkori intervencióval foglalkozó szakirodalom áttekintését követően, a kutatás megkezdése előtt megfogalmaztam három előfeltételezést az eredményekre vonatkozóan.

A vizsgálati adatok kiértékelésével az alábbi válaszokat kaptam a kérdéseimre:

K1: A szülők meglátása szerint a korai fejlesztés milyen hatást gyakorolt gyermekük életminőségére?

A válaszadók jelentős többsége egyértelműen úgy látja, hogy a korai fejlesztés pozitív hatással volt a gyermek, és az egész család életminőségére. Segítette a gyermek integrációját a nevelési és oktatási intézményekbe. 1-1 válaszadó érezte úgy, hogy a korai intervenció nem segítette a gyermeket, nem biztos benne, hogy segített őt, és olyan is előfordult, hogy kiderült: nem lett volna szükség a fejlesztésre. Összességében viszont egyértelműen pozitív tapasztalatokat tükröznek a válaszok.

K2: Jellemzően ki az, aki észleli a korai fejlesztés szükségességét a gyermek fejlődési eltérései miatt?

A megkérdezettek kicsit több, mint fele arról számolt be, hogy ő maga, vagy valamely családtag figyelt fel az eltérő fejlődésmenetre utaló tünetekre a gyermeknél. A többi esetben, azaz a válaszadók közel felénél valamilyen szakembernek tűnt fel az esetleges probléma.

Magát a fejlesztést túlnyomó részben valamilyen szakember – legtöbbször neurológus, egyéb szakember, védőnő vagy a helyileg érdekelt Pedagógiai Szakszolgálat – javasolta, 5 esetben egy szülőtárs, két esetben pedig maga a szülő döntött úgy, hogy a gyermeknek fejlesztésre van szüksége.

K3: Mi a szülők véleménye a korai fejlesztésben létrejövő ágazati együttműködésről?

A legtöbb válaszadó szülő a jelenleginél minőségibb együttműködést várna el a szakemberektől. 66% szerint a jelenlegi gyakorlat egyáltalán nem kielégítő, vagy csak minimális a kommunikáció a szakemberek között. Csak 8 fő volt elégedett, a fennmaradó 5 válaszadó nem tudta megítélni a kommunikáció minőségét.

Több negatív véleményt fogalmaztak meg a szülők. Többen érzik úgy, hogy rajtuk, a kellően határozott fellépésükön múlt, hogy a gyermek a megfelelő ellátásban részesüljön. Azt is megfogalmazták, hogy a szakemberek szinte ellenségként tekintenek egymásra.

6. ÖSSZEGZÉS

Munkám során az érdekelt, hogy a szülők, családok meglátása szerint hogyan működik a hazai ellátórendszer, különös tekintettel a kora gyermekkori intervenciós ellátásra vonatkozóan – mennyire elérhető, hogyan lehet bejutni a rendszerbe, elégedettek-e az ellátással, milyen előnyökkel jár a fejlesztés ezen formája, vannak-e hátrányai? Továbbá szerettem volna megtudni, milyen hatása van a kora gyermekkori intervenciós ellátásnak a sérült gyermekekre, a szülőkre, a testvérekre és átfogóan a családra? Milyen szakemberekkel találkoznak, és milyen fejlesztési lehetőségek, terápiák állnak a rendelkezésükre, mit találtak ezek közül hatékonyak. Miben különbözik egy kora gyermekkori intervenciós ellátásban részesült fogyatékossgal élő gyermek az olyan eltérő fejlődésű társaitól, akik ezt a fajta fejlesztés valamilyen okból nem kapták meg?

Munkám kutatási részének megkezdése előtt, a szakirodalom ismeretében megfogalmaztam három kérdést:

A szülők meglátása szerint a korai fejlesztés milyen hatást gyakorolt gyermekük életminőségére?

Jellemzően ki az, aki észleli a korai fejlesztés szükségességét a gyermek fejlődési eltérései miatt?

Mi a szülők véleménye a korai fejlesztésben létrejövő ágazati együttműködésről?

Kutatási módszerként a kérdőívet választottam, mivel ezt tartottam a legalkalmasabbnak arra, hogy a lehető legtöbb adatot tudjam összegyűjteni, illetve nyitott kérdéseket alkalmaztam, hogy a résztvevőknek lehetősége legyen megfogalmazni egyéni véleményüket és tapasztalataikat. Kutatási csoportot és kontrollcsoportot is szerettem volna létrehozni: a kérdőív mindkét esetben a szülőknek szólt, de a kutatási csoportban olyan személyeknek szóltak a kérdések, akiknek gyermeke részesült a kora gyermekkori intervenciós ellátásban, míg a kontrollcsoport tagjainak gyermekei nem kaptak ilyen fejlesztést. A kérdőívet a népszerű Google Forms segítségével hoztam létre, és online volt elérhető a válaszadók számára, számos különböző online tematikus felületen. A kutatásban összesen 41 fő vett részt, ebből 39 fő a kutatási csoport, és 2 fő a kontrollcsoport.

Az eredmények kiértékelése után arra a következtetésre jutottam, hogy a megkérdezett szülők legnagyobb része pozitív tapasztalatokkal rendelkezik a korai fejlesztésről. Segítette a gyermekek fejlődését és beilleszkedését a nevelési és oktatási intézményekben.

Legtöbbüknél valamilyen szakember állapította meg az atipikus fejlődési menet lehetőségét, legtöbb esetben ugyanígy szakember javasolta a fejlesztést is. Ugyanakkor a válaszadók több, mint fele szerint nem elégedett a szakemberhálózat együttműködésének minőségével.

A dolgozatomból problémaként két dolog tűnt ki számomra. Az egyik, a gyermekeket ellátó hálózat egyenetlensége, a másik pedig a szülők számára kusza együttműködési rendszer, amelyben – a válaszok alapján – sokszor nekik kell kiigazodniuk. Felismerhető némi bizalomvesztés a szülők részéről a szakemberek felé, talán még a különböző szakterületek képviselői között is.

Megoldás lehet olyan ellátási rendszer, amelyben az egészségügyi és pedagógiai alkotóelemek együtt dolgoznak, nem pedig különálló egységeket képviselnek. Közös irányítás segítené a szakemberek közötti kommunikációt és együttműködést. A szakmai kommunikáció megindulása vagy megerősödése, szakmai fórumok, a szülőknek szóló tájékoztató programok több, a megkérdezettek által jelzett nehézségre is megoldást jelentenének. A rendszer központjainak helyrajzi elosztásánál figyelembe venném, hogy a jelenleg az ellátási infrastruktúrából kieső vidéki települések helyzete is javuljon.

IRODALOMI JEGYZÉK

Czeizel B. (2009): A koragyermekkorai intervenció múltja, jelene és remélt jövője

[https://www.koraifejleszto.hu/wp-](https://www.koraifejleszto.hu/wp-content/uploads/2021/02/a_koragyermekkorai_intervencio_multja_jelene.pdf)

[content/uploads/2021/02/a_koragyermekkorai_intervencio_multja_jelene.pdf](https://www.koraifejleszto.hu/wp-content/uploads/2021/02/a_koragyermekkorai_intervencio_multja_jelene.pdf) letöltés ideje: 2022.02.17.

Európa Tanács Akcióterv: [http://www.europatanacs.hu/pdf/CM_Rec\(2006\)5.pdf](http://www.europatanacs.hu/pdf/CM_Rec(2006)5.pdf) letöltés ideje: 202.02.25.

Fatalin A. (2009): A sajátos nevelési igényű gyermekek neveléséről – szülőknek.

<https://ofi.oh.gov.hu/sajatos-nevelesi-igenyu-gyermekek-integralt-neveleserol-szuloknek>

letöltés ideje: 2023. 03.02.

Gézengúz Alapítvány (2018): Országjelentés – Magyarországi helyzetértékelés a koragyermekkorai intervenció helyzetéről.

<https://www.agora-eci.eu/wp-content/uploads/2019/02/2018-country-report-Gezenguz-Hungary-in-hungarian-1.pdf> letöltés ideje: 2022.03.08.

Kereki J. (2010): A koragyermekkorai intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. Gyógypedagógiai Szemle (35)1.

https://epa.oszk.hu/03000/03047/00048/pdf/EPA03047_gyosze_2010_1.pdf letöltés ideje: 2022.12.21.

Kereki J. (é.n.): A korai fejlesztés intézményei.

<https://www.koloknet.hu/ovoda/a-korai-fejleszt-es-intezmenyei/> letöltés ideje: 2020.04.02.

Kereki J. (2020): A kora gyermekkorai intervenció rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátás tükrében.

https://ppk.elte.hu/dstore/document/441/Kereki_Judit_T%C3%A9zisf%C3%BCzet_magyar.pdf letöltés ideje: 2020.02.07.

Kereki J. és Kispéter L. (2018): Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkorai intervencióban

http://epa.oszk.hu/02900/02987/00013/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2018_05_034-054.pdf letöltés ideje: 2022.02.23.

Kereki J. és Lannert J. (2009): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Megtekintés ideje: 2023.01.05.

Kereki J. és Szvatkó A. (2015): A koragyermekkorai intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja.

https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/pedagogiai_szakszolgalat/koragyermekkori-intervencio-gyogypedagogiai-tanocsados-korai-fejlesztos-oktatos-gondozas-szakszolgalati-protokoll.pdf letöltés ideje: 2022.18.04.

Marton I., Barta Á. és Rédainé Kisnémet N. (2020): Segítő kezek. pp 7-8

https://efopszelnokitkk.hu/wp-content/uploads/2021/02/09_segito_kezek_web.pdf letöltés ideje: 2022.02.23.

Rejtett Kincsek Down Egyesület (2017): A koragyermekkori intervenció és a „Mindenkinek becsengettek” Program integrált protokollja.

<https://docplayer.hu/106761492-A-koragyermekkori-intervencio-es-a-mindenkinek-becsengettek-program-integral-t-protokollja.html> letöltés ideje: 2022.07.11.

15/2013. (II.26.) EMMI rendelet

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> letöltés ideje: 2022.02.10.

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> letöltés ideje: 2022.03.02.

MELÉKLETEK

1. számú melléklet: kérdőív

Neme?

Életkora?

Lakhelye?

Iskolai végzettsége?

Gyermekek száma?

Gyermeke jelenleg mennyi idős?

Szülők, korai fejlesztésben részesült gyermekkel

11. A gyermek mennyi idős korában derült ki, hogy fejlesztés lenne szükséges?
12. Milyen tünetek utaltak arra, hogy gyermeke fejlődése eltér az életkori elvárásoktól?
13. Ön vagy egy szakember fedezte fel gyermekénél az eltérő fejlődésmenetre utaló jeleket?
14. Ki javasolta a fejlesztést (szakember)?
15. Milyen szakemberekkel volt/van lehetősége konzultálni gyermeke állapotáról?
16. Milyen jellegű fejlesztő szolgáltatásokat vettek igénybe gyermekével?
17. Milyen segítséget kaptak a szakemberektől szülőként, illetve családként abban, hogy támogatni tudják gyermeke fejlődését?
18. Amennyiben vannak, milyen hatással volt gyermeke eltérő fejlődése a testvérei mindennapjaira?
19. Ön mennyire elégedett a gyermekével foglalkozó szakemberek szakmai felkészültségével?
20. Tapasztalatai szerint, mennyire van együttműködés a különböző ágazatok (pl. egészségügy, pedagógia) között a korai intervenció során?
21. A korai intervenció elősegítette gyermeke beilleszkedését az óvodai, iskolai környezetbe?
22. Gyermeke hogyan boldogul az oktatási rendszer követelményeivel? Akadnak-e tanulási nehézségek, zavarok?
23. Jelenleg részesül a gyermeke valamilyen fejlesztésben? Ha igen, mi az?
24. Ön szerint, a korai intervenció pozitív hatással volt gyermeke életminőségére?
25. Milyen hatással volt a korai intervenció ellátás a családjuk életminőségére?

26. Véleménye szerint, jelentősen befolyásolta volna-e gyermeke és a család életminőségét, ha nem részesülnek korai intervenciók ellátásban?

Szülők, korai fejlesztésben nem részesül gyermekekkel:

- A gyermek mennyi időskorában derült ki, hogy fejlesztés lenne szükséges?
- Milyen tünetek utaltak arra, hogy gyermeke fejlődése eltér az életkori elvárásoktól?
- Mi az oka, hogy gyermeke nem részesült korai intervenciók ellátásban?
- Ön ismeri, milyen tünetek jelzik a gyermek fejlődésének elmaradását és a fejlesztés szükségességét?
- Hogyan befolyásolta az eltérő fejlődésment gyermeke életminőségét?
- Szülőként és családként hogyan befolyásolta az életminőségüket gyermeke eltérő fejlődésmentete?
- Amennyiben vannak, milyen hatással volt gyermeke eltérő fejlődése a testvérei mindennapjaira?
- Kapott-e felvilágosítást (szakembertől), vagy önállóan járt utána (pl. interneten), milyen ellátást vehetnek igénybe és hol?
- Milyen szakemberekkel volt/van lehetősége konzultálni gyermeke állapotáról?
- Magánúton (a korai intervenciók ellátáson kívül) jártak a gyermekkel valamilyen fejlesztésre?
- Mennyire volt sikeres gyermeke beilleszkedése az óvodai, iskolai környezetbe?
- Gyermeke hogyan boldogul az oktatási rendszer követelményeivel? Akadnak-e tanulási nehézségek, zavarok?
- Milyen fejlesztésben részesül gyermeke jelenleg?
- Véleménye szerint, jelentősen befolyásolta volna-e gyermeke és a család életminőségét, ha részesülnek korai intervenciók ellátásban?

5. sz. függelék – Hallgatói és konzulensi nyilatkozat minta

NYILATKOZAT

Alulírott Károlyne Tóth Zsuzsanna, a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, kaposvári Campus, Gyógypedagógia szak nappali/levelező* tagozat végzős hallgatója nyilatkozom, hogy a dolgozat saját munkám, melynek elkészítése során a felhasznált irodalmat korrekt módon, a jogi és etikai szabályok betartásával kezeltem. Hozzájárulok ahhoz, hogy Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom egyoldalas összefoglalója felkerüljön az Egyetem honlapjára és hogy a digitális verzióban (pdf formátumban) leadott dolgozatom elérhető legyen a témát vezető Tanszéken/Intézetben, illetve az Egyetem központi nyilvántartásában, a jogi és etikai szabályok teljes körű betartása mellett.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem*

Kelt: Kaposvár, 2023. év 11. hó 11. nap

Károlyne Tóth Zsuzsanna
Hallgató

NYILATKOZAT

A dolgozat készítőjének konzulense nyilatkozom arról, hogy a Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom záróvizsgán történő védelemre javaslom / nem javaslom*.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem*

Kelt: Kaposvár, 2023. 11. 10.

Tóth-Szabó Ágnes
Belső konzulens

*Kérjük a megfelelőt aláhúzni!

NYILATKOZAT

a záródolgozat/szakdolgozat/diplomadolgozat/portfólió¹ nyilvános hozzáféréséről és eredetiségéről

A hallgató neve: Károlyné Tóth Zsuzsanna
A Hallgató Neptun kódja: BWZO7B
A dolgozat címe: A korai komplex fejlesztés hatása az ellátottak és családjaik életminőségére
A megjelenés éve: 2023
A konzulens intézetének neve: Magyar Agrár - és Élettudományi Egyetem Kaposvári Campus
A konzulens tanszékének a neve: Gyógypedagógiai Tanszék

Kijelentem, hogy az általam benyújtott záródolgozat/szakdolgozat/diplomadolgozat/portfólió² egyéni, eredeti jellegű, saját szellemi alkotásom. Azon részeket, melyeket más szerzők munkájából vettem át, egyértelműen megjelöltem, és az irodalomjegyzékben szerepeltettem.

Ha a fenti nyilatkozattal valótlan állítottam, tudomásul veszem, hogy a záróvizsga-bizottság a záróvizsgából kizár és a záróvizsgát csak új dolgozat készítése után tehetek.


A leadott dolgozat, mely PDF dokumentum, szerkesztését nem, megtekintését és nyomtatását engedélyezem.

Tudomásul veszem, hogy az általam készített dolgozatra, mint szellemi alkotás felhasználására, hasznosítására a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem mindenkori szellemi tulajdon-kezelési szabályzatában megfogalmazottak érvényesek.

Tudomásul veszem, hogy dolgozatom elektronikus változata feltöltésre kerül a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem könyvtári repozitori rendszerébe. Tudomásul veszem, hogy a megvédett és

- nem titkosított dolgozat a védést követően
- titkosításra engedélyezett dolgozat a benyújtásától számított 5 év eltelté után nyilvánosan elérhető és kereshető lesz az Egyetem könyvtári repozitori rendszerében.

Kelt: 2023. november 11.


Károlyné Tóth Zsuzsanna

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.

² A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.