

# **SZAKDOLGOZAT**

**SÁRFINÉ URVALD ANETT**  
**óvodapedagógus**

**Kaposvár**  
**2023**



**Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem**  
**Kaposvári Campus**  
**Óvodapedagógus Szak**

**AZ ÓVODA SZEREPE A KORAI MENTÁLHIGIÉNÉS**  
**PREVENCIÓBAN**

**Belső konzulens: Dr. József István**

egyetemi docens

**Készítette: Sárfiné Urvald Anett**

JJSENP

levelező tagozat

**Intézet/Tanszék: Neveléstudományi In-  
tézet**

Gyermeknevelési Tan-  
szék

**Kaposvár**

**2023**

# TARTALOMJEGYZÉK

|       |                                                       |    |
|-------|-------------------------------------------------------|----|
| 1     | BEVEZETÉS, A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA.....             | 2  |
| 2     | AZ ÓVODAI NEVELÉS TÖRTÉNETE.....                      | 3  |
| 2.1   | Nemzetközi kitekintés .....                           | 3  |
| 2.2   | A magyarországi óvodai nevelés története röviden..... | 5  |
| 2.3   | Az óvodai nevelés napjainkban, Magyarországon .....   | 8  |
| 3     | MENTÁLHIGIÉNÉ .....                                   | 10 |
| 3.1   | A mentálhigiéné rövid története és fogalma.....       | 10 |
| 3.2   | A mentálhigiéné területei és színterei.....           | 12 |
| 3.3   | Mentálhigiénés szemlélet a köznevelésben .....        | 13 |
| 4     | MENTÁLHIGIÉNÉ AZ ÓVODÁBAN.....                        | 15 |
| 4.1   | Mentálhigiéné jelentősége, területei az óvodában..... | 15 |
| 4.1.1 | Prevenció az óvodában .....                           | 16 |
| 4.1.2 | A gyermek szükségleteinek kielégítése .....           | 16 |
| 4.1.3 | Konfliktuskezelés, agressziókezelés.....              | 17 |
| 4.2   | A kutatás célja .....                                 | 19 |
| 4.3   | Hipotézisek .....                                     | 19 |
| 4.4   | A kutatás módszere.....                               | 20 |
| 4.5   | A kutatás eredményei .....                            | 21 |
| 4.6   | Következtetések, javaslatok.....                      | 31 |
| 5     | ÖSSZEGZÉS.....                                        | 38 |
| 6     | IRODALOMJEGYZÉK.....                                  | 40 |
| 7     | TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE .....                             | 44 |
| 8     | ÁBRÁK JEGYZÉKE .....                                  | 44 |
| 9     | MELLÉKLET .....                                       | 45 |

## 1 BEVEZETÉS, A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

Szakdolgozatom témájául az óvodai mentálhigiéné bemutatását választottam. Témaválasztásomat azzal indokolom, hogy tapasztalataim szerint egyre nagyobb jelentősége, szerepe van a koragyermekkori életszakaszban megvalósított prevenciós tevékenységnek, amely a gyermekek mentális egészségét szolgálja.

A WHO meghatározása szerint a mentális egészség a „jóllét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözőn képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.”<sup>1</sup> A kérdés fontosságát az Európai Unió is felismerte, amely 2022 júniusában ismertetett új programjával („Egészségesebben együtt” – nem fertőző betegségekre vonatkozó kezdeményezés) abban támogatja a tagállamokat, hogy azok - szakpolitikájuk révén - képesek legyen az állampolgáraik jóllétének növelésére és a tagállamok között tapasztalható egészségi egyenlőtlenségek csökkentésére. Ennek a törekvésnek fontos eleme a mentális egészség megőrzésére és az idegrendszeri betegségek leküzdésére irányuló stratégia. Ezen belül is legnagyobb hangsúlyt a megelőzésnek kell kapnia.<sup>2</sup> A mentális egészséggel kapcsolatos problémák az ember egész életére rányomják bélyegüket, gátolják az önmegvalósítást, az emberi kapcsolatok kialakítását, a közösségek életét. Éppen ezért nagyon fontosnak tartom, hogy a gyermekek lelki egészségvédelme minél magasabb szinten megvalósuljon, amelynek érdekében az óvoda is sokat tehet. Szakdolgozatomban azt szeretném bemutatni, hogy az óvoda milyen szerepet tölt be ebben a tevékenységben, hogyan vállalhat részt az óvodás gyermek lelki egészségvédelmében, különös tekintettel a gyermek veszélyeztetettségének megakadályozására irányuló munkát. Véleményem szerint az óvodapedagógusnak kellő felkészültséggel és motivációval kell rendelkeznie ahhoz, hogy ebben a megelőző tevékenységben aktív és eredményes szerepet tudjon vállalni. E szakdolgozat keretei között szeretném részletesen ismertetni azokat a feladatokat, amelyeket az óvodapedagógusnak a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaként el kell látnia, annak érdekében, hogy a gyermek veszélyeztetettsége ne alakuljon ki, illetve időben kiszűrésre kerüljön.

---

1 Maczali Katalin (2018): A mentális egészség újradefiniálásának irányába - cikkismertetés (Egészségfejlesztés, 59. évf. 1. szám, 1-2. p., [http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987\\_egeszsegfejlesztes\\_2018\\_1\\_061-062.pdf](http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2018_1_061-062.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.25.), 2. p.

2 Mentális egészség – Az EU hivatalos oldalához tartozó weboldal ([https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_hu](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_hu), utolsó letöltés ideje: 2023.02.25.)

## 2 AZ ÓVODAI NEVELÉS TÖRTÉNETE

### 2.1 Nemzetközi kitekintés

A kisgyermekes intézményes nevelésének igénye az ipari forradalom okozta társadalmi-gazdasági változások nyomán jelent meg, összefüggésben a nők tömeges munkába állásával. A felügyelet nélkül maradt gyermekekre számos veszély leselkedett, ami tovább növelte a gyermekhalandóságot. Sok anya bízta dajkára a gyermekét, ami szintén nem volt biztonságos, a gyermek szükségleteit kielégítő megoldás. A nagybacska gyermekek felügyeletére intézményes megoldást kerestek, így merült fel az, hogy a 6 év alatti gyermekek is járjanak iskolába. Ez különösen a falvakban volt gyakori, ahol a 3-6 éves gyermekek felügyeletét ellátta a tanító.<sup>3</sup>

A 17. században már akadnak nemzetközi példák az óvodáskorú gyermekek idősebb gyermekektől elkülönített nevelésére. Erre szolgáltak Angliában a „dame school”-ok, ahol egy nő 20-30 gyermekre is felügyelt egyszerre és tanította őket az alapvető műveletekre. Hasonló intézmények elterjedtek a puritánok között Észak-Amerikában, német nyelvterületen, Franciaországban, Svájcban. Itt mindenféle előzetes tervezés nélkül folyt a nevelés, amelyet pedagógiaiailag képzetlen nők valósítottak meg.<sup>4</sup>

Az óvodai nevelés eszméjének terjesztése Európában az angol Samuel Wilderspin (1792-1866) nevéhez fűződik, aki *Infant Education* (1825) munkájával számos országban – többek között Magyarországon is - felhívta a figyelmet az óvodai nevelés jelentőségére. Az általa „infant school”-nak (kisgyermekiskola) nevezett intézmények még iskolás jellegűek voltak, miként erre elnevezésük is utal.<sup>5</sup> Az „infant school” előzményét az utópista szocialista gyáros, Robert Owen (1771-1858) teremtette meg, aki a textilgyárában dolgozó munkásgyermek számára hozta létre intézményét 2-6 éves gyermekek számára. Ebben az

---

3 Pukánszky Béla (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében (*Educatio*, 2005/4.szám, 703-714.p., <http://www.pukanszky.hu/Gyermekek%20es%20ovodatortenet.pdf>, utolsó letöltés időpontja: 2023.02.02.), 704. p.

4 Uő.: Ua., 704-705. p.

5 Molnár Balázs - Pálfi Sándor - Szerepi Sándor - Vargáné Nagy Anikó (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon (*Educatio*, 2015/3. szám, <https://folyoiratok.oh.gov.hu/educatio/kisgyermekkorai-neveles-magyarorszagon>, utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

intézményben nagyobb hangsúly esett a nevelésre, mint az oktatásra. A világgal való ismerkedés barátságos légkörben zajlott és az intézményi életnek része volt a játék, a torna, a zene, a tánc. A testi fenytés tilos volt. Törekedtek arra, hogy a gyermekek minél inkább beilleszkedjenek a közösségbe.<sup>6</sup>

Wilderspin intézménye különbözött Owenétól. Az autodidakta Wilderspin azért kezdett el a gyermekek nevelésével foglalkozni, mert változtatni akart a munkáscsaládok gyermekeinek veszélyekkel teli életén. Fő céljának a gyermekek foglalkoztatását tartotta. A londoni Spitalfieldsben létrehozott intézményében a gyermekek tevékenykedtetésére, elemi oktatására esett a fő hangsúly, de maradt idő a játékra is. Wilderspin szigorú, következetes elvárásait a gyermekekkel szemben a puritán gyermekkép nyomán fogalmazta meg. Célja szorgalmas, takarékos, erkölcsös felnöttek kinevelése volt, amely megfelelt a protestáns emberideálnak.<sup>7</sup>

A 19. századi Európában terjedt a romantikus gyermekkép is. Rousseau és Pestalozzi nyomán a gyermekkert-mozgalmat elindító Fröbel azt vallotta, hogy a gyermeket védeni kell a káros hatásoktól és lehetővé kell tenni, hogy képességeit kibontakoztathassa. A pedagógiának tehát az a feladata, hogy a gyermek fejlődését támogassa, a gyermekkert feladata pedig, hogy védje a gyermeket a romlott társadalmi viszonyoktól. Fröbel 1840-ben alapította meg első óvodáját, amelyet hamarosan újabb intézmények követtek. Ezekben a különféle társadalmi csoportokból érkező gyermekek együtt nevelkedhettek, mindaddig, amíg a forradalmakat követő restaurációs időszakban a porosz hatóságok be nem zárták a demokratikus nevelést megvalósító intézményeket.<sup>8</sup>

A 20. század első évtizedében a reformpedagógiai irányzatok érdeklődése egyre inkább a koragyermekkorai nevelés felé fordult. Maria Montessori (1870-1952) olasz orvos 1907-ben Róma külvárosában hozta létre „Casa dei Bambini” (Gyermekek Háza) néven első óvodáját, ahol megvalósíthatta nevelési módszerét, amely világszerte gyorsan népszerűvé vált. Rousseau nyomdokain haladva Montessori pedagógiájának alapját a gyermek önálló cselekvési lehetőségének biztosítása adja. Szerinte a gyermeket nem kell túlvédeni, hanem el kell hárítani az akadályokat a fejlődése útjából. Rendszerének két alapelve a gyermeki

---

6 Pukánszky B. (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében, 705. p.

7 Uő.: Ua., 708-709. p.

8 Uő.: Ua., 712. p.

aktivitás és szabadság, a Montessori-eszközök és a gyermekhez igazodó tevékenységi tér ezt szolgálják.<sup>9</sup>

## 2.2 A magyarországi óvodai nevelés története röviden

Wilderspin nagy hatással volt a hazai óvodai nevelés úttörőjének, Brunszvik Teréznek a tevékenységére is. Brunszvik Teréz szoros kapcsolatot tartott fenn Wilderspin művének német fordítójával, Joseph Wertheimerrel. Kettejük együttműködésének eredményeként jött létre 1828. május 27-én – Bécsset is megelőzve – az első óvoda Budán, a Krisztinavárosban. Az első intézményt hamarosan újak követték, ami a grófnő fáradhatatlan szervezőmunkájának és adománygyűjtésének volt köszönhető.<sup>10</sup> Brunszvik Teréz óvodájában 2-6 év közötti gyermekek olvasni, számolni tanultak, valamint természetrajzi, technológiai és egészségtani ismeretekkel foglalkoztak, Pestalozzi beszéd-és értelemgyakorlatainak alkalmazásával.<sup>11</sup>

Brunszvik intézményei – Wilderspin mintájára – a tanulást helyezték előtérbe, valamint a gyermekek biztonságos felügyeletét. A tanítás azonban főként a gyermekek érdeklődésén, cselekedtetésén alapult. Ennek megfelelően az intézmények számára óvodai tanítókat kezdtek el képezni. Óvodai tanító (1860-ig) olyan férfiból lehetett, aki már rendelkezett előzetes pedagógiai tudással. Egy évig tartó továbbképzésükről 1837-től a tolnai képzőintézmény gondoskodott.<sup>12</sup> Az óvodai oktatás szükségszerű is volt, hiszen az írás, olvasás, számolás elsajátítása 3-4 évet vett igénybe, miközben a 9-10 éves gyermekeknek már komoly hasznát vették a mezőgazdasági munkában. Éppen ezért indokolt volt minél előbb elkezdeni az alapvető ismeretek elsajátítását. A népiskolai törvény azonban kötelezővé tette hatéves kortól az elemi iskolai oktatásban való részvételt, ami a kisgyermekiskola típusú óvodák létét szükségtelemmé tette.<sup>13</sup>

---

9 Mészáros István - Németh András - Pukánszky Béla (2005): Neveléstörténet - Bevezetés a pedagógia és iskoláztatás történetébe (Osiris, Bp.), 191-192. p.

10 Hornyák Mária: Az európai óvodaügy hőskora Brunszvik Teréz levelezésének tükrében 2. rész (Neveléstörténet folyóirat. 2005. évf. 1-2. szám, [http://www.kjf.hu/nevelestortenet/index.php?rovat\\_mod=archiv&act=menu\\_tart&eid=31&rid=1&id=145](http://www.kjf.hu/nevelestortenet/index.php?rovat_mod=archiv&act=menu_tart&eid=31&rid=1&id=145), utolsó letöltés ideje: 2023.02.25.)

11 Mészáros István - Németh András - Pukánszky Béla (2005): Neveléstörténet - Bevezetés a pedagógia és iskoláztatás történetébe, 299. p.

12 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon

13 Pukánszky B. (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében, 710-711. p.

A kiegyezést követően Magyarországon is nagy lendületet vett a gazdasági fejlődés és a polgárosodás. Egyre nagyobb szükség volt arra, hogy a 3-6 éves korosztály részére intézmények jöjjenek létre, ezt a feladatot azonban az egyesületek nem tudták ellátni. Eközben Friedrich Fröbel gyermekek pedagógiája is elterjedt, az ő hatására jönnek létre a 19. század második felétől a német nyelvű „kindergarten”-nek (gyermekkert) nevezett intézmények.<sup>14</sup> A kisdédóvók szabályozásáról először 1891-ben született jogszabály (1891:XV. t.c. Kisdédóvási törvény), amelyben szabályozták az óvodai nevelés célját, feladatát, tartalmát. Ekkor iktatták ki teljesen az óvodai nevelésből az oktatást és kötelezővé tették a 3-6 éves korosztály számára az óvodába járást, abban az esetben, ha az óvoda elérhető volt a településen. Az állam felügyelete alá került óvodákban képzett személyzetről is gondoskodtak, ezt a célt szolgálta a képzőintézmények rendszerének felállítása. Az óvodai nevelés szemléletére – a kor szelleméhez igazodóan – a nemzeti nevelés volt jellemző.<sup>15</sup>

A Horthy-korszakban a hazai óvodai nevelés két korszakát lehet elkülöníteni. Az első – 1920-tól 1934/36-ig tartó időszakban az óvoda viszonylag független intézmény volt, az 1934/36-tól 1945-ig tartó időszakban viszont folyamatosan növekedett az állami befolyás a hazai óvodai nevelésben. Az első időszakra jellemző a korszakban megjelenő reformpedagógiák hatása. Az óvodára elsősorban Maria Montessori pedagógiája volt hatással, akinek rendszerét elsőként Várnai Sándor ismertette a Kisdédnevelés című folyóirat hasábjain, már az I. világháború előtt. A Montessori-pedagógia azonban csak az 1920-as években kezdett el elterjedni.<sup>16</sup> Hazai propagálója Bélaváry-Burchard Erzsébet óvónő volt, aki Montessori több művét lefordította magyarra és 1927 és 1944 között Montessori-óvodát, 1928 és 1941 között iskolát működtetett. Neki köszönhetően vált népszerűvé Magyarországon a Montessori-pedagógia eszköztára.<sup>17</sup>

A Horthy-korszak második felében az állami befolyás növekedését jelezte, hogy a vallás-és közoktatásügyi miniszter hatásköréből az óvodák felügyelete átkerült a belügyminiszter felügyelete alá. A másik jellemző folyamat a korszakban a nacionalista hatások növekedése az óvodai nevelésben. Az 1930-as évek végétől a népi hagyományok erősítését szorgalmazták a nevelésben Imre Sándor, Kodály Zoltán, Illyés Gyula, mintegy ellensúlyozva a nacionalista

---

14 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon

15 Uő: Ua.

16 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon

17 Pukánszky B. (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében, 717. p.



hatást. A háborús vereség és a szovjet típusú államszocializmus kialakulása azonban ennek a kísérletnek a végét jelentette.<sup>18</sup>

1945 után a szovjet érdekszférába került Magyarországon is megvalósult a szocialista társadalmi rend. A marxista nevelés a köznevelés minden szegmensét átítatta, az egyházi intézményeket 1948-ban államosították. A pártszervezetek az óvodákban is megalakultak.<sup>19</sup> Az óvodák számát - a nők tömeges munkába állásának és a Ratkó-korszak magas születésszámának következtében – folyamatosan növelni kellett. Az államszocialista hatalom felismerte, hogy az óvodákon keresztül meg tudja valósítani a szocialista állampolgárok kinevelését. Az óvodák pedagógiai gyakorlata a szovjet mintát másolta. A szovjet óvónők számára készült Bleher-művet (Szervezett foglalkozások az óvodában, 1950), a magyar viszonyok figyelembe vétele nélkül adaptálták. Ettől az időszakról datálható az a szerep, amelyet a szocialista időkben az óvodáknak szánt a hatalom, vagyis az iskolára való felkészítést.<sup>20</sup> Az óvodai törvény (1953) az óvodát az iskolához rendelte, feladatául az iskolai előkészítést jelölte meg. A törvénnyel egy időben kiadott Módszertani Levelek meghatározta az óvodai foglalkozásokat, amelyeknek szerepe az oktatás volt. 1957-ben kiadták „A nevelőmunka az óvodában” című módszertani kiadványt, amely már figyelembe vette az óvodás korosztály sajátosságait és szükségleteit és hangsúlyozta a játék jelentőségét.<sup>21</sup>

A szocialista korszakban a gyermekre a korábbi korszakoktól merőben eltérő módon tekintettek. A gyermek a szocialista társadalom jövője tagja, akit ideológiával átítatott neveléssel kell felkészíteni arra, hogy a dolgozó nép hasznos tagja legyen. Ezt segítette elő az óvodákban is meghirdetett „Nevelj Jobban!” mozgalom. Az erős ideológiai meghatározottság az 1970-es években kezdett csökkenni, de az 1971-ben kiadott „Az óvodai nevelés programja” (1971) is azt a célt tűzte ki maga elé, hogy a gyermek nagycsoportos korára fegyelmezetté váljon, és ezáltal képes legyen beilleszkedni a közösségbe. Az ideális óvodás kellő önfegyelmel rendelkezik, szeret tanulni, együttműködik társaival és az óvónővel,

---

18 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon

19 Mészáros István - Németh András - Pukánszky Béla (2005): Neveléstörténet - Bevezetés a pedagógia és iskoláztatás történetébe, 355. p.

20 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon

21 Uők: Ua.

igazodik az óvoda napirendjéhez.<sup>22</sup> Ugyanakkor nagyobb hangsúlyt kapott a gyermek harmonikus személyiségfejlődése, a család és a játék szerepe a gyermek életében, bevezették a kezdeményezésen alapuló kötetlen foglalkozásokat. Mindez új utakat nyitott az óvodai nevelésben a szakmaiság felé.<sup>23</sup>

A rendszerváltozást követően a hazai óvodapedagógiában ismét előretörték a reformpedagógiák, így a Montessori-, a Waldorf- és a Freinet-óvodapedagógia, amelyeknek fő törekvése, hogy a gyermek fejlődéséhez, személyiségének kibontakoztatásához biztonságos és támogató légkört biztosítsanak az óvodában.<sup>24</sup> Az 1989-ben megjelent „Továbbfejlesztett Óvodai Program” az 1971-es program módosított, már a gyermeket középpontba helyező változata, amely azonban még mindig egységes, de megfigyelhető benne a nyitás a szocialista korszakban nem támogatott tudomány, a lélektan felé. Az óvodai programban megjelentek olyan fogalmak, mint a gyermeki jogok és méltóság, a játék elsődlegessége stb. A törvényi szintű változásra 1993-ban került sor, amikor a közoktatási törvény (LXXIX. tc.) meghatározta az óvodai nevelést. Az 5 éves kortól kötelező óvodai nevelést az „Országos óvodai nevelés programja” alapján készített saját pedagógiai program mentén végezték az óvodák. Ennek elkészítése komoly szakmai kihívást jelentettek. 1996-ban kiadták az „Országos Óvodai Nevelés Alapprogramját”, amely keretjellegű és gyermekközpontú dokumentum volt és megengedte a reformpedagógiák érvényesülését.<sup>25</sup>

### **2.3 Az óvodai nevelés napjainkban, Magyarországon**

Napjainkban – a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről alapján – „az óvoda a gyermek hároméves korától a tankötelezettség kezdetéig nevelő intézmény”.<sup>26</sup> Az óvodai nevelés igénybevétele hároméves kortól legalább napi négy óra időtartamban kötelező, ami

---

22 Pukánszky B. (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében, 718-719. p.

23 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): I. m.

24 Pukánszky B. (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében, 719. p.

25 Molnár B. - Pálfi S. - Szerepi S. - Vargáné Nagy A. (2015): I. m.

26 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> , utolsó letöltés: 2013.01.28., 8. §. (1)

alól felmentést csak kivételes esetben kaphat a gyermek.<sup>27</sup> A kötelező óvodai nevelés korai fejlesztésben és gondozásban is teljesíthető,<sup>28</sup> ha a gyermek szükségletei ezt indokolják.

Óvoda fenntartására elsősorban az önkormányzatok kötelezettek, de ezt a feladatot felvállalhatják egyházak, alapítványok, magánszemélyek is.<sup>29</sup> Az óvoda fenntartása önkormányzati feladat minden olyan esetben, amikor a településen legalább 8 fő, óvodáskorú gyermek él és feltételezhető, hogy ez a létszám legalább 3 éven keresztül fennmarad és amennyiben legalább 8 szülő igényli az óvodai ellátást. Szintén a települési önkormányzat feladat a nemzetiségi óvoda igénybevételének biztosítása és a sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai ellátás biztosítása abban az esetben, ha az érintett gyermekek integráltan nevelhetők.<sup>30</sup>

Az óvodák szakmai működését 1996 óta az Óvodai nevelés országos alapprogramja (továbbiakban: ONAP) határozza meg, amely deklarálta a családi nevelés kiegészítőjeként szolgál, funkciója pedig az óvó-védő munka, a gyermeki személyiségfejlesztés, elsősorban a gyermek iskolába való beilleszkedésének elősegítése érdekében. Újabban megfogalmazott cél továbbá a gyermek környezettudatos magatartásának kialakítása.<sup>31</sup> Az óvoda – az Óvodai nevelés országos alapprogramjának figyelembe vételével – saját nevelési programot készít, amelynek elkészítésében viszonylag nagy pedagógiai szabadsággal rendelkezik, az óvodai nevelés alapelvei azonban egységesek: a gyermeki személyiség tiszteletben tartása, az egyéni bánásmód elve, a gyermeki személyiség kibontakoztatása.<sup>32</sup>

A modern óvodákat a tevékenység- és gyermekközpontúság jellemzi. Az ONAP bevezetése óta a kötelező foglalkozásokat felváltották a gyermekek érdeklődésére alapozott tevékenységek, a szociális kompetenciák fejlesztése az iskolába való beilleszkedése érdekében, valamint a különböző okból atipikus fejlődésű gyermekek kiszűrése és

---

27Ua., 8. §. (2)

28 Ua., 8.§. (4)

29 Heimann, Ilona – Lénárd, Sándor – Mészáros, György – Rapos, Nóra – Trencsényi, László (2006): Iskolán kívüli nevelés (A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése 7. kötet, Bölcsész Konzorcium HEFOP Iroda, Bp.), 23.p.

30 Eurydice

31 137/1996. (VIII.28.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjának kiadásáról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600137.KOR&txtreferer=A1200020.EMM>, utolsó letöltés: 2023.01.28., Melléklet

32 Ua.

megfelelő szakemberhez irányítása.<sup>33</sup> Ugyanakkor szakemberek arra is rámutatnak, hogy a mai óvodában – a csökkenő gyermeklétszám és a magánintézmények megjelenése miatt – egyre inkább „versenyeznek” a gyermekért, ezért az óvodai nevelés hangsúlya sok intézményben a fejlesztésre tolódott át. Ez sok esetben spontán fejlődő területek (pl. érzékelés) „fejlesztését”, illetve a gyermek életkorához nem igazodó ismeretek – így például az idegen nyelv – oktatása, akár már középső csoportban is. Ezzel párhuzamosan az iskolára való felkészítés feladata elsorvadt az óvodában, holott sok gyermek számára ez a felzárkózás lehetőségét teremtené meg az iskolakezdés előtt.<sup>34</sup>

### **3 MENTÁLHIGIÉNÉ**

#### **3.1 A mentálhigiéné rövid története és fogalma**

A mentálhigiéné (lelki egészségvédelem) nem önálló tudomány, összefügg a teljes társadalmi-gazdasági rendszerrel. A mentálhigiéné a 20. század elején, az Egyesült Államokban jött létre, Clifford Beers üzletember törekvései nyomán, aki könyvében azzal foglalkozott, hogyan lehetne megakadályozni az elmebetegségek kialakulását, miután két évet maga is elmeorvosintézetben töltött. Ennek a mozgalomnak a következménye volt az 1919-ben bevezetett szesztilalomnak a kieroszakolása is, de hasonló mozgalmak szorgalmazták – a nemi betegségek megelőzésére - az erkölcsi tisztaságot. E mozgalmakra az egészségügy (higiéné) modellje volt hatással, amely a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezte. Hasonló mintára képzték el a lelki egészség területén a változást is, a mentálhigiénétől ezt az eredménybeli változást várták. A mozgalom Európában is gyorsan elterjedt és a 20. század közepéig az is maradt, a szocialista országokban azonban tiltott volt.<sup>35</sup>

Magyarországon a két világháború alatt indult meg a mentálhigiénés mozgalom. Létrejött a Mentálhigiénés Liga, Fabinyi Rudolf és Oláh Gusztáv jóvoltából. Az 1945 után kiépülő államszocialista rendszer azonban nem volt hajlandó tudomást venni a társadalmi problémákról, ezért a mentálhigiénés szemlélet is tabu volt. Az 1980-as években felszínre törő

---

33 Heimann, I. – Lénárd, S. – Mészáros, Gy. – Rapos, N. – Trencsényi, L.: I. m., 23-24.p

34 Vajda Zsuzsanna-Kósa Éva (2005): Neveléslélektan, Bp., 161-162. p.

35 Buda Béla (1998): A mentálhigiéné fogalma (Educatio, 1998/2. szám, 229-238. p., [https://epa.oszk.hu/01500/01551/00081/pdf/EPA01551\\_educatio\\_1998\\_2\\_229-238.pdf](https://epa.oszk.hu/01500/01551/00081/pdf/EPA01551_educatio_1998_2_229-238.pdf), utolsó letöltés időpontja: 2023.02.24.), 229-230. p.

általános válságjelenségek azonban egyértelművé tették, hogy a magyar lakosság mentálhigiénés helyzete katasztrofális. 1987-ben a kormány kezdeményezésére egészségmegőrzési programot fogadtak el, majd 1993-ben az ÁNTSZ feladatává tették a lakosság lelki egészségének megőrzését. Az egészségügy azonban nem tudott mit kezdeni ezzel a kihívással. 1994-ben - Veér András miniszteri biztossá történő kinevezésével – kezdődtek meg először összehangoltan a testi és lelki egészségvédelmi intézkedések. A mentálhigiéné átfogó mozgalommá vált, létrejött a Mentálhigiénés Programiroda és a Mentálhigiénés Program (1996).<sup>36</sup>

A mentálhigiéné eredetileg a pszichiátriából származó fogalom, eleinte a lelki egészséget (pszichohigiéné) jelölte. A pszichiátriában a gyors és hatékony krízis intervenció meghatározására szolgált a fogalom, a mentálhigiénés szakember feladata pedig a preventív pszichiátriai tevékenység volt.<sup>37</sup> A mentálhigiéné medicinális megközelítésében ma is az orvos-páciens kapcsolat, a betegség-gyógyítás (terápia) alá-fölrendeltsége látható. E megközelítésben fordulatot a humanisztikus pszichológia hozott, amely az egészségre nem a betegség hiányaként tekint, hanem önmegvalósítást, kiteljesedést. Az 1950-es években bekövetkező paradigmaváltás kialakította a pozitív mentálhigiénés szemléletet, amely a betegségre múló állapotként tekint. E szemlélet alapján a beteg kliens, akinek problémája van, az orvos pedig konzulens, aki a probléma megoldásában segít, konzultációval, intervencióval, tanácsadással. Az 1960-as években ebből a szemléletből fejlődött ki az USA-ban a rendszerszemléleten alapuló ökológiai és közösségi mentálhigiénés mozgalom, amely a természetes közösségi szociális hálókra, a „kapuőrökre” támaszkodik, mint például a pedagógus, a lelkész, az orvos.<sup>38</sup> Az 1970-es, 1980-as években a pozitív mentálhigiénés szemléleten fejlődött ki a mentálhigiéné integratív (bio-, pszichoszociális alapokon nyugvó) szemlélete, amelynek fő célja a betegség megelőzése, az egészségmegőrzés. Ennek érdekében a mentálhigiénés tevékenység a megküzdési stratégiák fejlesztésére, a személyiségfejlesztésre, a rizikótényezők kiszűrésére irányul.<sup>39</sup>

---

36 Antal Judit (2008): Mentálhigiéné az óvodában (Barbori Bt., Bp.), 13-14. p.

37 Bagdy Emőke (1996): A mentálhigiéné főbb irányzatai és a hazai Mentálhigiénés Program (1996) (In.: A mentálhigiéné – Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás, szerk.: Bagdy Emőke, Animula Kiadó, Bp., 1999., 35-39. p.), 35-36. p.

38 Uő.: Ua., 37. p.

39 Uő.: Ua., 37-38. p.

A mentálhigiéné definíciója ma már igen tág és sokféle dolgot magában foglal. Tág értelmezésben tartalmazhatja akár a szociálpolitika és a szociális gondoskodás területét is, de magában foglalhatja a lelki betegségek hatékony kezelését éppen úgy, mint a fogyatékos személyek rehabilitációját.<sup>40</sup>Buda Béla meghatározása szerint a mentálhigiéné „a leginkább a lelki egészségpromóció értelmében használt, összetett, nehezen meghatározható fogalom, amely egyszerre vonatkozik célokra, módszerekre, megközelítési módokra, szemléletre és konkrét tevékenységi területekre, illetőleg magában foglalhat mindent, ami a lelki egészséget javítja, annak minden vetületében és szintjén, az egyén és környezete kapcsolatának hagyományos megelőzési viszonyától a személyiség fejlődésének elősegítésén át azokig a szociális képességeikig és kapcsolatokig, együttműködésekig menően, amelyek a nehéz élethelyzetek, stresszek leküzdését segítik, amelyek a személyiséget és a szociális segítő hálózatokat aktiválják.”<sup>41</sup>(Buda Béla)

### **3.2 A mentálhigiéné területei és színterei**

A mentálhigiéné lényegében egyfajta szemléletmód, amely segít megelőzni a mentális problémák kialakulását, elősegíti az egyén fejlesztését, támogatja a kapcsolatok és a hálózatok létrejöttét. A mentálhigiéné területei ennek megfelelően nagyon sokfélék, érintik a csecsemők és a kisgyermekek lelki egészségének védelmét, az addikciók vagy a mentális betegségek kialakulása elleni prevenciót. A mentálhigiéné mindezt pozitív eszközökkel teszi, például az önfogadás elősegítésével, a személyiségfejlesztéssel, a pozitív kapcsolatok támogatásával.<sup>42</sup>

A mentálhigiénének számos területe van, Buda Béla felosztása szerint ide tartozik az emberi személyiségfejlődés támogatása, például a családi ártalmak elhárításával, az optimális nevelés megvalósításával, továbbá a személyiség kibontakozását, állapotát, az emberi kapcsolatokat, kapcsolathálókat, kommunikációt segítő programok megvalósítása és a hátrányos helyzetűek, fogyatékosok, deviánsok vagy más okból a társadalom segítségére szoruló csoportokkal szembeni pluralizmus, tolerancia, segítség.<sup>43</sup>

---

40 Buda Béla (1998): A mentálhigiéné fogalma, 232. p.

41 Uő.: Ua., 238. p

42 Kondor Ágota (2009): A mentálhigiéné fogalma, tárgya, területei, [https://epa.oszk.hu/00900/00939/00110/2009\\_10\\_07\\_00110.htm](https://epa.oszk.hu/00900/00939/00110/2009_10_07_00110.htm)

43 Simon Gabriella (2021): A mentálhigiéné, a mentálhigiénés szemléletmód, a mentálhigiénés segítő (Gondoskodás, 1. évf. 1. szám, 52-66. p., [https://www.szocialismodszeran.hu/wp-content/uploads/2021/11/Gondoskodas\\_ELEKTRONIKUS\\_OK.pdf#page=54](https://www.szocialismodszeran.hu/wp-content/uploads/2021/11/Gondoskodas_ELEKTRONIKUS_OK.pdf#page=54) , 55. p.,

A mentálhigiéné feladatai számos szintén megjelennek, így az oktatásban, az egészségügyben, a szociális ellátásban, a gyermekvédelemben, az igazságszolgáltatásban stb. A mentálhigiéné nemcsak a kliensekre, hanem a segítőkre és a közösségekre, sőt, az egész társadalomra irányuló tevékenység is egyben.<sup>44</sup>

### **3.3 Mentálhigiénés szemlélet a köznevelésben**

Magyarországon is elfogadott vált, hogy a mentálhigiéné elsősorban nem definíció, hanem szemlélet kérdése, amely a mentálhigiéné mozgalmi jellegét erősíti. A mentálhigiéné ma már nem a lelki betegségek és magatartászavarok megelőzése, hanem a lelki egészség védelme. A különböző intézmények e pozitív mentálhigiénés szemlélet alapján végzik tevékenységüket, még akkor is, ha ez nem lehet mentes a tudományos meghatározottságtól.<sup>45</sup> A pszichoanalitikus szemlélet volt az, amely a kisiskoláskor előtti életszakaszt a pszichés fejlődés zavarai szempontjából kiemelte. A nem megfelelő adaptív anyai viselkedés gyermekre hatást gyakorol (Bowlby, Harlow, Spitz kutatási és elméleti eredményei alapján) és serdülőkorra pszichózishoz vagy pszichoszomatikus betegségekhez vezethet. A nem megfelelő családi légkör, depriváló hatások károsítanak és a magatartási problémák felhalmozódásához vezethetnek.<sup>46</sup>

A mentálhigiéné interdiszciplinárisan művelhető, számos szakember úgy gondolkodik róla, hogy nem önálló szakmaként kell értelmezni. A mentálhigiénés szakember mentálhigiénés többlettudással rendelkezik, amely segíti őt saját szakmájának minél hatékonyabb és magasabb színvonalú végzésében. A mentálhigiénés szakember Magyarországon eredeti szakmájában válik mentálhigiénés szakemberré, aki társszakmák képviselőivel dolgozik együtt.<sup>47</sup>

A mentálhigiénés szemlélet alapelvei a céltudatosság, a humánus, a prevenció, a rendszerszemléletű gondolkodás. Utóbbi az egyén működésében a bio-, pszicho-, szociális tényezők kölcsönhatásával foglalkozik.<sup>48</sup> A mentálhigiénés szemléletnek a köznevelést is át

---

44 Uő.: Ua., 55. p.

45 Kézdi Balázs (1998): A mentálhigiéné paradigmáiról (In.: A mentálhigiéné – Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás, szerk.: Bagdy E., 11-18. p.), 13-14. p.

46 Buda Béla (2002): A mentálhigiéné elméleti és gyakorlati kérdései – Újabb tanulmányok (Animula Kiadó, Bp.), 42-44. p.

47 Simon G.: I. m., 55. p.

48 Antal J.: I. m., 20. p.

kell itatnia. Veér András 1996-ban elkészült, a pozitív mentálhigiénés szemléletet közvetítő mentálhigiénés programjában kiemelt szerepet szánt a közoktatásnak, mint az elsődleges prevenció lehetséges színterének. A különböző oktatási intézmények mentálhigiénés szerepvállalását három szinten képzelte el:

1. Különböző szakemberek (iskolapszichológus, mentálhigiénés területen képzett pedagógus) integrálása az intézményekbe.
2. Az oktatási intézmények együttműködése a reszocializációban részt vevő intézményekkel (gyermekpszichiátriai szakrendelés, drogambulancia, családsegítő szolgálat, gyermek-és ifjúságvédő intézet, nevelési tanácsadó).
3. Pedagógusok és szülők továbbképzése mentálhigiénés irányban (tanfolyamok, szakirányú továbbképzések).<sup>49</sup>

A következő húsz évben sok területen sikerült eredményeket elérni. A drámapedagógia és az egészségnevelés beépítésre került a Nemzeti Alaptantervbe. Számos szakirányú továbbképzési lehetőség nyílt meg a pedagógusok előtt. A mentálhigiénés szakemberek száma növekszik. Szakmai előkészítést követően bevezetésre került a hazai óvodai és iskolai szociális segítői tevékenység, amelyről az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (továbbiakban: Gyvt.) rendelkezett és a feladatot a járási székhelyen működő család-és gyermekjóléti központhoz rendelte.<sup>50</sup>

A családi szocializáció zavarai, hiányosságai miatt a pedagógusok gyakorta kénytelenek átvenni a családi nevelés feladatait. Kérdéses, hogy a pedagógusok rendelkeznek-e azokkal az kompetenciákkal, amelyek őket erre a feladatra alkalmassá teszik. Már az 1993-ban módosított közoktatási törvény az óvoda és az iskola feladatává tette az egészségnevelési és egészségfejlesztési munkát, amelyet azonban megoszthattak más szakemberekkel. A rendszerváltozás óta eltelt évtizedekben segítő szakemberek hálózata jött létre az iskola és az óvoda körül, akiknek az a feladata, hogy a család szocializációs hiányosságainak kompenzálásában támogatást nyújtsanak a pedagógusoknak. Ilyen segítők például az utazó gyógypedagógus, a logopédus, az iskolapszichológus, a szociális segítő, a védőnő. Jelenlétük

---

<sup>49</sup>Veér András szerk. (1996): A magyar mentálhigiénés program (1996). (In.: A mentálhigiéné – Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás, szerk.: Bagdy E., 39-45. p.)

<sup>50</sup> Gyvt. 40/A.§. (2) a, ag, pontja



fontosságát a 2011.évi CXCV. törvény a köznevelésről (továbbiakban: Nkt.) is deklarálja. A pedagógusok ezekkel a szolgáltatásokat nyújtó szakemberekkel osztják meg a mentális egészség megőrzése és fejlesztése érdekében végzett feladataikat.<sup>51</sup>

## **4 MENTÁLHIGIÉNÉ AZ ÓVODÁBAN**

Antal Judit megfogalmazása szerint a mentálhigiéné az óvodában „mindazoknak az elméleti és gyakorlati megközelítéseknek a rendszere, amelyek az érintettek (gyerekek, szüleik, dolgozók, vezető, külső partnerek) lelki egészségét, személyiségét és kapcsolatait erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik.”<sup>52</sup>

### **4.1 Mentálhigiéné jelentősége, területei az óvodában**

A mentális egészség megőrzése, a jó kapcsolatok kialakítása és a problémákkal való hatékony megküzdés képességének kialakítása az óvoda feladata is. Az óvodai mentálhigiénés gyakorlat minden érintettre kiterjed, életminőségük fejlesztésére és olyan magatartásformák kialakítására irányul, amely életigenlő, ellensúlyozza az önpusztító, destruktív magatartásformákat.<sup>53</sup>

Az óvodai mentálhigiéné területei közé tartozik a gyermekek egyéni fejlesztése, a közösségi nevelés, a dolgozók megóvása a kiégéstől, eredményességük elősegítése, együttműködésének támogatása, a vezetők mentális egészsége és kapcsolata a beosztottakkal, valamint az óvoda hírneve, elfogadottsága a környezetében. Ennek kapcsán az óvodai mentálhigiéné feladatai közé tartoznak a lelki egészség karbantartása, a lelki egészséget elősegítő kompetenciák fejlesztése, a prevenciós munka, a pszichés támogatás és intervenció, a konfliktuskezelés, a közösség és a kapcsolatok fejlesztése.<sup>54</sup> Szakdolgozatomban a dolgozók és a vezetők lelki egészségével, eredményességével, az óvoda elfogadottságával nem kívánok foglalkozni, kutatásom a gyermekek lelki egészségének megőrzésére korlátozódik.

---

51 Tamás Márta (2010): Az óvodai és iskolai mentálhigiénés programok alkalmazásának lehetőségei (In.: Mentálhigiéné és segítő hivatás – Fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről, szerk: Kiss Enikő Csilla, Sz. Makó Hajnalka, Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs, 246-261. p.), 246. p.

52 Antal J.: I. m., 16. p.

53 Antal J.: I. m., 20. p.

54 Antal J.: I. m., 17. p.

#### **4.1.1 Prevenció az óvodában**

Az óvodai mentálhigiéné kapcsán végzett preventív munka az óvodai képességszűrés, amelynek keretében a logopédus, valamint az óvodai fejlesztőpedagógus, óvodapszichológus felméri az 5-6 éves gyermek fejlettségét beszéd, beszédértés, kognitív részképességek terén. A szakemberek team-ben dolgoznak és mérik fel, hogy a gyermeknek milyen ellátásra van szüksége. Szükség esetén továbbírányítják a gyermeket újabb vizsgálatra a szakértői és rehabilitációs bizottsághoz. A sajátos nevelési igényű (SNI-s) gyermekek ellátást utazó gyógypedagógusi szolgálat biztosítja, amelyet szükség esetén pszichoterápiás ellátás is kiegészíthet, például autistáknál. A szociális téren elmaradásokkal küzdő gyermekek pszichoterápiás ellátásának ki kell egészülnie pedagógiai konzultációval is, hiszen ez esetben nevelési problémákról is szó van.<sup>55</sup>

Az óvoda feladata, hogy minden lehetséges információt összegyűjtsön a gyermek eddigi életéről, családi körülményeiről, a családi nevelésről, a gyermek óvodai beilleszkedésének folyamatáról, fejlődéséről, a családdal esetlegesen kötött együttműködésről. Szükség esetén az óvoda jellemzést készít a gyermekről<sup>56</sup>, különösen akkor, ha ezt másik intézmény – például gyermekjóléti szolgálat – kéri.

#### **4.1.2 A gyermek szükségleteinek kielégítése**

Az óvoda fontos feladata, hogy a gyermek - egészséges fejlődése érdekében – fiziológiai, érzelmi és szociális szükségletei egyaránt ki legyenek elégítve. Az óvodás gyermek legfontosabb szükséglete a játék, amely nemcsak örömet nyújt, hanem segíti őt a világ megismerésében is. A gyermeknek szüksége van a szabad mozgás mellett a szervezett mozgásos tevékenységre is. Érzelmi szükségletének kielégítése érdekében biztonságos, barátságos óvodai légkört kell teremteni. Az óvodai dolgozók feladata, hogy a tevékenységek közben segítsenek a gyermek félelmeinek, szorongásának feloldását, segítő beszélgetés keretében elősegítsék érzelmi problémáinak megismerését és megoldását. Az érzelmi egyensúly megteremtésében nagy szerepe lehet a mese-, és bábfoglalkozásoknak, mentálhigiénés és drámajátékoknak, valamint az óvoda és a szülők közötti együttműködésnek, jó kapcsolatnak. A mindennapi munka része a gyermekek önfogadásának, énképének, önbizalmának fejlesztése is. Az óvodás gyermeket támogatni

---

55 Tamás M.: I. m., 249-251. p.

56 Antal J.: I. m., 110. p.

kell abban is, hogy szociális szükségletei ki legyenek elégítve. Segíteni kell a közösségbe való beilleszkedését, befogadását, közösségi élményhez jutását, szociális képességeinek fejlődését.<sup>57</sup>

#### **4.1.3 Konfliktuskezelés, agressziókezelés**

A pedagógusok számára talán az óvodában is a legtöbb gondot okozó mentálhigiénés feladat a konfliktuskezelés, agressziókezelés. A gyermekek között nagy számban vannak olyanok, akiknek viselkedése eltér a normától. A magatartászavarral, beilleszkedési zavarral rendelkező, nehezen nevelhető, inadaptált magatartású és más gyűjtőfogalmakkal illetett gyermekek óhatatlanul zavarják a közösség tagjait, megsértik szokás-, szabályrendszerét, normáit.

Pszichológiai oldalról a magatartászavar lelki folyamatok, kapcsolati zavarok, önértékelési problémák felől közelíthető meg, míg pedagógiai oldalról az önkontrollal, önszabályozással kapcsolatos kérdés.<sup>58</sup>A leggyakoribb magatartászavarok: a visszatérő, tartós disszociális, agresszív vagy dacos magatartás (rombolás, lopás, indulatkitörések, fenyegetőzés, durvaság), a gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok (például a szélsőséges szeparációs szorongás), a kevert magatartás és emocionális zavar, a hiperkinetikus zavar (hiperaktivitás, impulzivitás, figyelmetlenség, szabályszegő magatartás tünetegyüttese), a szocializációs zavarok (szelektív mutizmus), a reaktív kötődési zavar (szociális kapcsolatok abnormalitása), a tic, a nem szervi eredetű bevizelés, a beszékelés, a táplálkozási zavarok, a beszédzavarok (dadogás, hadarás) stb.<sup>59</sup> Óvodáskorban mindezek mögött állhat a gyermek óvodára való éretlensége, a családi és az óvodai nevelés közti nagy különbség, a túl magas elvárások, a túl sok inger, egymásnak ellentmondó nevelési elvek és gyakorlat a családban, a szeretethiány, a sikerélmény hiánya, a sérült (negatív) énkép, a megszegényítés, a megalázás, az elfogadás hiánya a családban vagy a csoportban. Ha gyermek mindezekért magát okolja, akkor bezárkózik és elszigetelődik, ha mást okol, akkor az összegyűlt frusztráció miatt magatartása agresszívvá, szabályszegővé válhat. Ilyenkor a gyermek szélsőséges kommunikációs stílusa kifejezi ellenállását környezetével szemben. A megoldás érdekében fontos feltárni a körülményeket és a gyermek viselkedésének kiváltó okát, mit akar üzeni környezetének a

---

<sup>57</sup> Antal J.:I. m., 126-134. p.

<sup>58</sup> Uő.: Ua., 197. p.

<sup>59</sup> Uő.: Ua., 198. p.

viselkedésével. Ha a hagyományos pedagógiai eljárások nem vezetnek eredményre, akkor egyéni fejlesztési tervet kell készíteni a probléma megoldása érdekében.<sup>60</sup>

Az agresszió irányulhat a gyermek környezete vagy saját maga (autoagresszió) ellen. A passzív agresszió során a gyermek nem eszik, nem iszik, nem beszél stb. Az agresszió lehet fizikai vagy verbális. A magatartászavarok mellett agressziót válthat ki a félelem, az idegesítő viselkedés, hangok, a frusztráció, hatalomféltés, a felnőttektől elsajátított minta, a nagyfokú, elviselhetetlen szorongás stb. Az agresszív gyermek általában saját családjában is találkozik az agresszióval, mint az agresszió elszenvedője. Otthoni környezetben szoronganak, félnek, az óvodában azonban nem kell tartaniuk az agresszív családtagtól, ezért indulataik előtörnek és tanult agresszív viselkedésüket társaik ellen fordítják. Az agresszió kezelése azért is fontos, mert az agresszív gyermek áldozata is sérül.<sup>61</sup>

Sok pedagógus esetében alapvető probléma, hogy fél az agressziótól, a súlyos konfliktusoktól, ezért nem hajlandó szembesülni vele vagy fegyelmezással próbálja megoldani a kérdést, ami azonban nem célravezető, hiszen nem szünteti meg a kiváltó okot. Ha a pedagógus nem boldogul a problémával, fontos, hogy vonjon be másik szakembert.<sup>62</sup>

A köznevelési intézményekben a legnagyobb szerepe a prevenciónak van, bár az ijesztően sok tanulási és szocializációs probléma miatt megnőtt a szerepe a terápiás ellátásnak is, ami nem jelent klinikai pszichoterápiás ellátást. Ilyen tevékenység például a szocializációs képességfejlesztés csoportkeretek között. A másik fontos alapelv a már említett rendszerszemlélet, amely a gyermeket, a pedagógust és a szülőt egyaránt bevonja a tevékenységbe. A harmadik szerep a „Híd-funkció”, amely a szakemberek, intézmények közötti együttműködést jelenti. Utóbbi nemcsak munkamegosztást jelent például a pedagógiai szakszolgálat munkatársaival vagy a védőnővel, hanem esetjelzési kötelezettséget is az óvodai szociális segítő, egyúttal gyermekjóléti alapellátás és a gyámhatóság felé.<sup>63</sup> Szakdolgozatom fő iránya éppen ez utóbbi, tehát az óvoda részvétele, tevékenysége és a gyermekvédelmi jelzőrendszerben, illetve e tevékenység hatékonyságának vizsgálata.

---

60 Antal J.: I. m., 199-200. p.

61 Uő.: Ua., 201-202. p.

62 Tamás M.: I. m., 259. p.

63 Uő.Ua.: 247. p.

## **4.2 A kutatás célja**

A kutatás célja annak vizsgálata, hogy az óvoda milyen aktivitással és szakszerűséggel vesz részt az óvodás gyermekek mentálhigiénés problémáinak kiszűrésében? Az óvoda, mint köznevelési intézmény nyilvánvalóan nem a terápiás ellátás intézménye, még ha kényszerül is erre időnként. Fő feladata a mentálhigiéné vonatkozásában az, hogy – a gyermekek szükségleteinek kielégítése mellett - prevenciót végezzen. Szűrje ki azokat a gyermekeket, akiknek valamilyen fejlesztésre van szüksége, illetve azokat, ahol szükség van a családi rendszerbe való külső beavatkozásba, mert a család képtelen megfelelni a rá háruló feladatoknak, vagy azokat a gyermek veszélyeztetése árán képes csak ellátni. Kérdés, hogy az óvodapedagógusok rendelkeznek-e azokkal a kompetenciákkal, amelyek alkalmassá teszik őket e problémák felismerésére, jelzésére, a gyermeknek az illetékes szakemberhez irányítására? Működik-e az a szakmai együttműködés, kapcsolati háló a társszakmák képviselőivel (pl. pszichológus, gyógypedagógus, óvodai szociális segítő stb.), akik részt vállalhatnak ebben a tevékenységben, illetve – szükség esetén – a terápiás ellátásban? Ha létezik is az együttműködés, akkor ez mennyire mélyre ható és rendszeres?

Fontos kérdés a szülők bevonása is, hiszen – kutatási tapasztalatok támasztják alá – a szülők bevonásának jótékony hatását az intézményes gyermeknevelés eredményességére vonatkozóan.

A másik kutatási célom az óvodának, mint gyermekvédelmi jelzőrendszeri tagnak a vizsgálata. Milyen az együttműködés az óvodai szociális segítővel? Szükség esetén az óvodapedagógus tesz-e jelzést a szociális segítő felé? Rendszeresek-e köztük a konzultációk? Bekapcsolódik-e az óvodapedagógus az esetmegbeszélésen végzett munkába? Mindezek a kérdések azért fontosak, mert nem elegendő csak kiszűrni a családi nevelés hiányosságait, ártalmait, hanem szükséges megtenni azokat a prevenciós lépéseket, amelyek szükség esetén segítenek megakadályozni a gyermek veszélyeztetettségének kialakulását, vagy ha már kialakult, akkor mielőbbi megszüntetését, lehetőség szerint a családon belül.

## **4.3 Hipotézisek**

A kutatási célok vizsgálata érdekében az alábbi hipotéziseket állítottam fel:

1. Az óvodapedagógusok felismerik a gyermekek mentális problémáira utaló tüneteket és azok okait.

2. Az óvoda az általa kiszűrt gyermekeket megfelelő szakemberekhez irányítja és a gyermekre vonatkozóan egyéni fejlesztési tervet készít, a szülő bevonásával.
3. Az óvoda a gyermekvédelmi jelzőrendszerben aktívan és hatékonyan részt vesz, mint jelzőrendszeri tag.

#### **4.4 A kutatás módszere**

A kutatás módszerül a nyitott és zárt végű kérdőíves megkérdezést választottam, amelyet írásban vettem fel.

A interneten keresztül működő közösség térben, az óvodapedagógusokat országos szinten magában foglaló csoportban kértem fel a tagokat (tagok száma: 11572) a kérdőív önkéntes és anonim kitöltésre. A kérdőív kérdései két fő csoportba sorolhatók.

Az első pontban a demográfiai adatokat kérdeztem meg, így az óvodapedagógusok életkorát, szakmai gyakorlatának idejét, végzettségét, mentálhigiénés képzettségét (ha van), valamint a csoport létszámát. Az óvodai csoport szempontjából lényeges lehet, hogy mekkora településen (község, kisváros, megyeszékhely, nagyváros vagy főváros) található az óvoda, illetve, hogy milyen fenntartója van (önkormányzat, állam, esetleg egyház vagy egyéb fenntartó)?

A második pontban az óvoda mentálhigiénés tevékenységére vonatkozó információkat kérdeztem meg. Fontosnak tartom annak felismerését, hogy milyen magatartási tünetekkel rendelkeznek a gyermekek, ezeknek az előfordulása mennyire jellemző az óvodai csoportban. Az is lényeges, hogy az óvodapedagógus felismeri-e azokat az okokat, amelyek a tünet létrejöttéhez vezettek, hiszen a további lépéseket is ez a két dolog határozza meg. Lényeges, hogy egy óvodai csoportban hány gyermeket érint valamilyen mentálhigiénés probléma, hiszen ez meghatározza, hogy mekkora terhelést ró mindez az óvodapedagógusokra. Arra is kíváncsi vagyok, hogy az óvodapedagógus melyik problémát érzik a legnagyobbnak és erre a problémára ők milyen módon, milyen pedagógiai módszerekkel képesek reagálni. Ezekre a kérdésekre a válaszokat a 2.1.- 2.5. pontban feltett kérdések fognak választ adni terveim szerint.

A gyermek egészséges személyiségfejlődése érdekében a személyre szabott egyéni fejlesztési terv elkészítésére van szükség, hiszen így valósulhat meg kellő tudatossággal a különböző fejlődési lemaradások és zavarok elhárítása. Éppen ezért fontos kérdés, hogy készülnek-e egyéni fejlesztési tervek és ha igen, akkor ki vesz vagy kik vesznek részt annak

elkészítésében, beleértve a társszakmák szakembereit és a szülőket is. Az egyéni fejlesztési terv elkészítése részét képezi annak az együttműködésnek, amely az óvoda mentálhigiénés tevékenységét támogatja, de természetesen szükség van a rendszeres konzultációkra a pszichológussal, a gyógypedagógussal és más szakemberekkel. A 2.4. – 2.8. kérdések ezt a szakmai együttműködést hivatottak körbejárni.

Az óvoda, mint minden köznevelési intézmény a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaként is működik. Ennek a tevékenységnek az ellátásában az óvodát az óvodai szociális segítő támogatja. Lényeges, hogy mennyire szoros az együttműködés az óvodapedagógus és az óvodai szociális segítő között. Milyen gyakran találkoznak, konzultálnak egymással? Milyen formában teszik ezt meg? Történnek-e esetjelzések az óvodapedagógusok felől az óvodai szociális segítő felé? Meghívják-e az óvodapedagógusokat az esetkonferenciákra, és ha igen, akkor az óvodapedagógusok részt szoktak-e ezeken venni? Az ezekre a kérdésekre adott válaszok terveim szerint rávilágítanak majd arra, hogy milyen mélységű és minőségű az óvoda és a gyermekjóléti szolgálat (óvodai szociális segítő) közötti együttműködés. Ez a gyermekek veszélyeztetettségének kiszűrése és megakadályozása szempontjából fontos információk, amelyekre – remélhetőleg - a 2.9. ponttól a 2.13. pontig feltett kérdésekre adott válaszok fogják megadni a választ.

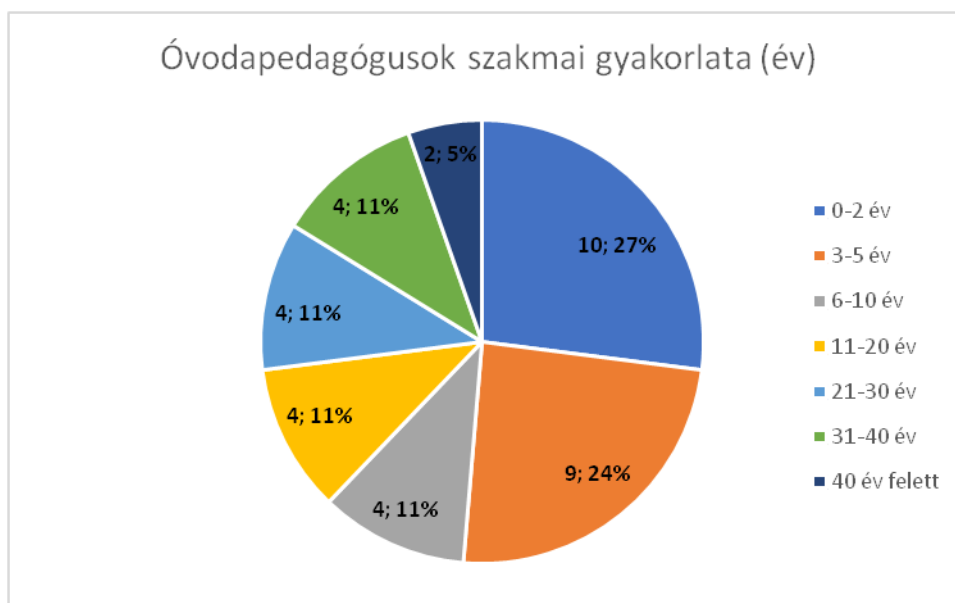
#### **4.5 A kutatás eredményei**

A kérdőívet összesen 37 fő óvodapedagógus töltötte ki. Életkoruk 21 év és 66 év között változik, a kitöltők átlagos életkora 40,675 év. A legfiatalabb óvodapedagógus 21 éves, a legidősebb 66 éves. A legnagyobb arányban – 13 fővel - a 41 és 50 év közötti korosztály képviselteti magát a megkérdezettek között (35,14%). Őket követi a 21-30 éves korosztály (9 fő, azaz 24,32%), majd a 31-40 éves korosztály (7 fő, azaz 18,92%), az 51-60 éves korosztály (7 fő, azaz 18,92%). 61 év feletti óvodapedagógus egy fő van a megkérdezettek között (2,7%).

Szakképzettségüket tekintve egy fő rendelkezik érettségivel és OKJ-s kisgyermeknevelő végzettséggel, a többiek (36 fő) valamennyien felsőfokú végzettségűek (97,29%). 36 főnek van óvodapedagógusi végzettsége, közülük nyolc főnek az óvodapedagógusi diplomán kívül van másik felsőfokú végzettsége is. Többen rendelkeznek pedagógus szakvizsgával, mások általános iskolai tanítói, kisgyermeknevelői vagy biológus végzettséget szereztek. A többféle felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya 21,62%. Két főnek egyetemi végzettsége is van (5,4%). Egy fő rendelkezik német nemzetiségi óvodapedagógusi oklevéllel is.

Szakmai gyakorlatukat tekintve a megkérdezett óvodapedagógusok szakmai gyakorlata átlagosan 12,78 év. Legnagyobb arányban a pályakezdők vannak a megkérdezett óvodapedagógusok között, 1-2 éves szakmai gyakorlattal rendelkezik 10 fő (27,02%), 3-5 év szakmai gyakorlata 9 főnek (24,32%). Összességében 5 évnél kevesebb szakmai gyakorlattal rendelkezik a megkérdezett óvodapedagógusok 51,34%-a. Szakmai gyakorlat szempontjából a tapasztalt óvodapedagógusok eloszlása egyenletes, a 6-10 éves, a 11-20 éves, a 21-30, a 31-40 éves tapasztalattal rendelkezők aránya 10,8-10,8%. 41 évnél több szakmai tapasztalattal mindössze két óvodapedagógus rendelkezik (5,4%).

Érdekes, hogy a pályakezdők, illetve a kevés szakmai gyakorlattal rendelkezők aránya nem teljesen korrelál az óvodapedagógusok életkorával, hiszen a 30 év alatti óvodapedagógusok teszik ki az összes megkérdezett óvodapedagógus közel egynegyedét, míg az 5 évnél kevesebb szakmai gyakorlattal rendelkezőké több, mint a duplája, 51,34%. Ez arra enged következtetni, hogy többen vannak az óvodapedagógusok között, akik szakmát váltottak. Az egyéb felsőfokú végzettséggel (általános iskolai tanító, biológus, szociálpedagógus, kisgyermeknevelő) is rendelkezők mindenképpen ezt a kategóriát erősítik.



1. ábra: Óvodapedagógusok szakmai gyakorlata (év)

Mentálhigiénés végzettséggel a megkérdezett óvodapedagógusok közül mindössze egy fő (2,7%) rendelkezik, ő 120 órás tanfolyamon sajátított el mentálhigiénével kapcsolatos ismereteket.



Az óvodapedagógusok közül jelenleg egy fő nem óvodában dolgozik, a többiek igen. Az óvodai csoportok létszáma, ahol dolgoznak, 12 és 28 fő között változik, az átlagos csoportlétszám 21 fő.

A megkérdezett óvodapedagógusok közül hat fő (16,22%) nagyvárosi óvodában, 12 fő (32,43%) kisebb városban található és 16 fő (43,24%) falusi óvodában dolgozik. Három fő nem jelölte meg a település típusát a kérdőíven.

Fenntartó szerint a legtöbb érintett óvoda (17 intézmény) önkormányzati fenntartású, közülük három óvodát német nemzetiségi önkormányzat tart fenn. Két óvodát egyházak (katolikus és evangélikus felekezet), kettőt alapítvány tart fenn, egy pedig magán fenntartású. 15 esetben a megkérdezett óvodapedagógus nem adta meg, hogy milyen szervezet tartja fenn az óvodát. Ha ezeket az adatokat nem számítjuk bele az összes adatba, akkor a maradék 22 óvodapedagógus óvodájának döntő többsége (77,27%) önkormányzati fenntartásban működik.

Az óvodában tapasztalt tünetekkel kapcsolatban az óvodapedagógusok az alábbi válaszokat adták:

- 1) A disszociális, dacos vagy agresszív tünetek kapcsán eléggé megoszlott a megkérdezettek véleménye. Hét fő szerint nagymértékben jellemző, hét fő szerint inkább jellemző, ugyanakkor tíz fő szerint inkább nem jellemző és négy fő szerint egyáltalán nem jellemző az óvodában a disszociális, dacos vagy agresszív tünetekkel rendelkező gyermekek jelenléte. Kilenc fő jelölte meg a kismértékben jellemző tulajdonságot is.
- 2) A szociális kompetenciák hiányával kapcsolatban viszont sokkal egységesebb a kép: a megkérdezett többsége (16 fő) kismértékben jellemzőnek találta ezt a mentálhigiénés problémát, kilenc fő inkább nem jellemzőnek, nyolc fő pedig egyáltalán nem jellemzőnek. Mindössze hárman gondolták úgy, hogy a szociális kompetenciák hiánya inkább jellemző és egy fő gondolta úgy, hogy nagymértékben jellemző.
- 3) A szabályszegő magatartás vonatkozásában is elég egységes az óvodapedagógusok álláspontja. Legtöbbjük (14 fő) szerint kismértékben jellemző a szabályszegő magatartású gyermek az óvodában, öt fő szerint viszont nagymértékben jellemző, 12 fő szerint inkább jellemző. Összesen öt óvodapedagógus szerint inkább nem jellemző és egy fő szerint egyáltalán nem jellemző a szabályszegő magatartás az óvodában.
- 4) A kötődési zavarra utaló jeleket a legtöbb (16 fő) óvodapedagógus kismértékben jellemzőnek tartotta, tízen inkább nem jellemzőnek, nyolcan inkább jellemzőnek. Két fő

szerint nagymértékben jellemző, egy fő szerint egyáltalán nem jellemző ez a probléma az óvodában.

- 5) Neurózisra utaló tünettel az óvodapedagógusok jelentős része találkozott. Két fő szerint nagymértékben, tíz fő szerint inkább és tíz fő szerint kismértékben jellemző, hogy neurotikus tünettel (például szorongással, enuresissal) rendelkező gyermekek járnak az óvodába, ugyanakkor tíz fő szerint inkább nem, öt fő szerint egyáltalán nem jellemző ez a probléma.
- 6) Az önbizalomhiány az óvodapedagógusok szerint kismértékben vagy inkább nem jellemző tünet, hiszen összesen 28 fő jelölte meg e két válasz valamelyikét. Egyáltalán nem jellemző az önbizalomhiány a gyermekekre három fő szerint, hat fő szerint pedig inkább jellemző.
- 7) A hiperaktivitással és a túlzott impulzivitással kapcsolatban éppen ellenkező eredményt adott a kérdőíves kutatás. Az óvodapedagógusok negyede (kilenc fő) szerint nagymértékben jellemző, további 14 fő szerint inkább jellemző ez a tünet, míg tíz fő szerint kismértékben jellemző. Egyáltalán nem jellemző válasz egy sem született, négy fő válaszolta azt, hogy a hiperaktivitás és a túlzott impulzivitás inkább nem jellemző probléma az óvodában.
- 8) Az atipikus fejlődésmentű gyermekek jelenléte az óvodában a többség szerint kismértékben jellemző vagy inkább nem jellemző. Mindkét választ 14-14 fő jelölte meg. Három fő szerint egyáltalán nem jellemző ez a probléma, két fő szerint viszont nagymértékben, négy fő szerint inkább jellemzőek az atipikus fejlődésmentű gyermekek az óvodában.
- 9) Az egyéb problémákkal kapcsolatban három fő válaszolta, hogy kismértékben jellemző az előfordulásuk. Hogy konkrétan milyen problémával is találkozhatnak az óvodapedagógusok az óvodában, arra ketten példát is írtak, a szelektív mutizmust és a családi nevelés hiányosságait említették meg, mint egyéb problémát. Tizenkét fő szerint egyéb problémák egyáltalán nem jellemzőek az óvodában, a többi választási lehetőséget senki nem jelölte meg a megkérdezett óvodapedagógusok közül. Az egyéb problémákat tehát összesen 15 fő jelölte csak meg, közülük is 12 fő nemleges választ adott. Nem tudni biztosan, hogy azok, akik nem adtak választ, bizonytalanságuk miatt nem válaszoltak, vagy nem tartják jellemzőnek fel nem sorolt, egyéb mentálhigiénés problémák jelenlétét az óvodában.

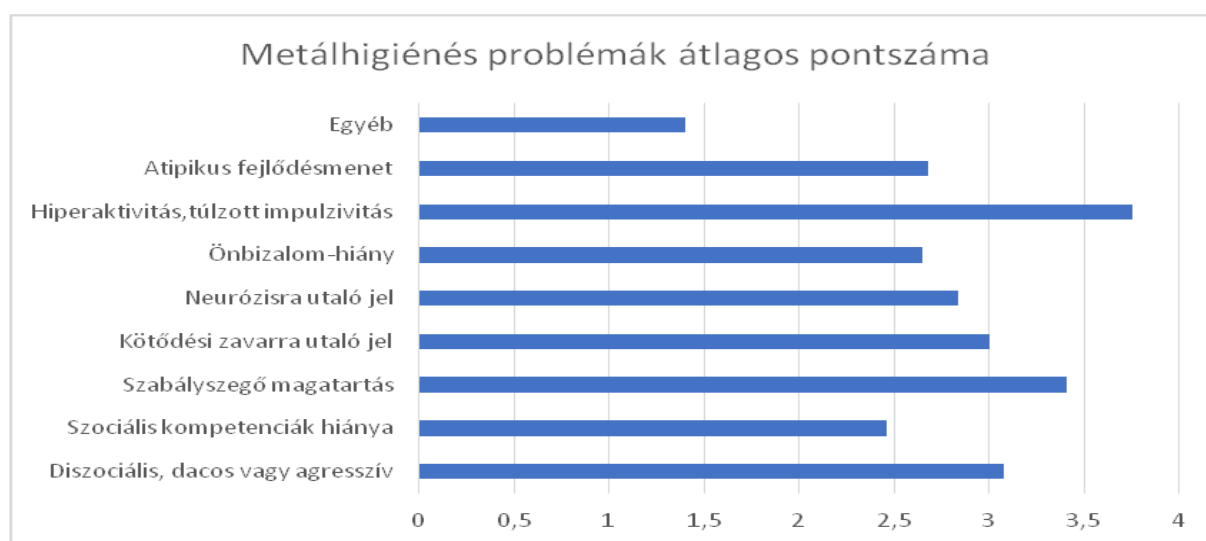
Az egyes mentálhigiénés problémák átlagos pontszámait kiszámítva rálátásunk nyílt arra, hogy – az óvodapedagógusok véleménye alapján – milyen mentálhigiénés nehézségek

okozzák a legtöbb gondot az óvodában. A legmagasabb átlagos pontszámot a tulajdonságok közül a hiperaktivitás és túlzott impulzivitás érte el (3,76 pont). Szintén elég magas a szabályszegő magatartásra vonatkozó átlagos pontszám (3,4 pont), valamint a kötődési zavarra utaló jelek pontszáma (3,0 pont).

Ha az egyéb problémákat nem vesszük számításba, amelyre egyébként is csak 15 óvodapedagógus adott választ, akkor a legalacsonyabb átlagos pontszámot a szociális kompetenciák hiánya (2,46 pont) kapta. Szintén alacsony pontszámot kapott, tehát kevesebb problémát okoz az óvodában a gyermekek önbizalomhiánya (2,65 pont) és körülbelül ugyanennyire tartják az óvodapedagógusok jellemző nehézségnek az atipikus fejlődésmenetet (2,68 pont).

| Tünetek az óvodában                  | nagymértékben jellemző (5) |        | inkább jellemző (4) |        | kismértékben jellemző (3) |        | inkább nem jellemző (2) |        | egyáltalán nem jellemző (1) |        |
|--------------------------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------------------|--------|
|                                      | fő                         | %      | fő                  | %      | fő                        | %      | fő                      | %      | fő                          | %      |
| Diszociális, dacos vagy agresszív    | 7                          | 18,92% | 7                   | 18,92% | 9                         | 24,32% | 10                      | 27,02% | 4                           | 10,82% |
| Szociális kompetenciák hiánya        | 1                          | 2,70%  | 3                   | 8,10%  | 16                        | 43,24% | 9                       | 24,32% | 8                           | 21,62% |
| Szabályszegő magatartás              | 5                          | 13,52% | 12                  | 32,43% | 14                        | 37,84% | 5                       | 13,52% | 1                           | 2,70%  |
| Kötődési zavarra utaló jel           | 2                          | 5,40%  | 8                   | 21,62% | 16                        | 43,24% | 10                      | 27,02% | 1                           | 2,70%  |
| Neurózisra utaló jel                 | 2                          | 5,40%  | 10                  | 27,02% | 10                        | 27,02% | 10                      | 27,02% | 5                           | 13,52% |
| Önbizalom-hiány                      | 0                          | 0%     | 6                   | 16,22% | 15                        | 40,54% | 13                      | 35,14% | 3                           | 8,10%  |
| Hiperaktivitás, túlzott impulzivitás | 9                          | 24,32% | 14                  | 37,84% | 10                        | 27,02% | 4                       | 10,82% | 0                           | 0%     |
| Atipikus fejlődésmenet               | 2                          | 5,40%  | 4                   | 10,82% | 14                        | 37,84% | 14                      | 37,84% | 3                           | 8,10%  |
| Egyéb                                | 0                          | 0%     | 0                   | 0%     | 3                         | 8,10%  | 0                       | 0%     | 12                          | 32,43% |

1. táblázat: Az egyes mentálhigiénés problémák előfordulása az óvodában



2. ábra: Az óvodában előforduló mentálhigiénés problémák az óvodapedagógusok válaszainak átlagos pontszáma alapján

Azt is megkérdeztem az óvodapedagógusoktól, hogy nekik mi a véleményük, milyen okok állnak az óvodában tapasztalható mentálhigiénés problémák hátterében. A pedagógusok összesen hatféle okot (családi szocializáció zavarai és hiányosságai, nem megfelelő nevelési attitűd a családban, gyermekbántalmazás, az óvodával ellentétes nevelés, atipikus fejlődésmenet, valamint egyéb okok) értékelhettek ötfokú skálán.

|                                             | nagyértékben jellemző (5) |        | inkább jellemző (4) |        | kismértékben jellemző (3) |        | inkább nem jellemző (2) |        | egyáltalán nem jellemző (1) |        |
|---------------------------------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------------------|--------|
|                                             | fő                        | %      | fő                  | %      | fő                        | %      | fő                      | %      | fő                          | %      |
| Családi szocializáció zavarai, hiányosságai | 8                         | 21,62% | 15                  | 40,54% | 5                         | 13,52% | 8                       | 21,62% | 1                           | 2,70%  |
| Nem megfelelő nevelési attitűd a családban  | 12                        | 32,43% | 13                  | 35,14% | 9                         | 24,32% | 3                       | 8,10%  | 0                           | 0%     |
| Gyermekebántalmazás                         | 0                         | 0%     | 0                   | 0%     | 8                         | 21,62% | 12                      | 32,43% | 17                          | 45,95% |
| Az óvodával ellentétes nevelés              | 5                         | 13,51% | 9                   | 24,32% | 11                        | 29,73% | 9                       | 24,32% | 3                           | 8,10%  |
| Atipikus fejlődésmenet                      | 3                         | 8,10%  | 6                   | 16,20% | 11                        | 29,73% | 11                      | 29,73% | 6                           | 16,20% |
| Egyéb                                       | 0                         |        | 0                   |        | 0                         |        | 1                       | 16,66% | 11                          | 91,66% |

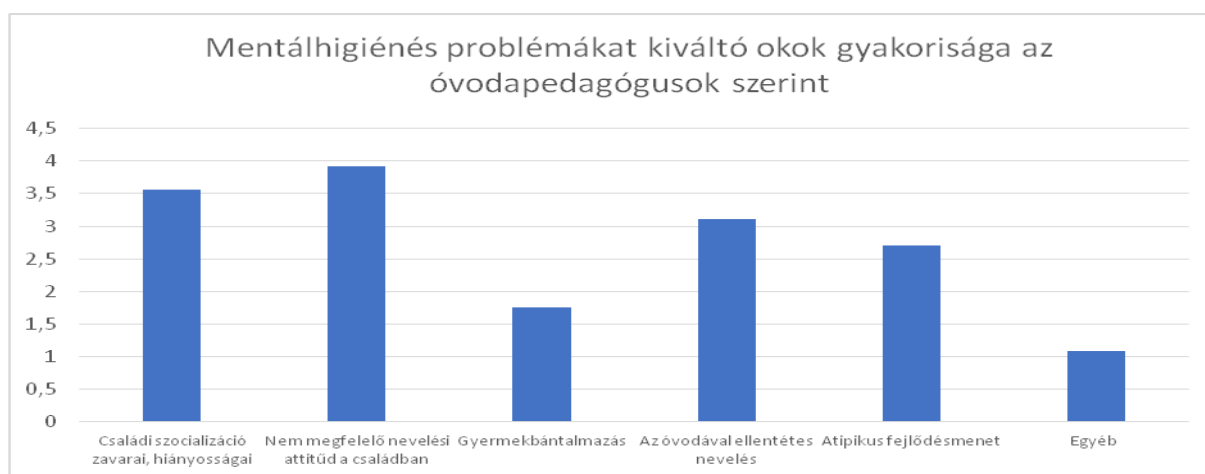
2. táblázat: A mentálhigiénés problémák okai az óvodapedagógusok szerint

Az óvodapedagógusok véleménye a mentálhigiénés problémák okaival kapcsolatban az alábbi volt:

- 1) A családi szocializáció zavarai, hiányosságai az óvodapedagógusok véleménye alapján eléggé jelentős kiváltó oknak tűnik, hiszen a megkérdezettek közül nyolc fő nagymértékben jellemző, 15 fő inkább jellemző oknak jelölte meg, míg öt fő szerint kismértékben jellemző, nyolc fő szerint pedig inkább nem jellemző, és mindössze egyetlen óvodapedagógus szerint egyáltalán nem jellemző okról van szó.
- 2) Ennél is jelentősebb kiváltó oknak tűnik az óvodapedagógusok véleménye alapján a nem megfelelő nevelési attitűd a családban, hiszen 12 fő nagymértékben jellemző, 13 fő inkább jellemző, kilenc fő kismértékben jellemző oknak jelölte meg. Inkább nem jellemző értékelést összesen három fő adott, egyáltalán nem jellemző értékelést pedig senki nem adott a pedagógusok közül.
- 3) A gyermekbántalmazást – szerencsére – sokkal kevésbé találták jellemző oknak az óvodapedagógusok. Nagymértékben jellemző és inkább jellemző értékelést senki adott közülük, nyolc fő kismértékben jellemzőnek, 12 fő inkább nem jellemzőnek, 17 fő pedig egyáltalán nem jellemzőnek találta a gyermekbántalmazást, mint az óvodai mentálhigiénés problémák hátterében álló kiváltó okot.

- 4) Az óvodával ellentétes nevelési módszerek lényegesen gyakrabban előfordulnak a mentálhigiénés problémákat kiváltó okok között, mint a gyermekbántalmazás. Nagymértékben jellemző oknak találta az óvodapedagógusok közül öt fő, inkább jellemzőnek kilenc fő, kismértékben jellemzőnek 11 fő, inkább nem jellemzőnek kilenc fő, egyáltalán nem jellemzőnek három fő.
- 5) Az atipikus fejlődésmenet az óvodapedagógusok szerint szintén nem tartozik a legfontosabb kiváltó okok közé. Három fő találta nagymértékben jellemzőnek, hat fő inkább jellemzőnek, 11 főnek kismértékben jellemző, szintén 11 fő inkább nem jellemzőnek és hat fő egyáltalán nem jellemzőnek ezt az okot.
- 6) Az egyéb kiváltó okot összesen 12 fő jelölte meg a válaszadása során, közülük 11 fő egyáltalán nem jellemzőnek, egy fő pedig inkább nem jellemzőnek tartja az egyéb okokat, amelyeket senki sem konkretizált az óvodapedagógusok szerint.

A kiváltó okok átlagos pontszámait kiszámítva és megvizsgálva megállapítható, hogy az óvodapedagógusok véleménye szerint egyértelműen a nem megfelelő családi nevelés áll az első helyen (3,92 pont). Szintén magas átlagos pontszámot kapott a családi szocializáció zavarai és hiányosságai, mint mentálhigiénés problémákat kiváltó ok (3,56 pont), de az óvodával ellentétes nevelés megvalósítása is elég jelentős kiváltó oknak tűnik a kérdőívek eredménye alapján (3,11 pont). Lényegesen kevesebb jelentőséget tulajdonítanak az óvodapedagógusok az atipikus fejlődésmenetnek (2,7 pont), mint kiváltó oknak. Öröndetes ugyanakkor – hogy az egyéb kiváltó okokat nem számításba véve – nagyon alacsony pontszámot kapott a gyermekbántalmazás, mint kiváltó ok (1,76 pont), de természetesen egy eset is sok.

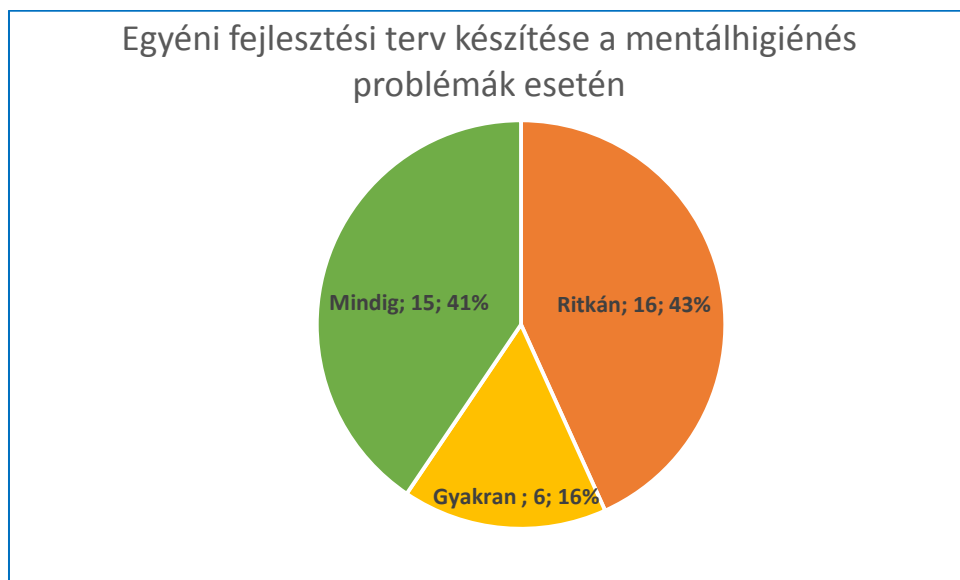


3. ábra: A mentálhigiénés problémákat kiváltó okok gyakorisága az óvodapedagógusok szerint

Az óvodapedagógusok által adott adatok alapján a kiszűrt mentálhigiénés problémákat jelentős számban sikerül szakember által is igazolni. Hét fő szerint 100%-ban, 22 fő szerint 50% feletti arányban igazolódik a felmerült gyanú. Mindössze hét fő szerint sikerül igazolni a problémát 50% alatti arányban, egy fő pedig nem adott választ a kérdésre.

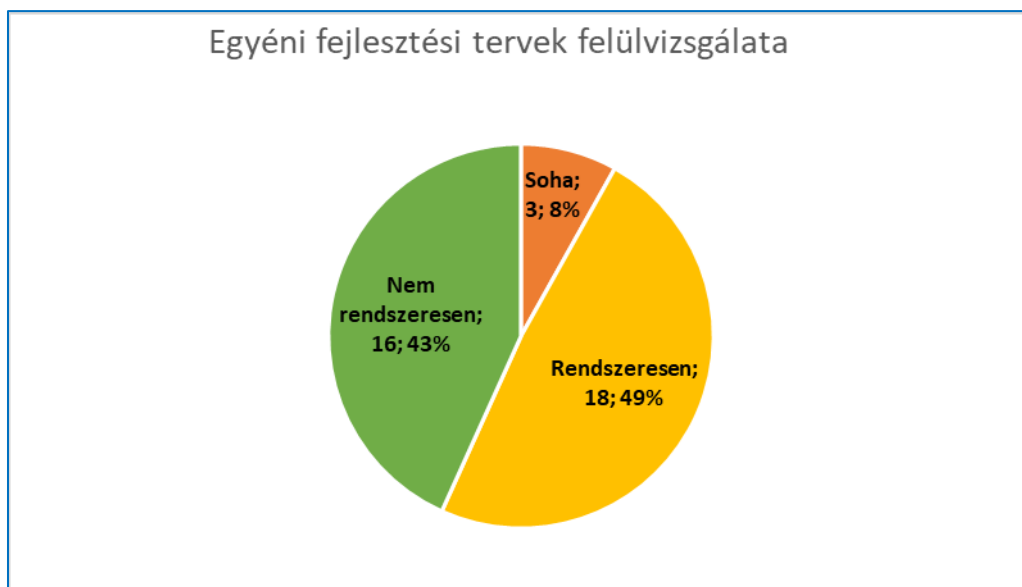
Arra a kérdésre, hogy az óvodapedagógus csoportjában hány gyermeket érintenek a mentálhigiénés problémák, 36 fő adott választ. A 36 fő közül két fő válaszolta azt, hogy a csoporton belül 1-2 gyermek, 17 fő válaszolta, hogy 3-5 gyermek, nyolc fő válaszolta, hogy 6-8 fő gyermek érintett a csoportban ebből a szempontból. Két fő válaszolta azt az óvodapedagógusok közül, hogy 10 gyermek, négy fő szerint 11-14 gyermek érintett, három fő szerint pedig az érintett gyermekek száma 15 fő vagy afeletti számú a csoportban. Természetesen ennél az adatnál lényeges, hogy az adott óvodai csoportnak mekkora a teljes létszáma.

Az óvodapedagógusoktól azt is megkérdeztem, hogy az igazolódott mentálhigiénés problémák esetén készül-e az adott gyermekről egyéni fejlesztési terv. A 37 válaszadó közül 15 fő (40,54%) válaszolta azt, hogy igen, minden esetben. Hat fő (16,22%) szerint gyakran készül, 16 fő (43,24%) szerint csak szélsőséges esetekben készül egyéni fejlesztési terv az eset kapcsán.



4. ábra: Egyéni fejlesztési terv készítése szakember által igazolt mentálhigiénés problémák esetében

A változások nyomon követése az egyéni fejlesztési tervek rendszeres felülvizsgálata nélkül nem képzelhető el. Ennek ellenére csak 18 fő (48,65%) óvodapedagógus nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen felülvizsgálják az egyéni fejlesztési terveket, 16 fő (43,24%) nyilatkozta, hogy a felülvizsgálatok nem rendszeresek, három fő (8,1%) szerint pedig egyáltalán nem kerül sor az egyéni fejlesztési tervek felülvizsgálatára.



5. ábra: Egyéni fejlesztési tervek felülvizsgálatának rendszeressége

Az óvodapedagógusok több választ is megadhattak arra vonatkozóan, hogy kivel, milyen szakemberrel konzultálják meg a gyermekek mentálhigiénés problémáit. A legtöbben (22 fő) a gyógypedagógust, valamint a pszichológust (16 fő), a logopédust (15 fő) és a fejlesztőpedagógust (13 fő) válaszolták, de egy-két esetben megnevezték az óvodai szociális segítő (két fő), a családsegítő (két fő), a gyermekvédelmi referenst (egy fő), a szurdopedagógust (egy fő) és összességében a pedagógiai szakszolgálat szakembereit (három fő). Egy óvodapedagógus azt válaszolta, hogy a gyermek szülei felé ad jelzést, akik elviszik a gyermeket a megfelelő szakemberhez.

A különféle szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban a pedagógusok szintén több választ is adhattak. A legtöbb óvodapedagógus (25 fő) szerint a logopédiai szolgáltatáshoz való hozzáférés biztosított, de sokan (21 fő) választották a fejlesztőpedagógust, 19 fő pedig a gyógypedagógust. Két-két pedagógus szerint hozzáférhető az óvodában az Ayres-terápia és Tsmt-terápia, egy fő szerint a gyógytestnevelés, szintén egy fő szerint a szurdopedagógusi szolgáltatás is elérhető. Egy fő általánosságban a pedagógiai szakszolgálat szakembereit válaszolta, konkrét szakemberek megadása nélkül. A szükségletekhez képest viszonylag

kevés óvodapedagógus választotta a pszichológusi szolgáltatást (8 fő), valamint a családsegítő/óvodai szociális segítő és a gyermekvédelmi referens szolgáltatásait, segítségnyújtását (hat fő).

Az óvodapedagógusok többsége (27 fő, azaz 73%) minden esetben bevonja a gyermek szüleit az adott mentálhigiénés probléma kezelésébe, 10 fő (27%) pedig csak bizonyos esetekben vonja be őket.

Az óvodai szociális segítő látogatásainak gyakoriságára vonatkozóan az óvodapedagógusok öt lehetőség (hetente egy-két alkalommal, kéthetente egy-két alkalommal, havonta egy-két alkalommal, ritkábban, mint havonta és soha) közül választhattak. A legtöbben – 13 fő - sajnálatos módon azt válaszolták, hogy az óvodai szociális segítő ritkábban keresi fel az óvodát, mint havonta. Egy esetben az óvodapedagógus szerint soha nem látogatja meg az óvodát. Hetente egy-két alkalommal tíz óvodapedagógus szerint, kéthetente egy-két alkalommal hat óvodapedagógus szerint és havonta egy-két alkalommal hét óvodapedagógus szerint keresi fel az óvodai szociális segítő az intézményüket.

Arra a nyitott kérdésre, hogy milyen esetekben élnek jelzéssel az óvodai szociális segítő felé, kilenc óvodapedagógus (24,32%) semmilyen választ nem adott. Négy fő még soha nem tett jelzést semmilyen ügyben (10,81%). A többiek (24 fő) nagyon eltérő válaszokat adtak, pl.: „új felmerült probléma esetén, vagy a fejlődés, várt javulási folyamat elmaradása esetén”, „szélsőséges esetekben”, „olyan esetekben, ahol bizonytalan vagyok a megoldásban”, „hátrányos helyzetű, védelemre szoruló gyermekek esetében”, „elhanyagoltság, szélsőséges viselkedés, ápolatlanság”

A jelzést a válaszokat beküldő óvodapedagógusok közül 16 fő szóban teszi meg, 10 fő intézményvezetőn keresztül, 4 fő nem tesz jelzést, 2 fő telefonon keresztül és írásban mindösszesen 3 fő jelez. A válaszadók közül 2 fő erre a kérdésre nem adott választ.

A gyermekek ügyében szervezett esetkonferenciákon az óvodapedagógusok döntő többsége (26 fő, tehát 70,27%) részt vesz minden alkalommal, egy fő csak ritkán, két fő nem szokott részt venni, három főnek még nem volt rá alkalma, hogy részt vegyen esetkonferencián. Két fő nem válaszolt erre a kérdésre, két fő nem szokott részt venni, hanem írásos véleményt készít az eset kapcsán, egy óvodapedagógus szerint pedig az a személy vesz részt az óvodából, akit kijelöl erre a feladatra az intézményvezető.



Az óvodapedagógusok közül három fő (8,1%) nem válaszolt arra kérdésre, hogy szokott-e konzultálni az óvodai szociális segítővel. Alkalmanként szokott konzultálni az óvodai szociális segítővel 16 fő (43,24%), rendszeresen szokott konzultálni 13 fő (35,14%), egyáltalán nem szokott konzultálni öt fő (13,51%).

#### **4.6 Következtetések, javaslatok**

A kérdőíves kutatás során megkérdezett óvodapedagógusok átlagéletkora 40,675 év, szakmai gyakorlati éveik száma átlagosan 12,78 év. A demográfiai adatokból az szűrhető le, hogy az óvodapedagógus kollégák többsége fiatal vagy a középkorú generációhoz tartozik és viszonylag alacsony számban vannak jelen az idősebb, nyugdíj előtt álló kollégák. Ezek az adatok egyfajta generációváltást jeleznek az óvodapedagógusok között.

A szakmai gyakorlati évek száma az óvodapedagógusok életkorához képest alacsonynak tűnik. Ez nagy valószínűséggel annak tudható be, hogy vannak a megkérdezett óvodapedagógusok között olyanok, akik nem fiatalok, nem a húszas éveikben szerezték a diplomájukat és kezdtek ezen a pályán dolgozni.

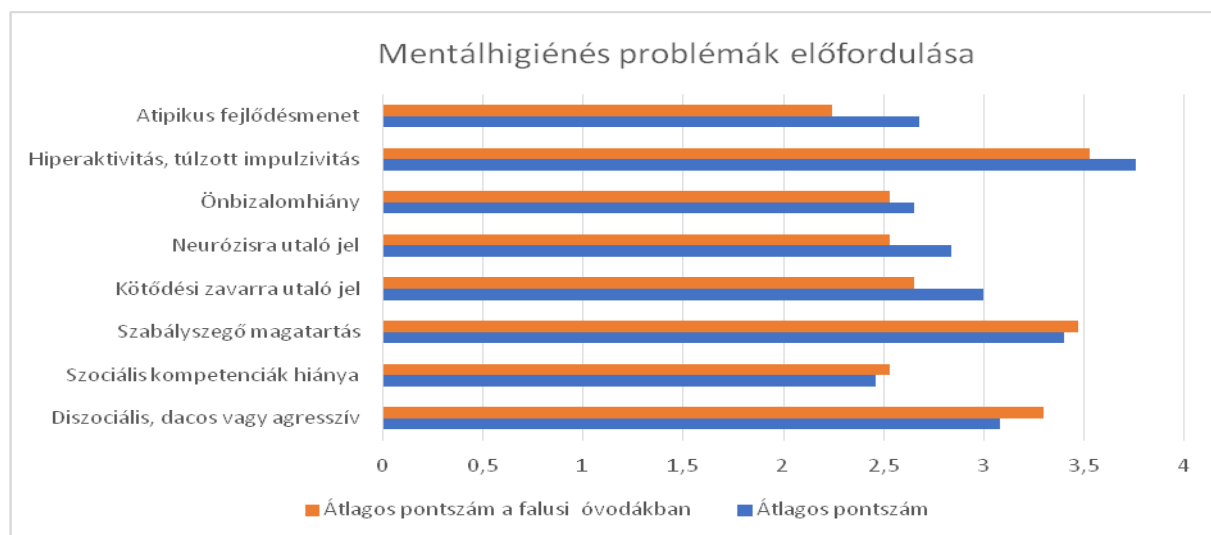
Mivel többen – a szakképzettségre vonatkozó kérdésnél – azt válaszolták, hogy az óvodapedagógusi végzettség mellett más pedagógiai területen (kisgyermeknevelő, tanító, szociálpedagógus), vagy teljesen más területen (biológus) végeztek, feltételezhető, hogy a megkérdezett óvodapedagógusok egy része szakmát váltott, ezért viszonylag kevés a szakmai gyakorlattal töltött éveik száma az életkorukhoz képest.

Bár a szakmát váltó óvodapedagógusok szakmai tapasztalata nyilvánvalóan nem annyi, mintha pályakezdő koruktól óvodában dolgoztak volna, azért a más pedagógiai területen szerzett szakképzettségnek és szakmai gyakorlatnak is lehet előnye, hiszen az érintett pedagógus szélesebb látókörrel rendelkezik. A kisgyermeknevelő és szociálpedagógus végzettség mentálhigiénés szempontból mindenképpen nagyon előnyös, hiszen a szociális területen szerzett tapasztalatok az óvodában is jól hasznosíthatók, például segíti a mentálhigiénés problémák felismerését. A tanító végzettség pedig az atipikus fejlődésmenet, a tanulási problémák felismerésénél jelenthet előnyt. Igaz, hogy mentálhigiénés végzettséggel csak egy fő rendelkezik a megkérdezettek közül, a szakmát váltó óvodapedagógusok miatt azonban az ilyen irányú ismeretekkel rendelkezők száma magasabb.

|                                        | Diszociális, dacos<br>vagy agresszív | Szociális<br>kompetenciák<br>hiánya | Szabályszegő<br>magatartás | Kötődési<br>zavarra utaló jel | Neurózisra<br>utaló jel | Önbizalomhiány | Hiperaktivitás,<br>túlzott impulzivitás | Atipikus<br>fejlődésmenet |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| Átlagos pontszám                       | 3,08                                 | 2,46                                | 3,4                        | 3                             | 2,84                    | 2,65           | 3,76                                    | 2,68                      |
| Átlagos pontszám a<br>falusi óvodákban | 3,3                                  | 2,53                                | 3,47                       | 2,65                          | 2,53                    | 2,53           | 3,53                                    | 2,24                      |

3. táblázat: Az egyes mentálhigiénés problémák átlagos pontszámai összehasonlítva a falusi óvodák átlagos pontszámával

Az óvodapedagógusok által tapasztalt mentálhigiénés problémákat település szerint vizsgálva, azt találjuk, hogy van némi eltérés a falusi illetve a valamennyi település vonatkozásában vizsgált átlagos pontszáma között. Érdekes, hogy jelentősen magasabb a disszociális, dacos vagy agresszív tünetek aránya a falusi óvodákban, mint összességében. Elenyésző mértékben, de magasabb a falusi óvodákban a szociális kompetenciák hiányára és a szabályszegő magatartásra utaló tünet is. Ugyanakkor kevésbé tapasztalják az óvodapedagógusok a neurózisra utaló jeleket, az önbizalomhiányt, a hiperaktivitást, a túlzott impulzivitást, valamint az atipikus fejlődésmenetet is. Jelen kutatás keretei között ennek alaposabb feltárására nincsen lehetőség, azonban egy másik kutatás során, nagyobb elemszámú minta elvégzésénél érdemes lenne utána járni annak, hogy ez valóban releváns-e vagy a véletlen okozta az eltérést.



6. ábra: Mentálhigiénés problémák előfordulásának összehasonlítása (falusi óvodák átlagos pontszáma az összes óvodához képest)

A különbségek leszűrésére a fenntartó szempontjából nincs lehetőség, hiszen az óvodák döntő többsége – majdnem háromnegyede – önkormányzati fenntartásban van, rajtuk kívül egy-egy

magán és alapítványi, valamint két egyházi fenntartású óvoda került be a felmérésbe. Mivel az egyéb fenntartók közül kevés került be a kutatásba, az önkormányzati óvodákban előforduló mentálhigiénés problémák arányát nem lehet mivel összehasonlítani.

A mentálhigiénés tünetek közül a leggyakrabban előforduló tüneteknek az óvodapedagógusok a hiperaktivitást és a túlzott impulzivitást, valamint a szabályszegő magatartást tartották. A kapott információk alapján számomra kérdés, hogy valóban ezek-e a legjellemzőbb tünetek vagy pedig ezeket ismerik fel a legkönnyebben az óvodapedagógusok. Nem tartom kizártnak, hogy például az atipikus fejlődésmenetű gyermekek kiszűrése nagyobb nehézséget okoz számukra, főként a fiatalabb, kevés tapasztalattal rendelkező kollégák esetében. Ugyanakkor az sem zárható ki, hogy az óvodapedagógusok valóban jól látják és tényleg a hiperaktivitás és túlzott impulzivitás, valamint szabályszegő magatartás a leggyakoribb tünet.

A másik kérdés számomra a mentálhigiénés problémák tüneteivel kapcsolatosan az, hogy mennyire van átfedés az egyes tünetcsoportok között. Például a viselkedésromlást jelző szabályszegő magatartás esetleg nincsen-e összefüggésben atipikus fejlődésmenettel. Az ok-okozati viszony tehát nem minden esetben választható szét teljes mértékben. Ennek feltárásához másik kutatási módszerre, félig strukturált vagy strukturálatlan interjúra lenne szükség véleményem szerint, vagy esetleg egyes esetek alaposabb tanulmányozására.

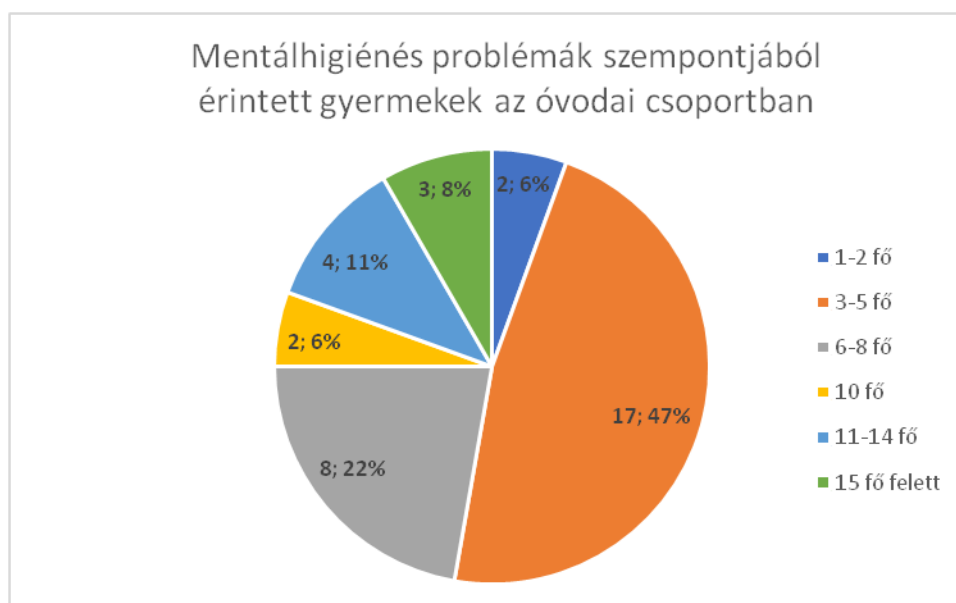
Az óvodapedagógusok szerint az óvodában a legtöbb mentálhigiénés problémát a családban jellemző nem megfelelő nevelési attitűd (3,92 pont) okozzák, de szintén jelentős egy másik családra visszavezethető ok is, a családi szocializáció zavarai és hiányosságai (3,56 pont). Jelentős részben ehhez a két okhoz kapcsolódik egy harmadik ok, az óvodával ellentétes nevelés megvalósítása a családban (3,10 pont). A három ok mindegyike tehát valamilyen módon összekapcsolódik a családi neveléssel és szocializációval.

Bár örömdetes, hogy a gyermekbántalmazások, mint kiváltó oka aránya az óvodapedagógusok szerint alacsonynak számít, ennek ellenére az eredmény mégis felkelheti a figyelmet. A családi nevelés és szocializáció hiányosságai, zavarai, nem megfelelő mivolta ugyanis más problémákhoz, így a gyermekbántalmazáshoz is elvezethetnek, ha nem reagálunk rá megfelelő módon. Ennek kiszűrésében és a gyermek, illetve szülője megfelelő szakemberhez irányításában véleményem szerint az óvodapedagógusnak igen nagy felelőssége van. Azt sem szabad elfelejteni, hogy a gyermekbántalmazások esetében gyakori a

látencia. Sokszor egyáltalán nem, vagy csak évekkel később derül fény a bántalmazás tényére, ezért a bántalmazás jeleinek, tüneteinek felismerése hozzáértést és gyakorlatot kíván meg az óvodapedagógusoktól, valamint – a bántalmazás gyanújának felismerésekor - a szociális, gyermekvédelmi szakemberekkel való fokozott együttműködést.

Fontos továbbá, hogy napjainkban a köznevelési intézményekben mind nagyobb szerep jut a pedagógiai tanácsadásnak, hiszen a szülők segítségre szorulnak a gyermeknevelés terén, amelyet legegyszerűbben és elsősorban abban a köznevelési intézményben kaphatnak meg, ahová a gyermekük jár.

Az óvodapedagógusok által közölt adatok alapján az óvodai csoportok jelentős részében több, mentálhigiénés szempontból érintett gyermek is van. A csoportok nagy részében (47%-ában) az érintett gyermekek száma 3-5 fő között mozog, a csoportok 22%-ában pedig 6-8 fő között. Igen magas azoknak az óvodai csoportoknak a száma, ahová 11-14 fő mentálhigiénés problémákkal küzdő gyermek jár (11%), valamint szintén magas azoké a csoportoké is, ahova 15 fő feletti számban járnak mentálhigiénés problémával küzdő gyermekek (8%). Mindezeknek a gyermekeknek a nevelése nagy terhet ró az óvodapedagógusokra és a dajkákra, hiszen feltételezhetően ezeknek a gyermekeknek a nagy része egyéni bánásmódot igényel tőlük. A túl sok mentálhigiénés problémával küzdő gyermek egy óvodai csoporton belüli élete az integráció terén is sok kérdést felvet, amelyre jelen kutatás nem tért ki, de érdemes lenne ezzel kapcsolatban is vizsgálni.



7. ábra: Mentálhigiénés problémák szempontjából érintett gyermekek a csoportban

Az óvodapedagógusok információi szerint mindössze a kiszűrt esetek 40,54 %-a esetén készül minden esetben egyéni fejlesztési terv és ennél magasabb az aránya azoknak az eseteknek (43,24%), amikor egyáltalán nem készül egyéni fejlesztési terv. Ennek a hiányosságnak az alaposabb feltárása mindenképpen indokolt lenne, hiszen tudatos, tervezett fejlesztési tevékenység nélkül a szűrésnek nincs sok értelme. Hiába ismerjük magát a problémát, ha nem készül ezt követően olyan, egyénre szabott fejlesztési terv, amelynek alapján folyamatosan nyomon követhetően a változások. Tervezés nélkül nem születhet megalapozott változás, fejlődés sem, legfeljebb ad hoc jellegű részmegoldás, valamint az eredmény, a folyamat hatékonysága sem mérhető.

Az egyéni fejlesztési tervek készítésével kapcsolatos adatok nincsenek teljesen összhangban az egyéni fejlesztési tervek felülvizsgálatával kapcsolatos adatokkal, hiszen 16 fő nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem készül terv, miközben összesen három fő szerint nem vizsgálják felül az elkészült terveket. A nem létező terveket nyilván nem lehet felülvizsgálni sem, tehát ez az adat egészen biztosan nem felel meg a valóságnak. Elképzelhető, hogy az óvodapedagógusoknak értelmezési problémái voltak a kérdéssel kapcsolatban, illetve az is lehetséges, hogy meg akartak felelni az elvárásoknak, ezért többen adtak pozitív választ a kérdésre, mint a valóság.

Az óvodapedagógusok közül a legtöbben a gyógypedagógussal (59,46%), a pszichológussal (43,24%) és a logopédussal (40,54%) konzultálják meg a gyermekek mentálhigiénés problémáit. Sokan konzultálnak a fejlesztőpedagógussal is (35,14%) ugyanakkor nagyon kevesen konzultálnak az óvodai szociális segítővel (5,4%), a családsegítővel (5,4%), a gyermekvédelmi referenssel (2,7%). A szurdopedagógust egy fő (2,7%) választotta, nyilván azért, mert a csoportjában van egy hallássérült gyermek. Akik a pedagógiai szakszolgálat szakembereit választották (8,1%), feltehetően több szakemberrel is konzultálnak, de nem tudjuk pontosan megállapítani, hogy kivel. Nagy valószínűséggel gyógypedagógus, logopédus, pszichológus is van köztük. Egy óvodapedagógus azt válaszolta, hogy minden esetben a gyermek szülei felé ad jelzést, akik elviszik a gyermeket a megfelelő szakemberhez. Utóbbi válaszban némi felelősség-elhárítást érzek a szülő felé.

A különféle szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban a pedagógusok szintén több választ is adhattak. A legtöbb óvodapedagógus (67,57%) szerint a logopédiai szolgáltatáshoz való hozzáférés biztosított. 56,76%-uk választotta a fejlesztőpedagógust, 51,35%-uk pedig a gyógypedagógust, mint hozzáférhető szakembert. Kevesen (21,62%) választották a pszichológust, mint elérhető szakembert, ami sajnos jól tükrözi, hogy nagyon kevés óvoda-és

iskolapszichológus áll rendelkezésre az intézményekben. Két-két (5,4-5,4%) óvodapedagógus válasza alapján, elérhető az Ayres-terápia és Tsmt-terápia az óvodájukban, ami nyilván a helyben elérhető, speciális képesítéssel rendelkező pedagógus kapcsán valósulhat meg. Egy-egy fő szerint a gyógytestnevelés, illetve a szurdopedagógusi szolgáltatás elérhető. Utóbbi szolgáltatások nyilván meglevő fejlesztési szükségletek kielégítésére állnak rendelkezésre. Egy fő általánosságban a pedagógiai szakszolgálat szakembereit válaszolta, konkrét szakemberek megadása nélkül. A problémák mértékéhez képest nagyon kevesen választották a szociális, gyermekvédelmi szolgáltatásokat nyújtó szakembereket, így a családsegítő, az óvodai szociális segítő, valamint a gyermekvédelmi referens szolgáltatásait, segítségnyújtását (összesen 16,22%).

Az előző kérdés adataihoz képest itt is látszik némi ellentmondás. Az óvodapedagógusok 59,46%-a nyilatkozta azt, hogy rendszeresen konzultál gyógypedagógussal, azonban csak 51,35%-uk számára áll rendelkezésre gyógypedagógus végzettségű, elérhető szakember. Még nagyobb a különbség a pszichológus esetében. 43,24% válaszolta, hogy rendszeresen konzultál pszichológussal, azonban csak 21,62% számára elérhető ez a szolgáltatás. A különbség feltárása érdekében a vizsgálat megismétlése lenne szükséges, némi pontosítással. Valószínűleg a konzultáció alatt az óvodapedagógusok nem a rendszeres, egy-egy terápiába került gyermek esetében lefolytatott megbeszélést értik, hanem alkalmi információcserét, amely akár nem is feltétlenül személyesen történik. A pszichológusi szolgáltatás esetében azt biztosra vehetjük, hogy az óvodák nagy részében nem áll rendelkezésre rendszeres pszichológiai megsegítés.

Az adatok alapján a leginkább elérhető mentálhigiénés szolgáltatásnak az óvodában a logopédiai, illetve a fejlesztőpedagógiai ellátás látszik. Az óvodapedagógusok által adott információk alapján azonban nem az atipikus fejlődésmenetű gyermekek jelentik a legtöbb mentálhigiénés problémát az óvodában, hanem a családi nevelés, a családi szocializáció zavarai, hiányosságai, az óvodától jelentősen eltérő nevelés megvalósítása. Ezek a problémák azonban éppen nem a rendelkezésre álló szakemberekkel orvosolhatók, hanem tanácsadó pszichológusokkal, pedagógusokkal, valamint a gyermekvédelmi ellátás szakembereivel. Utóbbiakkal azonban nagyon kevés interakció történik az óvodában, szolgáltatásaikat csak 16,22% veszi igénybe.

A gyermekvédelmi szakemberekkel való nem megfelelő színvonalú és intenzitású együttműködést jól tükrözik az erre irányuló kérdésekre adott válaszok is. 37,84% szerint az óvodai szociális segítő csak havonta keresi fel az óvodát, egy fő (2,7%) szerint pedig soha. Ez

össességében azt jelenti, hogy az esetek 40,54%-ában az óvodapedagógusok alig vagy egyáltalán nem találkoznak az óvodai szociális segítővel. Havi egy alkalommal alaposabb konzultációra nyilván nincs lehetőségük a szakembereknek egy-egy gyermek ügyében, ennyi idő még a „tűzoltásra” is kevés. Mivel pszichológiai ellátás kevés óvodában áll rendelkezésre, a leginkább égető mentálhigiénés problémákra nem sikerül választ adni. Ez egyrészt kapacitásbeli problémák miatt alakul így, másrészt azonban az óvodapedagógusok hozzáállása sem mindig megfelelő, hiszen az esetek jelentős részében (43,24%) hetente vagy kéthetente felkeresi az óvodai szociális segítő az óvodát, ennek ellenére a szolgáltatásait nagyon kevesen veszik igénybe. Ennek okait véleményem szerint mindenképpen vizsgálni kellene, hiszen az óvodai szociális segítők kapacitásai – a kapott adatok alapján - a mentálhigiénés gondozás kapcsán nincsenek kihasználva. Az óvodapedagógusok számára fontos lenne olyan szakmai képzéseket, fórumokat szervezni, ahol útmutatást kaphatnak arra vonatkozólag, hogy miben kérhetnek segítséget az óvodai szociális segítőtől és milyen esetekben kell feléjük jelzéssel élni. Ezzel kapcsolatos bizonytalanságukat jól jelzi, hogy 21,62% semmilyen választ nem adott arra a kérdésre, hogy mikor szokott jelzéssel élni az óvodai szociális segítő fel. A válaszadók között is sokan fogalmi zavarokkal küzdenek (pl. veszélyeztetettség, hátrányos helyzet meghatározása), illetve nem látják át, hogy milyen problémát kell az óvodai szociális segítő felé jelezni és mikor. Hasonlóképpen az óvodai szociális segítő kapacitásának alacsony kihasználtságára utal, hogy a szociális szakemberrel az óvodapedagógusok mindössze 35,14%-a szokott rendszeresen konzultálni. Ez nagyon alacsony szám, főként, ha számításba vesszük, hogy milyen adatokat adtak meg az óvodapedagógusok a csoportban mentálhigiénés problémával érintett gyermekek kapcsán. Bár az esetkonferenciákon az óvodapedagógusok több mint kétharmada megjelenik, a rendszeres konzultációt ez nem pótolja. Az óvodai szociális segítőnek nemcsak a gyermek és a szülő a kliense, hanem a pedagógus is, éppen ezért ki kell használni az általa nyújtott szolgáltatási lehetőséget.

A szakdolgozatomban felállított hipotézisekkel igazolásával/cáfolásával kapcsolatban az alábbi megállapításokat tehetem:

- 1) Az óvodapedagógusok feltételezhetően felismerik a gyermekek mentális problémáira utaló tüneteket és azok okait, a kutatás során nyert adatok alapján nincs okunk azt feltételezni, hogy ez ne történne meg.
- 2) Az óvodapedagógusok által kiszűrt gyermekek megfelelő szakemberekhez irányításával kapcsolatban már több probléma is felmerül. Nyilvánvaló probléma, hogy kevés a rendel-

kezésre álló szakember, ami minden pozitív szándék ellenére is rontja az ellátás színvonalát. A szolgáltatások elérése terén az atipikus fejlődésmentű gyermekek jobb helyzetben vannak, mint akik másféle mentálhigiénés problémával rendelkeznek. Főként a pszichológiai ellátás biztosítása terén vannak komoly hiányosságok. Ugyanakkor az is gond, hogy a gyermekvédelmi szakemberek kapacitásai sincsenek kellő mértékben kihasználva, ami részint ismeretek, részint attitűd hiányára utal az óvodapedagógusok részéről. A második hipotézisem tehát csak részben igazolódott.

A hipotézisem másik felében, hogy az óvoda az által kiszűrt gyermekekre vonatkozóan egyéni fejlesztési tervet készít, a szülő bevonásával. Bár a szülőket az óvodapedagógusok döntő többsége valóban bevonja a problémamegoldásba, a gyermekekre vonatkozó egyéni fejlesztési tervek elkészítése terén már sok a hiányosság. Még inkább igaz ez az egyéni fejlesztési tervek felülvizsgálatával kapcsolatban, miáltal nem követhető a tervek eredményessége, a fejlesztés hatékonysága.

- 3) Az óvoda jelzőrendszeri tagságából eredő feladatai szintén nem teljesülnek maradéktalanul, ami részben az óvoda, részben az óvodai szociális segítő oldaláról jelentkező probléma. A mindkét oldalról jelentkező kapacitáshiány mellett nincs meg a kellő összhang a kétféle ellátás között. Az óvoda nem használja ki azokat a lehetőségeket, amelyeket az óvodai szociális segítő nyújtani tud, például a tanácsadás, a közösségi feladatok terén. Problémát jelentenek az óvodapedagógusok részéről a hiányzó ismeretek és attitűd is. Nem tudják, hogy mit és mikor kell jelezniük az óvodai szociális segítő felé, ami azzal a veszéllyel fenyeget, hogy számos probléma nem kerül feltárára.

Természetesen azt sem szabad elfelejteni, hogy mindkét ellátórendszer – a köznevelési és a gyermekvédelmi alapellátási is – súlyos kapacitásgondokkal küzd. Kevés a szakképzett munkaerő, nagy a fluktuáció mindkét szakmában, ami rontja az együttműködés színvonalát az óvoda és a gyermekvédelmi alapellátás között.

## 5 ÖSSZEGZÉS

Szakdolgozatomban arra kerestem a választ, hogy milyen mentálhigiénés problémák jellemzőek az óvodában és ezek kezelésével kapcsolatban milyen lehetőségek vannak. Ki tudják-e szűrni az óvodapedagógusok a problémákat, vannak-e szakemberek, akikkel konzultálni tudnak róluk, készül-e – együttműködés eredményeként – a fejlesztés irányát, ütemét kijelölő egyéni fejlesztési terv, ellenőrzik-e annak teljesülését, milyen szakemberek szolgáltatásai érhetők el a kiszűrt problémák vonatkozásában?



A kérdőíves kutatás során a megkérdezett 37 fő óvodapedagógus válaszai alapján a mentálhigiénés problémák kiszűrése jó eséllyel megtörténik az óvodában. A folyamat azonban ezt követően sok esetben elakad. Bár a szülők bevonása általában megtörténik, az egyéni fejlesztési tervek elkészítésére sok esetben nem kerül sor, illetve sokszor az elkészült tervek teljesülését, a fejlesztés eredményeit sem ellenőrzik vissza, ami a fejlesztés hatékonyságát megkérdőjelezi.

Számos segítő, fejlesztő szolgáltatás elérésével is problémák vannak, ez főként a pszichológiai ellátásra igaz. A helyzetet rontja, hogy éppen ezen a téren van a legtöbb mentálhigiénés probléma, így a rászoruló gyermekek pszichológiai ellátása igencsak akadozik, a szolgáltatás sok helyen hiányzik.

Ugyanakkor az is probléma, hogy a még elérhető szolgáltatásokat sem minden esetben használja ki az óvoda. Az óvodai szociális segítő szolgáltatásait – már ahol ezt a gyermekvédelmi alapellátás kapacitásai lehetővé teszik – nem, vagy nem rendszeresen veszik igénybe. Alig konzultálnak az óvodai szociális segítővel, nem veszik igénybe a pedagógusoknak szánt tanácsadási lehetőséget, a közösségi szolgáltatásokat. Ez a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagságból adódó feladatok ellátásának színvonalát is rontja. Az óvodai szociális segítő és az óvoda között magasabb szintű együttműködés érdekében az óvodapedagógusok erre a területre irányuló szakmai továbbképzésével, szakmai rendezvények szervezésével lehetne javítani. Ennek segítségével jobban ki lehetne aknázni azokat a lehetőségeket, amelyet ez a szolgáltatási forma nyújt az intézmények számára.

## 6 IRODALOMJEGYZÉK

137/1996. (VIII.28.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjának kiadásáról,

(<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600137.KOR&txtreferer=A1200020.EMM>, utolsó letöltés: 2023.01.28.,) Melléklet

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről,  
(<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> , utolsó letöltés: 2013.01.28., 8. §. (1)

A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások (2011): (szerk.: Balázs István, Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet, Bp.)

Antal Judit (2008): Mentálhigiéné az óvodában (Barbori Bt., Bp.)

Bagdy Emőke (1999): Mentálhigiéné - Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás (Animula Kiadó, Bp.)

Buda Béla (1998): A mentálhigiéné fogalma (Educatio, 1998/2. szám, 229-238. p.,  
([https://epa.oszk.hu/01500/01551/00081/pdf/EPA01551\\_educatio\\_1998\\_2\\_229-238.pdf](https://epa.oszk.hu/01500/01551/00081/pdf/EPA01551_educatio_1998_2_229-238.pdf),  
utolsó letöltés időpontja: 2023.02.24.)

Buda Béla (2002): A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései – Újabb tanulmányok (Animula Kiadó, Bp.)

Buda Béla (1994): Mentálhigiéné – A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei (Tanulmánykötet, Animula Kiadó, Bp.)

Busi, Etelka (2006): Nevelési szintek I. A család. ELTE TTK Multimédiapedagógia és Oktatástechnológia Központ, Budapest.

Cole, Michael- Cole, Sheila.R. (2006): Fejlődéslélektan (Osiris Kiadó, Bp.)

Csomortáni D. Zoltán (2011): Konfliktuskezelés az óvodában (Szeged, 1-14.p.,  
([http://eta.bibl.u-szeged.hu/1727/1/konfliktuskezeles\\_az\\_ovodaban.pdf](http://eta.bibl.u-szeged.hu/1727/1/konfliktuskezeles_az_ovodaban.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Danis, Ilona – Farkas, Mária -Herczog, Mária – Szilvási, Léna (2011): A kora gyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások (Biztos kezdet kötetek II., Bp.)

Dávid, Mária- Nyitrai, Ágnes - Podráczky, Judit (2018): A pedagógiai tanácsadás szerepe a kora gyermekkori intervencióban – Módszertani kézikönyv (Gyermekút, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Bp.)

Dehelán Éva (2003): A pedagógiai-pszichológiai prevenció lehetőségei az óvodában (Új Pedagógiai Szemle, 2003/7-8.,<https://folyoiratok.oh.gov.hu/uj-pedagogiai-szemle/a-pedagogiai-pszichologiai-prevencio-lehetosegei-az-ovodaban>, utolsó letöltés ideje: 2023.02.01.)

Dehelán Éva (2003): Tapasztalataim a komplex mentálhigiénés prevenció lehetőségeiről az óvodában (Iskolapszichológia 28., Argumentum Kiadó, Bp.)

Eurydice ([https://eurydice-eacea-ec-europa-eu.translate.google/national-education-systems/hungary/hungary?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=hu&\\_x\\_tr\\_hl=hu&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://eurydice-eacea-ec-europa-eu.translate.google/national-education-systems/hungary/hungary?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=hu&_x_tr_hl=hu&_x_tr_pto=sc), utolsó letöltés ideje: 2023.01.18.)

Felvinczi Katalin (1998): A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban (Iskolakultúra, 1998/5., 17-30. p.)

Havlikné Rácz Andrea - Pozsár Éva (2013): Otthoni mesélési szokások vizsgálata öt-hat éves szegedi óvodások körében (Módszertani Közlemények, 1-9.p., [https://scholar.google.hu/scholar?cluster=2725417973743031636&hl=hu&as\\_sdt=0,5&as\\_vis=1](https://scholar.google.hu/scholar?cluster=2725417973743031636&hl=hu&as_sdt=0,5&as_vis=1), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Heimann, Ilona – Lénárd, Sándor – Mészáros, György – Rapos, Nóra – Trencsényi, László (2006): Iskolán kívüli nevelés (A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése 7. kötet, Bölcsész Konzorcium HEFOP Iroda, Bp.)

Katona, György (2017): A kisgyermeknevelés jelentősége és társadalmi hatása ([http://publicatio.uni-sopron.hu/1562/1/Katona\\_Gyorgy\\_konyvreszlet\\_A\\_Kisgyermekneveles\\_jelentosege\\_2017\\_u.pdf](http://publicatio.uni-sopron.hu/1562/1/Katona_Gyorgy_konyvreszlet_A_Kisgyermekneveles_jelentosege_2017_u.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.01.18., 1-17.p.)

Kereki, Judit (2020): A kora gyermekkori intervenciók rendszer működése és fejlesztési lehetőségei az egységes ellátási út tükrében (ELTE Doktori (PHD) disszertáció, [https://ppk.elte.hu/dstore/document/443/Kereki\\_Judit\\_disszert%C3%A1ci%C3%B3.pdf](https://ppk.elte.hu/dstore/document/443/Kereki_Judit_disszert%C3%A1ci%C3%B3.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.03.20.)

Komlósi Piroska - Antal Mária Ildikó (2003): A fejlődés egészsége- az egészség fejlődése? Család, egyén, iskola (Magiszter 1. évf. 4.szám, 2003 tél, 1-21.p.,

[http://epa.niif.hu/03900/03976/00058/pdf/EPA03976\\_magiszter\\_2003\\_4\\_033-053.pdf](http://epa.niif.hu/03900/03976/00058/pdf/EPA03976_magiszter_2003_4_033-053.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Kondor Ágota (2009): A mentálhigiéné fogalma, tárgya és területei (Keresztény Szó, [https://epa.oszk.hu/00900/00939/00110/2009\\_10\\_07\\_00110.htm](https://epa.oszk.hu/00900/00939/00110/2009_10_07_00110.htm), utolsó letöltés időpontja: 2023.03.19.)

Maczali Katalin (2018): A mentális egészség újradefiniálásának irányába - cikkismertetés (Egészségfejlesztés, 59. évf. 1. szám, 1-2. p., [http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987\\_egeszsegfejlesztes\\_2018\\_1\\_061-062.pdf](http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2018_1_061-062.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.25.)

Mentális egészség – Az EU hivatalos oldalához tartozó weboldal ([https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_hu](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_hu), utolsó letöltés ideje: 2023.02.25.)

Mészáros István - Németh András - Pukánszky Béla (2005): Neveléstörténet - Bevezetés a pedagógia és iskoláztatás történetébe (Osiris, Bp.)

Molnár Balázs - Pálfi Sándor - Szerepi Sándor - Vargáné Nagy Anikó (2015): Kisgyermekkorai nevelés Magyarországon (Educatio, 2015/3. szám, <https://folyoiratok.oh.gov.hu/educatio/kisgyermekkorai-neveles-magyarorszagon>, utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Molnár Edina (2019): Kutyával asszisztált óvodai foglalkozások (1-8. p., [http://real.mtak.hu/109445/1/2019\\_3\\_ART\\_005\\_Molnar.pdf](http://real.mtak.hu/109445/1/2019_3_ART_005_Molnar.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Pap Gy. László (2017): Az egészséges lélek, 1-11.p. (<https://papgyulaszlo.files.wordpress.com/2017/10/az-egc3a9szsc3a9ges-lc3a9lek-hosszc3ba.pdf>, utolsó letöltés időpontja: 2023.02.01.)

Podráczky Judit (2007): Óvodaügy a 19. századi magyar társadalomban (PhD értekezés, ELTE Neveléstudomány Doktori Iskola, 1-155.p., [http://nevelestudomany.phd.elte.hu/vedesek/2007/PhD\\_2007\\_Podraczky\\_Judit.pdf](http://nevelestudomany.phd.elte.hu/vedesek/2007/PhD_2007_Podraczky_Judit.pdf), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Pukánszky Béla (2005): A gyermekről alkotott kép változásai az óvoda történetében (Educatio, 2005/4.szám, 703-714.p.,

<http://www.pukanszky.hu/Gyermekkep%20es%20ovodatortenet.pdf>, utolsó letöltés időpontja: 2023.02.02.)

Pukánszky Béla - Németh András (1997): Neveléstörténet (Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp.)

Simon Gabriella (2021): A mentálhigiéné, mentálhigiénés szemléletmód, mentálhigiéné segítő (Gondoskodás, 1. évf. 1. szám, 52-56. p., [https://www.szocialismodszertan.hu/wp-content/uploads/2021/11/Gondoskodas\\_ELEKTRONIKUS\\_OK.pdf#page=54](https://www.szocialismodszertan.hu/wp-content/uploads/2021/11/Gondoskodas_ELEKTRONIKUS_OK.pdf#page=54), utolsó letöltés ideje: 2023.02.02.)

Szabó Béla – Szabó Katalin (2013): Egészségünkre?! (Erdélyi társadalom 11/1. szám, 1-7.p., <https://erdelyitarsadalom.ro/files/et21/et-bbu-21-03.pdf> , utolsó letöltés időpontja: 2023.02.01.)

Tamás Márta (2010): Az óvodai és iskolai mentálhigiénés programok alkalmazásának lehetőségei (In.: Mentálhigiéné és segítő hivatás – Fejezetek az elmélet és gyakorlat területeiről, szerk.: Kiss Enikő Csilla és Sz. Makó Hajnalka, Pannónia Könyvek, Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs, 247-261. p.)

Török Balázs (2005): Óvodák és szülők (Educatio 2005/4.szám, 787-804. p., <https://epa.oszk.hu/01500/01551/00034/pdf/406.pdf> , utolsó letöltés időpontja: 2023.02.02.)

Vajda Zsuzsanna-Kósa Éva (2005): Neveléslélektan, Bp.

## **7 TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE**

1. táblázat: Az egyes mentálhigiénés problémák előfordulása az óvodában
2. táblázat: A mentálhigiénés problémák okai az óvodapedagógusok szerint
3. táblázat: Az egyes mentálhigiénés problémák átlagos pontszámai összehasonlítva a falusi óvodák átlagos pontszámával

## **8 ÁBRÁK JEGYZÉKE**

1. ábra: Óvodapedagógusok szakmai gyakorlata (év)
2. ábra: Az óvodában előforduló mentálhigiénés problémák az óvodapedagógusok válaszainak átlagos pontszáma alapján
3. ábra: A mentálhigiénés problémákat kiváltó okok gyakorisága az óvodapedagógusok szerint
4. ábra: Egyéni fejlesztési terv készítése szakember által igazolt mentálhigiénés problémák esetében
5. ábra: Egyéni fejlesztési tervek felülvizsgálatának rendszeressége
6. ábra: Mentálhigiénés problémák előfordulásának összehasonlítása (falusi óvodák átlagos pont-száma az összes óvodához képest)
7. ábra: Mentálhigiénés problémák szempontjából érintett gyermekek a csoportban

## 9 MELLÉKLET

1.sz. melléklet: Kutatási kérdőív

### Kérdőív óvodapedagógusok részére

Tisztelt Óvodapedagógus!

Sárfiné Urvald Anett vagyok, III. éves óvodapedagógus hallgató.

„Az óvoda szerepe a korai mentálhigiénés prevencióban” című szakdolgozatom elkészítésében kérném a segítségét.

Az alábbi kérdőív kitöltésével tudja támogatni szakdolgozati munkámat.

A kérdőív kitöltése anonim.

Segítő közreműködését köszönöm!

#### 1. Demográfiai adatok

1.1. Életkora (év):

---

1.2. Szakmai tapasztalata (év):

---

1.3. Végzettsége:

---

1.4. Rendelkezik-e bármilyen mentálhigiénés szakképzettséggel?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

☐ Igen

☐ Nem

1.5. Ha rendelkezik mentálhigiénés végzettséggel, akkor a képesítés megnevezése és szintje (pl. felsőfokú szakirányú végzettség) :

---

1.6. Csoport létszáma, amelyben dolgozik (fő):

---

1.7. Jelölje be melyik jellemző az Ön óvodájára!  
(Több válasz is megjelölhető)

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ Falusi
- ☐ Városi
- ☐ Nagyvárosi
- ☐ Önkormányzati fenntartású
- ☐ Egyházi fenntartású
- ☐ Alapítványi fenntartású
- ☐ Magánintézmény

1.7.1. Nemzetiségi önkormányzati fenntartás esetén az önkormányzat nemzetisége:

---

1.7.2. Egyházi fenntartásnál az egyház megnevezése (pl. katolikus, evangélikus, hit gyülekezete, stb.):

---

## **2. Mentálhigiéné megvalósulása az óvodában**



2.1. Milyen tünetekkel találkozik a leggyakrabban? A probléma gyakoriságának megfelelően 1-től 5-ig pontozza a fogalmakat.

- 1 - egyáltalán nem jellemző,
- 2 - inkább nem jellemző,
- 3 - kismértékben jellemző,
- 4 - inkább jellemző,
- 5 - nagymértékben jellemző!

2.1.1. Disszociális, dacos vagy agresszív magatartás (rombolás, lopás, indulatkitörések, durvaság)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.2. Szociális kompetenciák hiánya, szociális zavar (pl. Szelektív mutizmus)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.3. Szabályszegő magatartás

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.4. Kötődési zavarra utaló tünetek (abnormális szociális kapcsolatok, pl. túlzott ragaszkodás, közvetlenség vagy visszahúzódás, féltékenység)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.5. Neurózisra utaló tünetek (félelem, szorongás, bevizelés, táplálkozási zavar, beszédzavar, alvászavar stb.)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.6. Önbizalomhiány

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.7. Hiperaktivitás, túlzott impulzivitás, figyelemzavar

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.8. Atipikus fejlődésmenet (pl. autizmus, értelmi fogyatékoság, ADHD, stb.)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1.9. Egyéb

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Az egyéb tünet megnevezése:

---

---

---

---

---

2.2. Ön szerint mi okozza leginkább a gyermek tüneteit? Kérem, hogy 1-től 5-ig pontozza az okokat!

1 - egyáltalán nem jellemző,

2 - inkább nem jellemző,

3 - kismértékben jellemző,

4 - inkább jellemző,

5 - nagymértékben jellemző!

### 2.2.1. Családi szocializáció zavarai, hiányosságai

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 2.2.2. Nem megfelelő nevelési attitűd a családban

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 2.2.3. Gyermekbántalmazás (fizikai, verbális, szexuális bántalmazást és elhanyagolást is beleértve)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 2.2.4. Az óvodával ellentétes nevelési elvek

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.2.5. Atipikus fejlődésmenetű a gyermek (pl. autista, értelmi fogyatékos, ADHD-s stb.)

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.2.6. Egyéb

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Egyéb ok leírása:

---

---

---

---

---

2.3. Az Ön által feltételezett tünetek és okok igazolódtak szakemberrel történő konzultáció után?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Igen, minden esetben
- ☐ Igen, az esetek több, mint a felénél
- ☐ Igen, az esetek kevesebb, mint a felénél
- ☐ Nem

2.4. Ön szerint a saját csoportjában hány gyermeket érint a fenti problémák valamelyike?

---

2.5. Készítenek-e a 2.1. pontban felsorolt problémák esetében egyéni fejlesztési tervet a gyermekre vonatkozóan?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Igen, mindig
- ☐ Gyakran
- ☐ Csak szélsőséges esetekben
- ☐ Soha

2.6. Felülvizsgálják-e az egyéni fejlesztési terveket?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Igen, rendszeresen
- ☐ Igen, de nem rendszeresen
- ☐ Soha

2.7. Milyen szakemberekkel szokott konzultálni a gyermekek problémáját illetően(pl.pszichológus, gyógypedagógus)?

---

---

---

---

---

2.8. Milyen szakemberek szolgáltatásai elérhetőek az Ön óvodájában?

---

---

---

---

---

2.9. Bevonják-e a szülőket az egyéni fejlesztési folyamatba (pl. tájékoztatás, tanácsadás útján)?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Igen, mindig
- ☐ Csak bizonyos esetekben
- ☐ Soha

2.10. Milyen gyakran keresi fel az intézményt az óvodai szociális segítő?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Hetente 1-2 alkalommal
- ☐ Kéthetente 1-2 alkalommal
- ☐ Havonta 1-2 alkalommal
- ☐ Ritkábban
- ☐ Soha

2.11. Milyen esetekben tesz jelzést az óvodai szociális segítő felé?

---

---

---

---

---

2.12. A jelzést milyen módon teszi meg?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Szóban
- ☐ Írásban (levél, e-mail)
- ☐ Telefonon
- ☐ Az intézményvezetőn keresztül
- ☐ Nem teszek jelzést

2.13. Minden alkalommal részt vesz-e a gyermekek ügyében szervezett esetkonferenciákon? igen/nem

Ha nem, miért nem?

---

---

---

---

---

2.14. Szokott-e konzultálni az érintett gyermek ügyében az óvodai szociális segítővel a jelzést követően?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Igen, rendszeresen
- ☐ Igen, alkalmanként
- ☐ Nem

**Köszönöm, hogy kitöltötte a kérdőívet!**

---

Ezt a tartalmat nem a Google hozta létre, és nem is hagyta azt jóvá.

Google Űrlapok





Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem  
Cím: 7400 Kaposvár, Guba S. u. 40.  
Tel.: +36-82/505-800  
Honlap: <https://uni-mate.hu>

6. sz. függelék – Tartalmi kivonat minta

## **A ZÁRÓDOLGOZAT/SAKDOLGOZAT/DIPLOMADOLGOZAT TARTALMI KIVONATA**

### **AZ ÓVODA SZEREPE A KORAI MENTÁLHIGIÉNÉS PREVENCIÓBAN SÁRFINÉ URVALD ANETT**

Óvodapedagógus szak, alapképzés, levelező tagozat

Neveléstudományi Intézet, Gyermeknevelési Tanszék

*Belső témavezető:* Dr. József István, egyetemi docens, Magyar Agrár-, és Élettudományi Egyetem, Kaposvári Campus

A szakdolgozatomban az óvoda korai mentálhigiénés prevencióban betöltött szerepét vizsgáltam. Kiindulópontként három hipotézist állítottam fel az óvoda szerepére vonatkozóan. Az első hipotézisem az volt, hogy az óvodapedagógusok felismerik a gyermekek mentális problémáira utaló tüneteket és okokat. A második, hogy az így kiszűrt gyermekeket továbbirányítják megfelelő szakemberekhez, és egyéni fejlesztési tervet készítenek a szülő bevonásával. A harmadik hipotézisem az volt, hogy az óvoda gyermekvédelmi jelzőrendszeri tagként aktív és hatékony működésű.

A nagyszámú kérdések (38 feltett kérdés) lehetővé tették a szakdolgozati téma megfelelő feldolgozását 37 fő óvodapedagógus random megkérdezése alapján. A kérdőív alapú vizsgálati eredmények szerint a mentálhigiénés problémák kiszűrése jó eséllyel megtörténik az óvodában. A második hipotézis alapján a szakemberek, főként gyógypedagógusok, fejlesztőpedagógusok, logopédusok elérhetőek az óvodán belül, de a pszichológiai szakszolgáltatás csak kevés esetben áll rendelkezésre. A szülők bevonása általában megtörténik, az egyéni fejlesztési tervek elkészítésére sok esetben nem kerül sor, de az elkészült tervek teljesülését, a fejlesztés eredményeit sem ellenőrzik vissza minden esetben, mely a hatékonyság nyomon követését nehezíti.

Az óvodai szociális segítő szolgáltatásait nem, vagy nem rendszeresen veszik igénybe. Ez a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagságból adódó feladatok ellátásának színvonalát is rontja.

Az óvodai szociális segítő és az óvoda közötti magasabb szintű együttműködést szakmai továbbképzéssel, szakmai rendezvények szervezésével lehetne javítani.

### 3.sz. melléklet: Nyilatkozat



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem  
Cím: 7400 Kaposvár, Guba S. u. 40.  
Tel.: +36-82/505-800  
Honlap: <https://uni-mate.hu>

5. sz. függelék – Hallgatói és konzulensi nyilatkozat minta

#### NYILATKOZAT

Alulírott SÁRFINÉ URVAD ANETT, a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, KAPOSVÁRI Campus, ÖVÖDA PEDAGÓGUS 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 április hó 30 nap

Sárfi Anett  
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: 2023 év április hó 30. nap

[Signature]  
Belső konzulens

\*Kérjük a megfelelőt aláhúzni!