

SZAKDOLGOZAT

Schelhammer Nikoletta

Csecsemő -és kisgyermeknevelő BA

levelező

Kaposvár

2024



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Kaposvári Campus

Csecsemő- és kisgyermeknevelő BA Szak
levelező tagozat

Fejlődési elakadások, pszichés problémák
gyermekkorban

Konzulens: Szigeti Mónika

Készítette: Schelhammer Nikoletta

Neptun kód: TUE3ER

Intézet: Neveléstudományi Intézet

Tanszék: Gyermeknevelési Tanszék

Kaposvár

2024

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	1
1. Bevezetés	3
2. Témaválasztásom indoklása	3
3. Az anya-gyermek kapcsolat általánosságban.....	4
4. Az anya-gyermek kapcsolat régen	5
5. A gyermek egészséges fejlődését befolyásoló tényezők	7
5.1. Pozitív hatást kiváltó tényezők.....	7
5.1.1. A várt gyermek.....	8
5.1.2. Ideális családi körülmények	8
5.1.3. A szülési élmény pozitív tényezői	9
5.1.4. A korai kötődés kialakítás	9
5.1.5. Anyára helyezés	10
5.1.6. A szoptatás.....	10
5.1.7. A gondozás hatása.....	12
5.2. Negatív hatást kiváltó tényezők	12
5.2.1. A nem kívánt terhesség	13
5.2.2. A nem megfelelő családi körülmények hatásai.....	13
5.2.3. Koraszülöttség és a kis születési súly	14
5.2.4. A baby blues és a szülés utáni depresszió hatásai	16
5.2.5. Rejtett érzelmi elhanyagolás	17
5.2.6. Hospitalizmus és annak hatásai.....	18
5.2.7. Az Ingerszegény élettér következményei	19
6. Fejlődési elakadások és pszichés problémák gyermekkorban.....	21
6.1. A beszéd fejlődés és annak szakaszai	21
6.1.2. A beszédfejlődési zavar és annak várható következményei.....	24
6.1.3. A diszlexia kialakulásának veszélye	25
6.2. A mozgásfejlődés és annak szakaszai	27
6.2.1. A mozgásfejlődés elősegítése	32
6.2.2. Megkésett vagy eltérő mozgásfejlődés	33
6.3. A pszichés fejlődési problémák sajátosságai gyermekkorban	35
7. Vizsgálatok	37
7.1. A vizsgálat célja	37
7.2. A vizsgálat módszere	38
7.3. A vizsgált minta jellemzői.....	39

7.4.	A vizsgálat eredményeinek összegzése	49
7.5.	Következtések	50
7.6.	Javaslatok.....	50
8.	Összegzés	51
	Irodalomjegyzék	53
	Ábrajegyzék	56
	Mellékletek	57

1. Bevezetés

Napjainkban elmondható, hogy az anya-gyermek kapcsolat pótolhatatlan egy gyermek számára, főként az első három életévben, hiszen, az édesanya az, aki kilenc hónapon át él egy testben gyermekével, és a születést követő első években is ő tudja jobban megadni mindazt, amire gyermekének szüksége van. Mivel az édesanya egész nap ott van a gyermekkel, hamar megtanulja a csecsemő minden rezdülését, így ki tudja elégíteni annak szükségleteit, kéréseit. Ebből adódik, hogy a gyermek számára az anya jelenti az elsődleges kötődési személyt, ő teremti meg az az első három évben a gyermek számára a biztonságot, ami a további években a fejlődését megfelelő útra tereli.

Ám nagyon fontos az is, hogy ha egy apró láncszem hiányzik a gépezetből, azt időben és a megfelelő módszerrel pótoljuk, különben egy egész életen át tartó hiány keletkezhet a gyermeknél.

2. Témaválasztásom indoklása

Megfigyelhető, hogy a gyerekek fejlődésében elakadások, zavarok keletkeznek. Ebben szerepet játszhat az is, hogy a szülőket is számos stresszhatás éri, ami a gyereknevelésre is hat, így befolyásolhatja a gyermek fejlődését.

Szakmai érdeklődéssel fordulok afelé a kérdés felé, hogy a gyermek fejlődésében mi okozhat megtorpanást, elakadást vagy későbbi zavarokat.

A szülők állandó megterheltsége és anyagi harcaik, valamint a mindennapi rohanás miatt gyakran elfeledkezünk az egymás iránti szeretetről és figyelemről. Ezért nem meglepő, hogy egyre nő a kereslet a gyógypedagógusok és pedagógiai asszisztensek iránt, akik segíthetnek ezen a területen, legyen szó akár bölcsődékről, óvodákról vagy iskolákról.

De ahhoz, hogy megértsük valójában mi okozza a fejlődési elakadásokat gyermekkorban, mélyebben szükséges megismerkedni a témával. *„A koragyermekkori fejlődés a társadalmi és gazdasági fejlődés egyik alapja, mivel a ma egészséges gyermekein alapul majd a jövő sikeres, kiszámítható és fenntartható társadalma. A tartós testi és mentális egészség, valamint a jó kognitív képességek, az érzelmi jóllét és a szociális kompetenciák együttesen építik fel egy sikeres felnőtt életét”* (Danis és mtsai, 2011: 29. oldal).

Dolgozatom célja, hogy feltérképezze az elakadási problémák háttérében álló okokat, áttekintse a korai életkorban előforduló zavarokat, a csecsemőkorban észlelt mozgászavartól egészen a kisiskoláskori tanulási nehézségekig.

3. Az anya-gyermek kapcsolat általánosságban

A XXI. században az anya-gyermek kapcsolatot óriási érdeklődés veszi körül. Rengeteg könyv és írás jelenik meg manapság, a „Hogyan váljunk jó szülővé?” témában. A social media felületein egyre több csoport alakul, hogy támogassa a szülővé válást. A leendő édesanyák igénylik az anya-gyermek kapcsolatról szóló információkat. Magam is tapasztalom a kismamák körében, hogy egyre több információval rendelkeznek a szüléssel és szoptatással kapcsolatban, mint mondjuk 10 évvel ezelőtt. *„A szülő és gyermek között szövődő kapcsolat egy egész életen át tartó ismerkedés, tanulás összehangolódás folyamata. A kapcsolódás már az anyaméhben megkezdődik és a szülés után folytatódik”* (Hajtó, 2014: 390. oldal).

A XX. században a kötődés szó helyett még a ragaszkodást használták. Ez a Freud által alkotott elméletnek volt köszönhető, hiszen Freud azt mondta elméletében, hogy az anya-gyermek kapcsolat abból ered, hogy a csecsemő, mint „magatehetetlen lény” rá van utalva anyjára, és csak azért van szüksége rá. Az elmélet úgy tartotta, hogy a gyermek számára elsődlegesen alapvető szükségleteinek kielégítése fontos, és az anyai közelség csak másodlagos testi és lelki fejlődéséhez (József, 2012).

Ezt a tézist Harry Harlow majomkísérletei cáfolták meg a '60-as években. A kísérlet célja az volt, hogy egyrészt igazolja a korai kötődés fontosságát és annak befolyását a gyermek későbbi életére, másrészt pedig annak bizonyítása, hogy a csecsemők ragaszkodása nem kizárólag a táplálkozással van összefüggésben, hanem más szempontok is szerepet játszanak benne. A műanyán nevelt majmok felnőtt korukban agresszív és nyugtalan viselkedést mutattak, nem tudtak beilleszkedni és társaikkal együtt élni, míg azok a társaik, akik anyjuk mellett nőttek fel, felnőtt korukban teljes életet tudtak élni, együtt társaikkal (Mérei, 1993).

Ez alapján megállapíthatjuk, hogy a fejlődésben fontos szerepe van ugyan a szükségletek kielégítésének, de a kötődés, a szeretet és az anyai példamutatás kiemelkedő jelentőséggel bír. Az anya-gyermek kapcsolatban a kötődésen kívül fontos említést tenni az egymásra utaltság fogalmáról is.

A gyermekeknek alapvetően szüksége van édesanyjára, aki minden nap ellátja, biztonságot nyújt neki, törődik vele és szereti. A kisgyermeknek sokáig az anyja nyújtja a legfontosabb és

egyetlen szoros kapcsolatot, így természetesen hozzá ragaszkodik a legjobban. Az anyának is ugyanilyen fontos ez a kapcsolat, hiszen örömmel tölti el, amikor a csecsemőt gondozza, tanítja és napról napra látja gyermekén a fejlődést. Kimondhatjuk tehát, hogy az anya-gyermek kapcsolatban, mindkét fél ad is és kap is. Ha ebben a kapcsolatban akár csak egy apró változás is történik, az súlyos következményekkel járhat az egyén fejlődését tekintve, hiszen a modern kutatásoknak köszönhetően, biológiailag és pszichológiailag is bizonyítható tény, hogy az anya-gyermek kapcsolat alakulása nagyban befolyásolja kapcsolatainkat, empátikus készségünket és egészségünket is a további életünkben (Mérei, 1993).

4. Az anya-gyermek kapcsolat régen

A XVII. században a család már valamennyire eltér a középkori családformától, de még itt is követi azt a társadalmi rendet, amelyben az apa a döntéshozó. Ebben a korban a gyermekekkel sokat nem törődnek, sőt jelenléte szinte zavaró a családban. Egy csecsemő elviselhetetlen teher volt, különösképpen a férjnek, aki úgy érezte a gyermek által ő kevesebb figyelmet és törődést kap asszonyától. Ez okból a feleség is teherként élte meg gyermek születését és sokszor előfordult, hogy az újszülöttet megölték, vagy magára hagyták. A gyermek elhagyásának többnyire gazdasági és társadalmi okai voltak (Aggné P. és mtsai, 2014).

Egy másik példája az elutasításnak, hogy az anya nem szoptatja a csecsemőt vagy a család fizetett dajkához adja gondozásba gyermekét. E példákon keresztül láthatjuk, hogy ebben a korban sem jelentett sokat egy gyermek, nem volt helyettesíthetetlen, és főként nem volt értékes a szülők számára. Ennek a ténynek egyik oka lehet az is, hogy a XVIII. századig nagy volt a gyermekhalandóság, így az anyák önvédelemből nem kötődtek gyermekükhöz, mert esetleg, amikor elveszítették a kisdedet, kevésbé szenvedtek hiányától és könnyebben tovább tudtak lépni. A XVIII. században a gyermek nevelésnek három jellegzetes formája volt: a dajkához adás, a hazatérés és az intézetbe vagy zárdába adás. Így a gyermek, nem töltött együtt huzamosabb időt családjával, nem törődtek vele, ezáltal érzelmileg sem tudott kötődni senkihez, magányos lett érzelmileg és erkölcsileg egyaránt. Amikor a szülők a gyermeküket dajkaságba adták, nem feltétlenül voltak tisztában azzal, hogy gyermeküknek milyen körülmények között kell majd élnie. A dajkák a gondozásba vett gyermeket szabálytalan időközönként táplálták, éppen mikor kedvükre volt. A rendszertelen táplálkozásból később súlyos betegségek is kialakulhattak. A rossz tápláláshoz hozzáadódott az ópiumszirup, az ópiumkivonatok, és a pálinka rendszeres alkalmazása is, melyeket a dajkák azért adtak a

gyermeknek, hogy elaltassák, vagy megnyugtassák őket. A dajkák sokszor túl nagy adagot adtak a gyermeknek, aki belehalt ebbe. A gyerekek átlagosan 4-5 évet töltöttek a dajkájukkal. Ez idő alatt a szülők ritkán látogatták meg gyermeküket és csak hosszú időközönként érdeklődtek a gyermekek hogylétéről (Aggné P. és mtsai, 2014).

A XVIII. század utolsó harmadában új értékek és erkölcs jelent meg a gyermeknevelés kapcsán. 1760 után megjelentek az újszerű gondolkodásformát bemutató kiadványok, melyek szerint az anyáknak személyesen kellett foglalkozniuk gyermekükkel, továbbá a kiadvány kötelezően írta elő a szoptatást az édesanyáknak. A korszak új parancsa az újszülött gyermekek életben tartása volt, amelyhez elsősorban az édesanyák szemléletváltására volt szükség. Az anyák újból felismerték az anyaság érzését, a szeretetet és a törődést, gyermekük egészséges fejlődését. A XVIII. század végére kialakult tehát egy új anyakép, amelyben a csecsemő az anyai figyelem elsődleges és kivételezett tárgyává vált. Az édesanya áldozatokat hozott gyermeke életben maradásáért és minél teljesebb életéért. Az anyai viselkedés első szembetűnő változása volt, hogy az édesanyák igényelték azt, hogy gyermeküket mások kizárásával, egyedül táplálhassák. Lassan teret nyert az a gondolat is, miszerint az anyai szeretet és törődés nélkülözhetetlen dolog a csecsemő életében és jóllétében. A XVIII. század végén megkezdődött a csecsemők megszabadítása a szoros „kötéstől”, amely lehetővé tette, hogy a gyermek közelebb kerülhessen édesanyjához. A pólyától megszabadított gyermek könnyedén belekapaszkodhatott, megérintette és megismerhette édesanyját, amely elősegítette a közös játékok kialakulását is anya gyermek között. A modern gondolkodású anya már terhessége idején is odafigyelt táplálkozására, amelyet gyermeke megszületése után is követett, hiszen tudta, hogy ez hatással van gyermeke egészségére és jó közérzetére egyaránt. Fontos volt a modern anya számára a higiénia és a testmozgás is, így az édesanyák körében hamar elterjedt szokássá alakult a gyermek mindennapos fürdetése (Aggné P. és mtsai, 2014).

A XIX. századra a gyermek a család legfontosabb kincsévé vált, aki pótolhatatlan volt és nem lehetett helyettesíteni, akinek esetleges elvesztését szörnyű tragédiaként élte meg az anya és az apa egyaránt. Így a szülők számára az egyik legfontosabb tényező gyermekük egészsége lett. Ebben a században beszélhetünk először a nevelő anyáról is, mivel a kor ideológusai a következőképpen fogalmaztak: *„Az anyai szeretet nem merül ki abban, hogy az anya táplálja gyermekét: a jó nevelést is jelenti. Márpedig valódi nevelést csak az anya tud adni gyermeke számára”* (Battinder, 1999: 212. oldal).

A XX. századra valamennyire megváltozott ez az anyai kép, hiszen a nők egyre jobban érezték az anyai szerepük mellett női szerepüket is, így sokan már nem háztartásbeliek, hanem dolgozó

nők lettek. Ám még ennek ellenére a XX. századi édesanyák sokkal közelebb álltak gyermekeikhez és sokkal jobban aggódtak értük, mint elődeik (Aggné P. és mtsai, 2014).

5. A gyermek egészséges fejlődését befolyásoló tényezők

Az anya-gyermek kapcsolatot befolyásolhatják pozitív és negatív tényezők egyaránt. A kapcsolat kialakulásában nagyon sok tényező játszik szerepet, akár egymással párhuzamosan is, amire érdemes odafigyelni. Ezen a tényezők közül szeretném kiemelni, amelyeket a legrelevánsabbnak tartok az anya-gyermek kapcsolat kialakulásában. Többek között foglalkozom családi háttérrel, amelyet mind pozitív, mind negatív tekintetben elemzek. Majd a születés és a korai kötődés kialakulásával, továbbá a gondozás hatásairól a korai kapcsolat alakulásában, valamint néhány születést követő komplikációról. Egy gyermek egészséges testi és lelki fejlődéséhez nagyban hozzájárul, hogy a szülővel milyen kapcsolata volt kisgyermekkorában és fordítva, hogy a szülő, hogyan viszonyult gyermekéhez az első, meghatározó éveiben.

A következő részekben a pozitív hatásokat fogom elemezni.

5.1. Pozitív hatást kiváltó tényezők

A pozitív hatást kiváltó tényezők között elsőként a várt gyermek témájával foglalkozom, azon belül pedig az ideális családi körülményekkel, amelyek nem csak az anya-gyermek kapcsolatát befolyásolják, hanem a gyermek személyiség fejlődéséhez is nagyban hozzájárulnak.

Fontosnak tartom megemlíteni a szülés, születés körülményeit, amely a későbbiekben nagy hatással lehet a korai kötődés kialakulására. Továbbá az anyára helyezés, a rooming-in rendszer és a szoptatás fontosságát szeretném bemutatni.

Fontosnak tartom azt is, hogy említést tegyek az anya és gyermek között kialakuló interakciókról. Itt elsősorban a gondozási tevékenységek közbeni kapcsolatról esik szó.

5.1.1. A várt gyermek

Fontos szempont, ha gyermeket szeretne egy pár, hogy közös döntéssel határozzák el, és beszéljék meg, hogy mikor szülessen. Egy gyermek neveléséhez elengedhetetlen az egymás iránti elköteleződés valamint a felek felelősségvállalása. Egy harmonikus, jól működő kapcsolatba a pár együtt örül a gyermek érkezésének a hírének.

Az anya-gyermek kapcsolatát nagy mértékben befolyásolhatja, hogy kívánt vagy nem kívánt terhességből született-e a gyermek. Az is releváns a kisded fejlődése szempontjából, hogy az édesanya milyen érzelmi hullámvasúton megy keresztül az anyává válásig. Azt már több vizsgálat is bebizonyította, hogy a kevésbé stresszes, vagy a teljesen nyugodt, kiegyensúlyozott terhesség alatt, a leendő gyermek is sokkal nyugodtabb, és egy kiegyensúlyozott csecsemővé válik megszületése után. Az anya testében olyan tényezők is előidézhetnek kémiai változásokat, mint a gyermek iránti attitűdje, érzelmi állapota, az általa evett ételek és általános egészségi állapota. Ezek a hatások a méhlepényen keresztül jutnak el a magzathoz (Cole és Cole, 2006).

5.1.2. Ideális családi körülmények

Legfontosabb a gyermekvállaláskor, hogy a szülők együtt képzeljék el jövőjüket és leendő gyermekük felnevelését. Ehhez elengedhetetlen, hogy a szülők együtt éljenek, a gyermek születése előtt pedig képesek legyenek megteremteni az ideális hátteret, amely a gyermek felneveléséhez szükséges. Manapság megfigyelhető, hogy a gyermekvállalás egyre inkább kitolódik az anya harmincas évein túlra, mert biztos alapokat és egzisztenciát szeretne teremteni megszületendő gyermeke számára.

Elengedhetetlen, hogy miután a gyermek megszületett, közös döntésekkel és következetességgel neveljék a szülők. Fontos az egyetértés, hiszen a gyermek csak így tanulja meg tisztelni a szüleit, ha ők is tisztelik egymás döntését. Lényeges, hogy a szülők mindig szánjanak időt a gyermekekre és segítsék önállósodását. Nem szabad sürgetni a gyermek fejlődését, türelmesnek és megértőnek kell lenni vele szemben. Ideális családi körülmények között, a gyermek egy testileg és lelkiileg egészséges, kiegyensúlyozott felnőtté válik.

5.1.3. A szülési élmény pozitív tényezői

A szülés, amikor világra hozza a gyermekét, a legmagasztosabb élmény egy nő életében. A szülés élménye egy anya számára lehet gyógyító, erőt adó hatású, de ennek ellenkezője - kárt okozó dolog is.

Egy gyermek világrajövetelét átélheti az anya passzívan, elszenvedett kudarcként, de kikerülhet belőle érzelmileg és testileg hihetetlenül megerősödve is. Ez az élmény attól függ, hogy a szülés közben az anya megkapott-e minden olyanfajta támogatást, amire neki leginkább szüksége volt. Fontos meghatározója a szülésélménynek az is, hogy a kismama megkapja a kellő figyelmet a családjától, párjától. Hozzájárul a pozitív élmény elkönnyüléséhez, hogy a leendő édesanya a kellő módon legyen informálva a szülés közben zajló „eseményekről”, teendőkről.

Fontos, hogy akik részt vesznek a vajúdo kismama mellett, ők a kellő módon bátorítsák, biztassák, támaszt adjanak neki (Leff, 2010).

A kórházak szülészeti részlegei már országszerte átalakultak, és lassan mindenhol lehetőség van család barát szülészetek felkeresésére. Meghatározó tényező, hogy az édesapa jelen van a születésnél. Ez már a legtöbb egészségügyi intézményben teljesen természetes. A szülészeti osztályokon megfigyelhető változás - ahogy a nyugati országokban – egyre inkább a természetes szülésnek ad teret. A szülésznőknek jelentős szerepük van a szülés során. Ezek mind olyan intézkedések, amelyek emberségessé és pozitív élménnyé teszik a szülést a kismamának, ami meghittebbé és szorosabbá tudja tenni az anya-gyermek közötti kapcsolatot, ami a későbbiekben hozzájárul az egészséges személyiség kialakulásához (Másállapot, 2019).

5.1.4. A korai kötődés kialakítás

A kötődés erős érzelmi kapcsolatot jelent, amely a kisgyermek és szülei között jön létre és lehetővé teszi, hogy a gyermek megtapasztalja a szeretetet, a bizalmat és a biztonság érzését. Ezek az érzelmek segítik később a gyermeket sikeressé válni felnőttkorában (József, 2009).

Mivel a kötődés már az első pillanattól nagy jelentőséggel bír az anya-gyermek kapcsolatban, fontos, hogy már az első perctől együtt legyen anya a gyermekével. Ezek mind-mind olyan jelentős pillanatok, amelyek örökre nyomot hagynak mind az anya és mind a gyermek lelkében. Kutatások megállapították, hogy a jól működő anya-gyermek kapcsolat hatással van a gyermek testi és lelki fejlődésére egyaránt. A kisgyermek fejlődése kötődéseken alapul. Az erős érzelmi kapcsolat elengedhetetlen ahhoz, hogy a gyermek egyenletesen és kiegyensúlyozottan

fejlődjön. Hosszabb távon ez segíti a bizalom, a biztonságérzet és az egészséges önértékelés kialakulását a gyermekben (Valliéres, 2012).

5.1.5. Anyára helyezés

A szülész orvosok az évek múlásával rájöttek, hogy a születés után az újszülött anyára helyezése pozitívan befolyásolja az anya-gyermek kapcsolat alakulását. Az anyára helyezés mind a gyermeket, mind az anyát megnyugtatja az órákig tartó megpróbáltatások után.

Amikor a gyermek megszületik, az orvos vagy a szülésznő egyből az anya hasára helyezik a gyermeket. A gyermekben ez azonnali megnyugvást jelent, hiszen biztonságban érzi magát, bőr a bőrrel érintkezik, ami egy láthatatlan, örökre összekötő kapocs lesz anya és gyermeke között. Az anyára helyezéskor az újszülöttet az orvosok hasra fordítva fektetik rá az anya hasára. A hasra fektetésnek több oka is van. Elsőként, mivel ez egy ismerős testhelyzet, így a baba sokkal komfortosabban érzi magát és nem ijed meg az új testhelyzettől. A hasra fektetés, lehetővé teszi a gyermeknek, hogy a saját tempójában egyenesedjen ki és nyújtsa ki végtagjait. Az is egy fontos szempont, hogy így az orvosoknak könnyebb figyelemmel kísérni az újszülött csecsemő légzését is. Ahogy a gyermek egyre nagyobb biztonságban érzi magát anyja hasán, lassacskán kiegyenesíti kezeit, mintha simogatná édesanyját, ez után pedig sorban a lábait is kinyújtja (Frederick, 1994).

5.1.6. A szoptatás

Számos előnyét ismerjük a szoptatásnak. Napjaikban egyre nagyobb teret kap az igény szerinti szoptatás, amely 100%-ban a baba igényeihez alkalmazkodik. Nem könnyű feladat, de összességében a szoptatást sokkal nagyobb sikerre viszi és ezáltal akár az anya tovább is tudja szoptatni a gyermekét, mint az időre szoptatásnál. Az anya lesz az elsőszámú és biztonságot nyújtó menedék a kisgyermek számára. Emellett még számos pozitív hatása van a szoptatásnak. Azok az anyák, akik szoptatnak, nyugodtabbak és magabiztosabbak, míg a nem szoptató anyák körében gyakoribbak a terhesség utáni depresszió jelei (Vida, 2011).

Különösen jótékony hatása van a szoptatásnak egy nehéz szociális helyzetben lévő anyának. A szoptató anyáknál kevesebb az esély az érzelmi elhanyagolásra, illetve a bántalmazásra.

A szoptatás az anyára is pozitív hatást gyakorol. Az anyák fiziológiai működésére és viselkedésére a szoptatás alatt felszabaduló oxitocin, prolaktin és kolekisztokinin hatással van. Az oxitocin a hypothalamusból szabadul föl a bőrkontaktus és a szopás hatására. A szoptatás alatti oxitocinfelszabadulás hatására lövell ki a tej a mell myoepitheliális sejteinek hozzájárulásával, és ezáltal lehetővé válik, hogy a kisbaba tejhez jusson, hat az anya központi idegrendszerére is élettani és magatartásbeli változásokat eredményezve. Az oxitocinnak effektív anti-stressz hatása is van az anyákra nézve. A prolaktin az agyalapi mirigyből szabadul föl mellbimbóingerlés következtében, mint például, ami a szoptatásnál létre jön. A prolaktin a tejtermelést segíti elő, és úgy gondolják, hogy a központi idegrendszerre is hatva elősegíti az anyai viselkedést. Állatkísérletekben fájdalomcsillapító és stresszválaszt csökkentő hatása is volt, és ezért azt feltételezik, hogy az emberben is hasonló tüneteket vált ki. A kolekisztokinin a kisbabákban szabadul föl a szopás hatására, de a szoptatás alatt az anya bélrendszerében is termelődik. A kolekisztokininről feltételezik, hogy elősegíti az anyai viselkedést, és - akárcsak a kisbabákra - az anyákra is ellazító és fájdalomcsillapító hatással van. Az oxitocin, a prolaktin és a kolekisztokinin szinergisztikusan hatnak az anyákban. A szoptatás hormonális és egyéb hatásai befolyásolják az anya fiziológiáját és viselkedését. A szoptató anyák vérnyomása alacsonyabb, és kevésbé reagálnak az emocionális és fizikai stresszre, mint a nemszoptató anyák, illetve „relaxációs válasz” mutatható ki az agyukban szoptatás közben. A higgadtabb anyák hatásosabban képesek a kisbabáikra reagálni, vagyis nem meglepőek azok a kutatási eredmények, amik azt állítják, hogy a szoptató anyák szociálisan interaktívabbak a babáikkal, nagyobb a reakciókészségük és odaadóbbak, mint a nemszoptató anyák. A szoptató anyáknak a gyermekeik felé mutatott megnövekedett válaszkészsége lehet a fentebb leírt hormonális hatások foganata, de a szoptatással járó szoros testkontaktus is hozzájárulhat. A szoptatás az anya és a gyerek közti sorozatos és szoros testközelséggel jár, és egyes kutatók azt találták, hogy a szoptató anyák jobban keresik a gyermekeik közelségét. A szoptatás az anya és a gyerek közötti bőr-bőrkontaktussal jár, ami szintén növeli az anya szándékát arra, hogy a kisbabájával legyen, és az érzékenységet is a baba felé. A kutatások azt feltételezik, minél többet van együtt anya és kisbaba, annál inkább mutat az anya válaszkész gondoskodást, és annál biztosabban kötődik a gyermek (Dribble, 2006).

5.1.7. A gondozás hatása

Egy anyának mindig a gyermek igényeit kell szem előtt tartania és arra fókuszálni, hogy ezeket az igényeket a lehető leghatásosabb módon kielégítse. Csecsemőkorban fontos a meghitt, szeretetteljes környezet kialakítása, ami a biztonságot nyújtja a gyermeknek. Lényeges az is, hogy az édesanya türelmesen és nyugodtan reagáljon gyermeke szükségleteire. A meghitt összebújások, ölelések mind-mind erősítik az anya-gyermek kapcsolat kialakulását és hozzájárulnak az egészséges személyiség kialakulásához. A gyermekeknek szükségük van a rendszerességre, hiszen ez egy biztos pontot ad nekik, nem csak otthon, hanem az intézmények falai között is. Legjobb, ha a szülő minél előbb próbál egy napirendet kialakítani a kisgyermek életében, ami nagyban segíti a személyisége egészséges fejlődésében. A szokások kialakítása elengedhetetlen feltétele a kiegyensúlyozott testi-lelki fejlődésüknek (Pikler és mtsai, 1972).

A nagyjából azonos időben történő cselekvések sorozata (reggeli, tízórai, ebéd, alvás, uzsonna, játék, fürdés, altatás) növeli a gyermekben a biztonságérzetet. A gyermeknek szüksége van az életkorához illeszkedő és igényeinek megfelelő mennyiségű alváshoz, hiszen alvás közben termeli szervezetünk a növekedési hormonokat, valamint elősegíti az idegrendszer és az emlékezet fejlődését is. Amennyiben a megfelelő mennyiségű és minőségű alvás hiányzik a gyermek életében, annak akár komoly következményei is lehetnek, ilyen pl.: figyelemzavar, hangulatingadozás (Valliéres, 2012).

5.2. Negatív hatást kiváltó tényezők

A negatív hatást kiváltó tényezők között áttekintem a családi körülményeket, érintem a nem várt gyermek témáját. Foglalkozom a nem megfelelő családi körülményekkel és ennek negatív hatásaival.

Negatív hatásként említem meg a szülést követő leggyakoribb komplikációkat, amelyek akadályozhatják és befolyásolhatják az egyén egészséges testi, lelki fejlődését. Szót ejtek a koraszülöttségről, a szülés utáni depresszióról, az érzelmi elhanyagolásról – amiről azt gondolom, hogy napjaikban sajnos egyre gyakoribb – a hospitalizmusról és az ingerszegény környezetről.

5.2.1. A nem kívánt terhesség

Modern kutatások becslései szerint minden harmadik gyermek nem kívánt terhességből jön a világra. Az újabb kutatások a gyermekek születés előtti élet idejének élményvilágáról lehetővé teszik, hogy belelássunk a nem kívánt gyermekek pszichés állapotába. Azok a gyermekek, akik nem kívánt terhességből születnek, sokkalta nagyobb részben ki vannak téve születésük után a szüleik elhanyagolásának és erőszaknak.

„A magzatra az érzékeire közvetlenül ható ingereken kívül az anya testi, társas és pszichológiai állapota is hatással van. Ezek a hatások az anyában bekövetkező változások folytán a méhlepényen keresztül jutnak el a magzathoz. Az anya testében olyan tényezők is előidézhetnek kémiai változásokat, mint a gyermek iránti attitűdje, érzelmi állapota, az általa evett ételek és általános egészségi állapota. (Cole és Cole, 2006: 114. oldal).

Az anya depresszív, stresszes állapota is befolyásolhatja a magzat fejlődését. Azok az édesanyák, akiknél a depresszív állapot huzamosabb időn keresztül fennáll, az ő megszületendő gyermekeik nagyobb eséllyel fognak valamilyen magatartás- vagy pszichés zavarban szenvedni. Az ilyen csecsemőkre jellemző még, hogy rossz alvók, sokat sírnak, nehezen lehet őket megnyugtatni, illetve apatikusak. Sajnos a szülőknél még gyakori, hogy nem szeretik eléggé, vagy nem tudják jól szeretni gyermeküket, amelynek okai sokrétűek. Az ok gyakran a társadalom részvétlensége, érzéketlensége a gyermekek és a gyermekek iránt, másszor pedig a szülők saját gyermekkori szenvedéseiket látják gyermekükben visszatükröződni (Hidas és mtsai, 2005).

5.2.2. A nem megfelelő családi körülmények hatásai

Napjainkban egyre inkább megfigyelhető, hogy a gyermek nem megfelelően működő családmódelbe születik bele. Leggyakoribb eset, hogy a fiatal szülők túl tapasztalatlanok és még nincsenek felkészülve egy gyermek megszületésére, mégis gyermekük születik. Ilyenkor az a tapasztalat, hogy a leendő gyermek szülei nem maradnak együtt, így a gyermek már egy egyszülős családmódelbe születik bele és az esetek többségében abban is nő fel. Ez negatív hatást gyakorolhat a gyermek fejlődésére. Egyrészt nem látja mindkét nemből a „jó” mintát, valamint a későbbiekben a kortársaitól súlyos bírálatokat kaphat családjá miatt, amely lelkieken is megviselhetik. Számos olyan negatív hatás van egy gyermek életében, amelyek nagy mértékben befolyásolhatják testi és lelki fejlődését. Fontos említést tenni a mentálisan

sérülékeny családok gyermekeiről. Az ő esetükben egy meghatározó dolog tud lenni a reziliencia (rugalmas ellenállási képesség) hiánya. Természetesen nem csak mentális betegségekről beszélhetünk. Beszélhetünk még tartósan beteg szülőről, bizonytalan anyagi helyzetről vagy munkanélküliségről. Ezek mind-mind olyan tényezők, amelyek meghatározhatják egy gyermek pszichés és mentális egészségét. *„A pszichés rugalmasság, hajlékonyság olyan alapvető képesség, melynek birtokában az egyén, adott esetben a gyermek egészséges marad, még olyan körülmények között is, ahol egy vagy több tényező fenyegeti a harmonikus pszichés fejlődés optimális folyamatát”* (F. Lassú és mtsai, 2021:179. oldal).

Az ilyen esetekben kulcsszerepe lehet egy pedagógusnak, vagy egy olyan támogató környezetnek (pl.: osztálytársak, barátok), ahol a gyermek megkapja a megfelelő odafigyelést és támogatást.

5.2.3. Koraszülöttség és a kis születési súly

A koraszülés a WHO definíciója szerint a 37. gesztációs hét előtti szülést jelenti, melynek során az édesanya élő magzatot hoz napvilágra. A legutóbbi felosztás megkülönböztet extrém (28. hét előtti), igen korai (28-32. hét közötti), valamint kései (32. hét utáni) koraszülöttséget.

Az Egészségügyi Világszervezet 1962-ben kiadott meghatározása alapján a koraszülött gyermekek körében három súlykategóriát különböztetünk meg:

1. *Extrém kis súlyú – 1000 gramm alatt született babák.*
2. *Igen kis súlyú – ide az 1000-1499 gramm között születetteket sorolják, és*
3. *Kis súlyú – az 1500-2499 gramm között születetteket sorolják.*

A terhességnek ebben a szakaszában megszületett magzatok nem érettek, más szóval koraszülöttek, de ennek ellenére általában életképesek, és megfelelő gondozással annál inkább felnevelhetőek, minél jobban megközelítik súlyuk egy érett újszülött testtömegét. Ma már azt is elmondhatjuk, hogy akár 450-500 grammal született újszülötteket is képes az orvostudomány megmenteni, ami régen elképzelhetetlen volt (Kereki és mtsai, 2020).

Néhány koraszülés spontán, tehát magától indul, de gyakran mesterségesen indítják meg előbb a szülést az orvosok, különféle okok miatt. A mesterségesen megindított koraszülések oka lehet az anya vagy a magzat rossz egészségi állapota, de okozhatja a magzat elégtelen növekedése is. A szülés megindulhat korábban traumák és testi megerőltetés hatására is. Még befolyásolhatják akár a rossz szociális körülmények, de az anya életkora is befolyásolhatja a szülés

megindulását. De a koraszülést még az anya kora – túl idős, túl fiatal- vagy azon nők, akiknek egymás után több terhességük is volt, valamint a dohányzás és a rossz egészségi állapot is befolyásolhatja (Cole és Cole, 2006).

A koraszülöttek számos fertőzésnek és veszélynek vannak kitéve. Mivel még egy éretlen szervezetről beszélünk, igen gyakori az agyvérzés, a krónikus tüdőbetegség és a látássérülés, így az ő esetükben gyakran kell számolni a nem optimális fejlődéssel. Az éretlenség foka, valamint a születési súly is befolyással van a fejlődésük kimenetelére. A koraszülöttek esetében nagyobb esély van az idegrendszeri és mozgásrendszeri lemaradásnak. Természetesen lehetnek védőfaktorok is. A koraszülés nem csak a magzatot, hanem az édesanyát is nagyon megviseli testileg és lelkileg, hiszen az éretlen, gyenge újszülött korántsem hasonlít arra az erős és egészséges gyermekre, akit az édesanya megálmodott a várakozás időszakában. A gyermek születése után még annyira gyenge, hogy a korai anya-gyermek kötődés is később indulhat meg. Az anyát akár lelkiismeret furdalás is gyötörheti és hibáztatni kezdi önmagát, hogy ő okozta a koraszülést (Kereki és mtsai, 2020).

A koraszülötteknek is minél előbb szükségük van arra, hogy érezzék édesanyjuk törődését, szeretetét, és ezáltal a biztonságot is. Amint az újszülött elég erőssé válik ahhoz, hogy kiemeljék az inkubátorból, az anya az érintés melegét és a csecsemő által jól ismert szívverést úgy biztosítja gyermeke számára, hogy mellkasára helyezi őt, ezzel erősítve az anya-gyermek kapcsolatot, a törődés és a biztonság érzését számára. Bizonyított tény az is, hogy a koraszülöttek gondozásában való aktív szülői részvétel kapcsolatba hozható a kis súlyú gyermekek gyorsabb gyarapodásával és fejlődésével (Leff, 2010).

Koraszülötteknél különösen nagy hangsúlyt fektetnek a gyermek fejlődésének az utánkövetésére. Ez többek között lehetőséget adhat a korai felismerésre és ezáltal az adott gyermek számára a megfelelő mozgásterápia vagy egyéb fejlesztés testre szabására. Több szakirodalom is megemlíti a szülőkkel való szoros kapcsolattartás fontosságát, hiszen a folyamatos „*monitorozás*” által sikeresebb lehet a terápia. Szakemberek fontosnak tartják az első két év utáni, azaz az óvodás és esetlegesen az iskoláskori utánkövetést is. Ez szélesebb spektrumú képet adhat a gyermek szociális fejlődéséről, a kognitív fejlődéséről is. A koraszülötteknél, az időre született gyerekekhez viszonyítva lényegesen gyakrabban fordulnak elő idegrendszeri károsodásból következő súlyos fejlődési zavarok (Medlock és mtsai, 2011).

A koraszülés mellett még fontos, hogy kitérjünk az alacsony súllyal született csecsemőkre is. Azok a csecsemők esetében, akik 2500 grammnál kisebb súllyal jönnek a világra, az ő esetükben beszél az irodalom arról, hogy az ő fejlődésük is veszélyeztetve van – akár koraszülöttek, akár nem. A kis születési súlyt, azaz a magzat normális növekedésének

visszamaradását számos ok befolyásolhatja, ikerszülés, köldökszínór rendellenességek, teratogén anyagok használata, kromoszóma rendellenesség, méhen belüli fertőzések, a méhlepény degenerációja is. A kis születési súllyal született csecsemők esetében számos vizsgálat kimutatta a későbbiekben tapasztalt értelmi képességek lemaradását (Cole és Cole, 2006).

5.2.4. A baby blues és a szülés utáni depresszió hatásai

Egy gyermek világrahozatala heves érzelmeket kiváltó, rendkívüli és megrázó tapasztalat egy nő számára. A szülést követően az anya fáradtnak, ingerlékenynek és magányosnak érezheti magát, mivel ilyenkor mindenki a csecsemőre figyel elsősorban és az anya kissé háttérbe szorul az új családtag mellett.

A baby blues a szülést követően harmadik és tizedik nap között fellépő átmeneti hangulatingadozás az édesanyánál. A baby blues nem tekinthető betegségnek, hiszen az állapotot a hormonok szintjének hirtelen lezuhanása okozza. A baby blues nem azonos a szülés utáni (*postpartum*) depresszióval, hiszen ez jóval gyakoribb és enyhébb lefolyású annál. Azonban a tünetek sokszor összetéveszthetők a szülés utáni depresszió tüneteivel, amik többek között az ingerlékenység, a gyakori sírás, a szorongás, a levertség, a fáradtság, a túlzott érzékenység, az aggodalmaskodás és az álmatlanság. A különbség az, hogy a baby blues átmeneti rövid ideig tartó állapot és a tünetek néhány nap alatt, spontán megszűnnek, míg a depresszió egy jóval tovább fennálló betegség. A depresszióknak és a baby bluesnak a kialakulása többnyire kétféle okra vezethető vissza. Az egyik biológiai ok, hiszen a szülés után hirtelen hormonszintváltozás, az ösztrogén és a progeszteron szint lecsökkenése okoz az anyában érzelmi labilitást. A kialakulás másik oka pszichológiai eredetű lehet, hiszen a várandós személyből hirtelen édesanyává alakul, ami megviseli a szülő mentális állapotát. Az édesanyák sokszor úgy érezhetik, hogy nem tudnak megfelelni környezetük és a baba elvárásainak, ezért nagyon érzékenyen reagálhatnak a környezetükben élők negatív megjegyzéseire, kritikáira. Ezek a kritikák olyan benyomást keltenek a friss édesanyában, hogy nem elég jó anyák, ezért nem tudnak megfelelni az új helyzetnek és feladatoknak (Hajós és Erős, 2011).

A baby blues-t és a szülés utáni depressziót nem mindig tudják időben diagnosztizálni, pedig ez elengedhetetlen lenne, mert jelentős részük befolyásolja az anya gyermek kapcsolat egészséges kialakulását, valamint a gyermek egészséges testi- és lelki fejlődését. Azonban a

nem kezelt *postpartum* depresszió kihat a családra és az újszülöttre is. Az anya a súlyos depresszió miatt nem reagál gyermeke szükségleteire. A *post partum* depresszióknak a rizikó tényezői a következők: császármetszés, elégtelen apa szerep, a házasságban fellépő problémák, a terhesség alatt fellépő szövődmények. A depresszióknak akár olyan súlyos következményei is lehetnek, mint az öngyilkosság vagy akár az anya saját gyermekének árt. A gyermekek és különösen a csecsemők érzékenyen tudnak reagálni szüleik érzelmi kitöréseire, változásaira. Érzik a bizonytalanságot, de érzékenyen reagálhatnak a rendszertelenségre is, aminek következtében a gyermekben állandósul a stressz. A depresszió korai fejlődési problémákat is előidézhet. A csecsemőfejlődése során magatartási és fejlődési zavarok is megmutatkozhatnak. Az érzelmi depriváció következtében a kifejező beszéd zavarai tapasztalhatók. Számos vizsgálat igazolta, hogy a depressziós szülők gyermekei többet sírnak, és kevesebb explorációs tevékenységet végeznek, és nem reagálnak megfelelően a szüleik szóbeli kommunikációjára. Ezért az ilyen esetekben döntő szerepe van a támogató környezetnek és társnak, valamint a korai felismerésnek és a megfelelő kezelésnek (Hajós és Erős, 2011).

5.2.5. Rejtett érzelmi elhanyagolás

Az anyával egy családban élő gyerekek érzelmi elsivárosodásának, közönyének, rossz kapcsolatkézségének oka legtöbbször a rejtett érzelmi elhanyagoltság, amelyet John Bolwby, angol pszichológus nevezett el így.

Kutatások kimutatták, hogy a rejtett érzelmi elhanyagolás elsősorban egy emocionális félreértés következménye anya és gyermeke között. Az anya-gyermek kapcsolat nem egyoldalú, tehát az anyának mindig van elvárása gyermeke iránt. (Például: időben álljon fel, megfelelően hízzon, elsőre nyugodjon meg, ha az anyja a karjaiba veszi.) A gyermek ritkán tud megfelelni ennek a fejlődési képnek, amelyet édesanyja megálmodott. Ennek hatására az anya egyre nyugtalanabb és türelmetlenebb lesz, egyre távolabb kerül érzelmileg gyermekétől, amire gyermeke daccal reagál, mivel neki is meglennének a maga elvárásai édesanyja felé. Ez által az egyik fél várakozása sem kap megerősítést, mindketten csalódnak, nyugtalanságot élnek át, ám ezek az érzések az anyában türelmetlenséggé, míg gyermekében daccá alakulnak át. A rejtett érzelmi elhanyagoltság eseteiben legtöbbször arról van szó, hogy bár az anya szereti gyermekét, de mégsem úgy ahogyan kellene. Ennek pedig a családban való kapcsolatok eltorzulása lesz a következménye. A rejtett érzelmi elhanyagoltság vizsgálatai arra figyelmeztetnek, hogy a gyermek harmonikus fejlődésének feltétele a kiegyensúlyozott anya-gyermek kapcsolat, a

gyermeknek ez adja azt az érzelmi-kötődési biztonságot, amely megvéd az elsivárosodástól és ezáltal alakul ki egy minta számára, amely az egyik feltétele lesz későbbi társkapcsolatai kialakulásának (Mérei, 1993).

A gyermekben nem alakul ki pozitív énkép, alacsony lesz az önértékelés, alacsony szinten marad az empátiás készsége, gyakori az apátia (közöny), nehezen motiválható, nehezen kommunikál társaival, beszédfejlődés és kognitív fejlődés retardációja is jellemezheti. Serdülőkorra ezek az átélt traumák súlyosbíthatják a gyermek lelki világát. Jellemző az önpusztító magatartásformák, az agresszió, a fejletlen társas kapcsolatok, visszahúzódó, bátortalan, szorongás jellemzi a kamaszkort (József, 2012).

5.2.6. Hospitalizmus és annak hatásai

A hospitalizmus olyan rendellenesség, amelyet az anyai gondozás hiánya okoz. Hatással van az értelmi színvonalra, a képességek kialakulására és az ennek tulajdonítható elmaradások a gyermek további életszakaszaiban is meghatározók lesznek (Mérei, 1993).

A hospitalizmus szó eredeti jelentése „kórházbetegség”. Ez abból alakult ki, hogy régen azoknál a gyerekeknél fordult elő, akiknek huzamosabb időt kórházban kellett tölteniük. Ám a betegség bárhol előfordulhat, ahol a gyermeknek hosszabb időt kell eltöltenie (például: bölcsőde, rendellenes családi környezet) az édesanya törődése nélkül. R. Spitz vizsgálatai a hospitalizmusról egybehangzóan igazolják azt, hogy az első néhány életévben anya nélkül nevelt gyermekek fejlődése meglassúbbodik, esetleg elakad, amely gyakran súlyos, helyrehozhatatlan zavarokhoz vezet.

A hospitalizmusnak két fajtáját különböztethetjük el. Első fajtája a súlyos hospitalizmus, amely több intő jellel is jár, amelyeket olykor nem is annyira veszünk észre. Ilyen például, hogy a hospitalizált gyermek általában csendes és nem figyel környezetére, nem mosolyog és nem keresi a kontaktust másokkal. Ha a felnőtt odamegy hozzá, felveszi, beszél hozzá, nem reagál rá semmit a gyermek, mintha közömbös lenne számára. Ezzel magyarázható az is, hogy a hospitalizált gyermekek feltűnően keveset sírnak. Az ilyen gyermekekre jellemző a mozgásszegény élet, és ez az évek múlásával sem változik. Ha mégis mozog, akkor azt nem valamilyen céllal teszi, hanem egyhangú mozgásokkal tölti idejét. További tünete a hospitalizációnak, hogy a gyermekek testileg is rossz állapotban vannak, étvágytalanok, sápadtak, gyakran van hasmenésük stb., ez által távolról sem hasonlítanak egészséges társaikhoz. A súlyos hospitalizmusnak az utolsó szembetűnő tünete a nagyfokú szellemi,

értelmi elmaradás és a teljes érzelmi elsivárosodás, amely talán a rendellenesség legsúlyosabb velejárója (Merei, 1993).

A hospitalizmus másik fajtája az enyhe hospitalizmus, ahol a tünetek nem együtt vannak jelen, így nagyon nehéz felismerni, hogy a hospitalizmussal állunk szemben. Az első ilyen tünet az önálló aktivitás hiánya, amely azt jelenti, hogy amikor a gyermek magára van hagyva, akkor nem érdeklődik a külvilág iránt, viszont amikor felnőttel van, képes aktivitásra, de csak addig, ameddig foglalkozik vele valaki. Tipikus hospitalizációs tünet a gyermek felnőttekhez való viszonyának zavara, amelynek három fajtáját különíthetjük el. Ezek közül az első, hogy a gyermek közömbös, teljesen mindegy neki, hogy kivel van, hogy ki látja el. Így a gyermek nem kötődik érzelmileg senkihez, így szociális és erkölcsi beilleszkedés terén is súlyos hiányosságai lehetnek későbbi fejlődése során. A másik a felnőttekhez való viszony zavar – lényege, hogy a hospitalizált gyermek mindenkihez nagyon közvetlen, ragaszkodó, szinte „ragad” minden idegenre. Ez a viselkedés arra utal, hogy a gyermek érzelmileg nagyon elhagyatott. A harmadik zavar éppen a második ellentétén alapul. Itt a gyermek minden felnőttől fél, tombol, ordít, ha idegen megy a közelébe és csak akkor nyugszik meg, ha a felnőtt leteszi kezéből és otthagyja. A hospitalizáció rejtett tünete lehet az egyes területeken megjelenő fejlődésbeli elmaradás – mozgásfejlődés, beszédfejlődés – amelyet azért nagyon nehéz észre venni, mert egyik gyermek sem fejlődik minden területen egyformán. Megvannak a különbségek gyermek és gyermek között. De mindenképpen gondolnunk kell a hospitalizációra, abban az esetben, ha a gyermek a fejlődés legtöbb, vagy minden területén visszamaradott és jellemzőek rá a kedélyállapot változások is. Az utolsó két tünet szorosan összefügg egymással, hiszen az egyik a kedvezményezőkeds hiánya, míg a másik az akaratszegénység. A kezdeményezőkeds hiánya azt jelenti, hogy a gyermek nem kezdeményez semmilyen tevékenységet. Ez a gyermek nem válogat a játékok közül, azzal a játszik, amit a felnőtt a kezébe ad. Ennek a gyermeknek nincsen egyéni érdeklődési köre sem, és nem fejlődött ki az egyéni ízlése sem. Ezzel összefüggően a hospitalizált gyermek akarat szegény, nem követel, nem tiltakozik, mindent elfogad úgy, ahogy van. E hiányosságok súlyosan veszélyeztetik a gyermek későbbi beilleszkedését a társadalomba, valamint jelleme kialakulását egyaránt (Pikler és mtsai, 1972).

5.2.7. Az Ingerszegény élettér következményei

Két bécsi pszichológusnő – L. Danzinger és L. Frankl vizsgálatában rájött, hogy a csecsemőkori stabil kapcsolat anya és gyermeke között – még nagyon kedvezőtlen feltételek között is – megóvjá a gyermeket a rendellenes fejlődés számos következményétől. A két nő kísérlete egy albániai kisvárosban zajlott, ahol fejlődési vizsgálatokat végeztek, majd a kapott eredményeket összehasonlították a bécsi gyermekek teljesítményével. A két pszichológusnő azért választotta az albán kisvárost, mert itt a gyermeknevelési körülmények teljesen eltértek az Európai szokástól. A csecsemők egy éves korukig lekötözve éltek fabölcsőben, egy sötét szobában, játékok nélkül. Ám ennek ellenére a gyermeket számos inger érte, mivel nagy családok éltek együtt, ráadásul édesanyja is mindig a bölcső közelében volt. A vizsgált csecsemők esetében tehát kettősség volt: egyfelől a tárgyi ingerek hiánya és a mozgás ritkasága, másfelől viszont a szociális ingerek gazdasága és az anya folytonos közelsége. A vizsgálatok során kiderült, hogy a lekötözött albániai kisgyerekek bécsi társaikhoz képest mozgásfejlődésben elmaradottabbak, ám a szociális kapcsolatkésztség szintjén nagymértékben meghaladták a Bécsben vizsgált gyerekeket. A vizsgálat során azt is megfigyelték, hogy amikor a lekötözött gyerekeket elengedték és valamilyen játékot adtak a kezébe, azonnal elkezdett vele manipulálni, tehát a mozgásfejlődésben a szoros pólya nem okozott behozhatatlan lemaradást (Mérei, 1993).

Ennek magyarázata az, hogy az anya végig ott van a gyermek életterében, ezáltal a súlyos akadályozottság ellenére is megmaradnak a gyermekben a cselekvés érzelmi indítékai, amely a tárgyi irányultságban is hamar megmutatkozik. Ezekből a vizsgálatokból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az anya jelenlétével létrejövő emocionális légkörben, a kedvezőtlen hatások ellenére is védettebbek lesznek a gyerekek (Mérei, 1993).

Szoros összefüggés van az öröklés, környezet, és a nevelés között. Elmondhatjuk, hogy a környezet a fejlődés forrása. A környezet hatalmas erővel bír a fejlődés alakításában. A gyermek a környezeti hatásokat aktívan fogadja be és dolgozza fel. A fejlődés forrása az is, hogy mennyire fejlett a környezet, meghatározza a gyermek személyiségfejlődésének szintjét. Az első életevek fejlődése jelentős késedelmet szenved, ha a gyermek ingerszegény, személytelen környezetben nevelkedik. A szeretetteljes gondoskodás hiányában a testi fejlődés is lelassul, a csecsemő fogékonyabb lesz a betegségekre és nehezebben is gyógyul meg.

A személyiségfejlődés kezdeti időszakában fontos szerepe van a játéknak, sőt Vekerdy Tamás szerint kb. 8-9 éves korig a gyermekeknek a játékon kívül semmi mást nem szabadna csinálni, hiszen valójában ezen keresztül ismerik meg a világot, tanulják meg a társadalmi együttélés szabályait. Kisgyermekkorban a gyerekek játécai intenzívek, színesek, gazdagok, fantáziadúsak, és ezek által fejlődik a gondolkodásuk, a kreativitásuk, a problémamegoldó képességük, gazdagodik a személyiségük. A szimbolikus játékok az élmények feldolgozásában

és megértésében is segítik a gyermeket, nem véletlen, hogy olyan fontos szerepe van a játékerápiának a traumatizált gyermekek gyógyítása során. A meséknek is kiemelkedő szerepe van a gyermek lelki fejlődése során, hiszen a gyermekeknek szánt történeteken keresztül a kicsit átélhetnek bizonyos élethelyzetekkel járó feszültségeket, majd a végén feloldódhatnak a katarzisban, így növekszik a feszültségtűrő képességük (Vekerdy, 2011).

6. Fejlődési elakadások és pszichés problémák gyermekkorban

6.1. A beszéd fejlődés és annak szakaszai

„A beszéd a gondolataink megformálásának, továbbításának és feldolgozásának az eszköze. Két nagy része van, amelyek egymással összefüggésben, illetőleg relatív önállóságban biztosítják a beszélést és a beszédmegértést. Az egyik a beszédprodukció, a másik a beszédfeldolgozás” (Gósy, 2000: 6. oldal).

A nyelvelsajátításban bizonyos életkoroknak különleges és kitüntetett szerepe van. Az anyanyelv elsajátítás időszaka is véges és az életkor szoros összefüggést mutat a tanulási folyamatokkal. Ha az agyat 6–7 éves korig nem éri nyelvi inger, lezárul az első biológiai sorompó, és ha az illető nem hallott emberi beszédet vagy nyelvet, a továbbiakban nem is lesz képes annak elsajátítására. A második biológiai sorompó lezárulásának időpontja a 10–13. életév. Ha ekkorra az agyat nem éri idegen nyelvi behatás, az illető csak nagy fáradtság árán és akcentussal sajátít el idegen nyelveket. A biológiai sorompó ugyanis a beszédszervek hajlékonyságával is összefügg. A beszédszervek hajlékonysága azt jelenti, hogy mennyire vagyunk képesek arra, hogy más nyelvek beszédhangjait, dallamát, ritmusát utánozni és produkálni tudjuk. Azonban a rendszer csak 10–13 éves korig marad rugalmas, onnantól az anyanyelvünk hangjaiból, dallamaiból, artikulációs bázisából dolgozunk, amikor idegen nyelven beszélünk. Ezért alakul ki az akcentus (Gósy, 2005).

A beszéd kialakulása során a kisgyerekek meg kell tanulnia a fonológiai összetevőket (a hangok felismerését, majd artikulációját), a szemantikai összetevőket (a szavak jelentését és használatukat), a morfológiai összetevőket (a nyelv strukturális összetevőit), a szintaktikai összetevőket (mondatstruktúrákat és mélyszerkezetüket), és a pragmatikát (a nyelv szociális interakcióban történő használatát). Az anyanyelv elsajátítása, a kommunikáció és a beszéd kialakulása folyamatos és ugrásszerű fejlődési menetekben zajlik, és egymást követő,

megfordíthatatlan fejlődési szakaszokhoz kötött. A szakaszok minden gyermekre jellemzőek - nem kötődnek földrajzi területekhez, nyelvekhez vagy kultúrákhoz – de, azok kezdete, tartama, módosulása egyénenként változó lehet (Gósy, 2005).

A kommunikáció már magzati korban megkezdődik. Az újszülött számos olyan készséggel rendelkezik, amely bizonyítottan nem a születést követő tapasztalatok eredménye, hanem az anyaméhben fejlődött és gyakorlódott be. Az anyaméh állandó színhelye az ingereknek és interakcióknak. A növekedő magzat szenzitíven válaszol az anya pszichés állapotára, az anyai beszéd néhány fizikai jellemzőjére (ritmus, rezgésszám, intenzitás, hangmagasság stb.). Az újszülött a hangtani történekekből elsőként pontosan ezeket a jellegzetességeket produkálja majd. Már meg tudja élni az érzelmeket csupán a beszéd intonációja útján, valamint azonosítja édesanyja hangját, még hozzá nemcsak passzívan befogadja az anyai beszéd jellegzetességeit, hanem gyakorolja is azokat a mozgásokat, melyek az újszülött korban a hangadáshoz elengedhetetlenek (Chamberlain, 1986).

A születés és az első életév között három területen jelentős a gyermek nyelvi fejlődése: a hangadásban, a beszédészlelésben, és az interakcióban (Crystal, 1991).

Az anyanyelv elsajátításában meghatározó szerepe van az anya-gyermek kapcsolatnak, amelyet a családtagok és a tágabb környezettel történő kommunikációs nyelvi viszonyok gyarapítanak. A nyelv fejlődése, a hangingerek értelmezése szoros kötelékben áll a nonverbális kommunikációval. A kommunikációt az állandó gyakorlás, tapasztalat és tanulás fejleszti, amely alakítja a csecsemő és az anya attitűdjét, alkalmazkodóképességét és nyelvi kompetenciáit. Az első hetekben a biológiai hangok uralják az újszülött hangadását, melyek közvetlen összefüggésben állnak a gyermek fizikai és lelki állapotával (Sugárné, 2001).

A kifejező sírást többnyire a második héttől hallat a csecsemő, ezzel a neki jelentős történekeket, hogylétét jelzi a környezete felé. Az üzenetváltás a 4-6. hét táján kibővül a „társasági” vagy szociális mosollyal, és ekkor kezdenek a babák gögicsélni a spontán érés eredményeképpen. Utána az akusztikai visszacsatolás, majd a környezetből érkező emberi hang váltja ki és készíti a további kísérletezéseket. Folyamatosan szemléli a felnőtt szájmozgását, igyekszik imitálni azt, és megállás nélkül gyakorolja a maga által keltett hangokat. A felnőtt idomul a gyermek nyelvi- és értelmi szintjéhez, és egyben figyelmét, nyelvi aktivitását is stimulálja. Az anya a csecsemő figyelmének irányát követi, apró cselekvéseit, mozdulatait kommentálja, célja, hogy valamilyen hangbeli vagy mozgásos reakciót érjen el (Gósy, 2005).

A 7-10. hónap körül megjelenik a gagyogás. A csecsemő a saját maga által kiadott hangokat ismételteti és duplázza, így egyre terjedelmesebb hangkapcsolatokat ejt ki. Az elején kevesebb hangot ugyanazon hangsorokban alkalmaz, ez a kettőzött gagyogás. Majd a hangsorok

átmennek kevert gagyogásba, és már nem hasonló szótagból álló hangsorokat produkál. Gyakori jelenség az úgynevezett párbeszédszerű gagyogás, amikor a felnőttel felváltva, mintegy beszélgetve gagyog. Ebben az időszakban az interakció társas keretének megteremtésével – a rámutatással, a szemkontaktussal, és a tárgyakhoz kapcsolódó beszéddel, a közösen megélt események kommentálása a felnőttek gazdag és támogató környezetet teremtenek a nyelv elsajátításához és a kétoldalú kommunikációhoz (Lengyel, 1981).

A 12–16 hónapos kor a passzív beszéd időszaka. Ezt gyorsan követi az első szó megjelenése. Ebben a periódusban a gagyogás és a kezdetleges beszéd egymás mellett vannak jelen. Az első szókezdemények formájukat tekintve a felnőttnyelv szavaihoz, funkciójukat tekintve pedig a felnőttnyelv mondataihoz kapcsolhatók. Az első év vége felé a gyermekek olyan szótag sorozatokat mondanak, melyek hangleadése (intonációja), hangsúlyozása anyanyelvük mondataira jellemzőek, de jelentéssel nem rendelkeznek, vagy csak egy-két értelmes, ismert szót tartalmaznak. Mivel ebben az időszakban a beszéd önmagában többnyire nem, csak a helyzet ismeretében érhető meg, ezért a jelenséget szituatív beszédnek is nevezzük (Lengyel, 1981).

Másfél-kétéves kor körül látványosan átalakul a gyermek beszédprodukciója, egyre gazdagabb és bonyolultabb módon kezdi használni a nyelvet. Látványosan megnő az aktív és a passzív szókincs egyaránt. A szófajok használatában a főnevek dominálnak, de megnő az igék és az egyéb szófajok száma is a kommunikációban. Megkezdődik az aktív szavak kombinációja, és így fokozatosan eljut a szómondatoktól az úgynevezett telegrafikus beszédhez, amely már a mondatszerű közlések előhírnöke. Megjelennek a különféle nyelvtani elemek, mint a toldalékok, névelők, igekötők. A gyermek egyre összetettebb szerkezetű, s egyidejűleg egyre komplexebb jelentésű nexusokat kifejező mondatokat bír felfogni és ő maga is alkalmazni. A különféle grammatikai részek használati szabályinak megismerése után saját maga munkálkodik azon, hogy megteremtse a helyes nyelvtani formákat (Gósy, 2005).

A gyermek nyelvhasználata óvodás korra folyamatos minőségi és mennyiségi fejlődésen megy keresztül, fonetikai/fonológiai, morfológiai, szintaktikai és pragmatikai szintjen. A távirati beszéd a harmadik életév végére normál esetben lényegében eltűnik. A toldalékrendszerek szinte teljes egészében kialakulnak. Az időviszonyok (múlt, jelen, jövő) megértése, egymáshoz való összeegyeztetésük és megformálásuk még nehézségekbe ütközik. A beszéd és az értelmi részfunkciók előrehaladásának köszönhetően a gyermek részére kiterjedő a hozzáférhető és elraktározható ismeretek mennyisége. Hároméves kor körül megjelennek beszédében az első összetett mondatok, és gyakoriakká válnak mondatfűzésben az és, hogy, mert kötőszók (Gósy, 2005).

Az óvodás kor jellemzője az ún. egocentrikus beszéd. A gyermekek hosszú monológokat, önmaguknak szóló hangos vagy motyogott kísérő, kommentárokat használnak tevékenykedés közben. Az egocentrikus beszéd óvodáskor végére, kisiskoláskor elejére megszűnik, pontosabban belső beszéddé, gondolkodásbeszéddé alakul át. A szituatív beszéd mellett megjelenik a kontextusos beszéd, és ettől kezdve a gyerek képes olyan elbeszéléseket alkotni, melyek a kívülálló hallgató számára is megérthetőek (Gósy, 2005).

6.1.2. A beszédfejlődési zavar és annak várható következményei

A kisgyerek a beszélő felnőtt környezetben, a felnőttek ösztönzése és példája nyomán sajátítja el a beszédet. Óvodás korra jelentősen megnő a beszédaktivitása, egyre inkább képessé válik a kontextusos beszédre, kezd egyszerű verseket megtanulni, és a fonémahallás kialakulásával a beszédhangok ejtése is nagy fejlődésen megy keresztül, egyre hibátlanabbá válik az artikulációja. Megfelelő körülmények között tehát a gyerek az óvodai évek során megtanul tisztán beszélni. (Illyés, 1976.)

Megkésett beszédfejlődésről akkor beszélhetünk, ha a beszédhez szükséges érési folyamatok zavart szenvednek. A megkésett beszédfejlődés a harmadik életévét betöltött gyermeknél figyelhető meg, és tüneteinek együttese a fejlődés különböző szakaszaiban, különböző területeken jelenik meg. A beszédfejlődési zavarok fontos ismérve az, hogy ép hallás és normális értelmi fejlődés mellett alakulnak ki. Mára már világos, hogy az olvasási zavarnál a legnagyobb problémát a fonémák gyenge megkülönböztetése jelenti. Így a gyerekek 5 éves korukban mért fonológiai készsége előre jelzi a későbbi olvasási előmenetelüket, és a fonológiai fejlesztés ennél fogva meggyorsíthatja az olvasástanulást. (Gondosné Szabó, 2012.)

A megkésett beszédfejlődés főbb tünetei:

1. Alacsony szókincs: a beszédfejlődés megreked az első szavak kimondása szintjén.
2. Beszédfélelem: beszédaktivitás hiánya.
3. A grammatizmus: a ragok, képzők helytelen alkalmazása vagy elhagyása.
4. Szavak csonkítása: szavak egyszerűsített, megrövidített formában való használata.
5. Szótagismétlés.
6. Makacs pöszeség: hosszú ideig egész hangsorra kiterjedő hibás ejtés.
7. Hadarás, dadogás (Illyés, 1976: 174. oldal)

A kisgyermek későbbi előmenetele szempontjából elengedhetetlen a beszédfejlődés problémáinak minél előbbi feltárása, és a korai részképesség fejlesztés elkezdése. Fontos megjegyezni, hogy a mozgásproblémás gyerekek minden esetben veszélyeztetetnek tekinthetők a beszédfejlődés szempontjából is, így a mozgásfejlődésbeli elmaradás is figyelmeztető jel lehet. A probléma felismerése eleinte sokszor nehézségekbe ütközik, a környezet, különösen az elfogult, vagy háritó szülők hajlamosak a tüneteket természetes életkori sajátosságnak betudni, hogy ne kelljen szembesülniük gyerekük lemaradásával. Sokszor nem érzik át, hogy ez a késlekedés később nagy hátrányt okozhat. Azok a gyerekek, akiknél a beszédfejlődés, illetve a beszédészlelés elmaradásáról, a beszédprodukció zavaráról, gyenge beszédhallásról és beszédartikulációról számoltak be, az iskolaérettséget tekintve részfunkció-veszélyeztetettek. Mindezek a funkciózavarok megnehezítik az olvasás és írástanulás sikerességét. Az idegrendszer érési elmaradása az aktiváció és a mozgásszabályozás területén enyhe zavart okozhat, mely elegendő ahhoz, hogy a mozgásról érkező visszacsatolás pontatlanná váljon. Korábban már szó volt a mozgás és a beszéd kapcsolatáról, így nyilvánvaló, hogy a pontatlan finommozgások pontatlan beszédhez vezethetnek. (Gondosné Szabó, 2012.) Az egészséges kisgyermek fejlődésének tempója nagyban eltérhet egymástól. Ezek leginkább az anyanyelv elsajátítása terén tapasztalhatók. A szakemberek előtt nem kétséges, hogy kizárólag a „természetre” hagyni a beszéd és nyelv fejlesztését, ha abban a gyermek nem éri el az életkorának, értelmi szintjének megfelelő ügyességet, veszélyekkel jár. A szülő elsődlegesen a kisgyermek hangzó beszédét kíséri figyelemmel, a megértés hiányosságait, egyes részképességek fejletlenségét ritkábban észleli. A beszédproblémák észlelésekor sok szülő nem megfelelően reagál, és úgy tesznek, mintha nem értenék a gyermek sajátos kifejezőmódját, megzavarva ezzel amúgy is korlátozott kommunikációs lehetőségeit. Az ez által kialakult magatartási problémák visszavetik a gyermek személyiségének fejlődését. A későbbiekben a logopédiai terápia eredményességét és az iskolai beilleszkedést is akadályozhatja a gyermek nehéz megközelíthetősége, illetve nehezen kezelhetősége. A szülő leghelyesebben akkor cselekszik, ha megfelelő szakemberhez fordul (Bittera és Juhász, 1991).

6.1.3. A diszlexia kialakulásának veszélye

A megkésett beszédfejlődés gyakran előrevetíti az iskolai kudarokat, és fontos előjele lehet a diszlexia kialakulásának. A dyslexia szó a "dys" görög igekötő (mely a hibás funkciót jelöli és a legere (olvasni) latin szó összetételéből származik. A diszlexia multifaktoriális jelenség,

vagyis kialakulásában egyszerre több tényező játszik közre, és a probléma a gyakorlatban csak több tényező együttes jelenlétekor mutatkozik meg. Összességében elmondható, hogy a diszlexia viszonyfogalom, diszharmónia a gyermekkel szembeni jogos elvárások, az írás-olvasás tanítására szánt idő, a gyakorlás mennyisége és az eredmény között. A diszlexia veszélyeztetettség szűrésének optimális időpontja a gyermek nagycsoportba lépésének időpontja. (Meixner, 2012.)

A diszlexia veszélyeztetettség tünetei négy csoportba sorolhatók:

1. Az olvasás-írásban fellépő tünetek

a., Az olvasás hibái

- betűtévesztések
- betűkihagyások és -betoldások
- szótagkihagyások és -betoldások
- reverziók
- rossz kombinációk
- elővételezések
- ismétlések
- a betűk összeolvasásának súlyos megkésése kezdő olvasónál
- a szó olvasásának megtagadása

b, Az olvasás tempójának lassúsága

c, A szövegértés zavara

2. A beszéd területén megnyilvánuló tünetek

3. A magatartásban fellépő tünetek

4. Egyéb területek:

- fejletlen ritmusérzék
- dominancia zavarok
- nehezen alakul ki a testséma
- ügyetlen finommozgások
- rossz tájékozódás térben és időben

6.2. A mozgásfejlődés és annak szakaszai

A mozgásfejlődés átfogja az ember sokrétű mozgásformáinak és mozgáskészségeinek – járás, futás, ugrás, dobás elkapás, ütés – egyéni fejlődését, valamint a kondicionális és a koordinációs képességek kialakult fejlődését (Farmosi, 1999).

A megszületés az élet legnagyobb változása. A szélsőségesen magas adrenalinszintnek, valamint a külvilág ingeráradatának köszönhetően a megszült gyermek a szülést követő első óráiban rendkívül éber és aktív. A fejét a hang irányába fordítja, arcot követ, mimikát utánoz és erőteljesen szopik.

Az érett újszülöttre jellemző számtalan reflex. Ezek a reflexek járulnak hozzá a csecsemőkori észleléshez, valamint fontos szerepük van az életben maradásban és előrehaladásban. Az első ilyen fontos primitív reflex a kereső- és szopóreflex. Ez az újszülöttnél úgy váltható ki, hogy amennyiben a gyermek arcához vagy szája széléhez ér valami, majd ekkor a csecsemő arca elfordul az inger irányába. A szopóreflexet az ajkak ingerlése váltja ki, majd az újszülött nyelve előre-hátra kezd el mozogni és szopómozgásokat végez. Ennek a reflexnek a táplálkozásnak az elősegítésére szolgál. Ezenkívül a nyelv aktív mozgása, valamint az arcizmok erősítése segíti a későbbi beszédfejlődést (Stephens-Sarlós, 2022).

A markolóreflex akkor jelenik meg, ha a kisdud tenyerét ingereljük. Ekkor az ujjak összezárnak. A szopó- és a markolóreflex összehangoltan működik. Megfigyelhető csecsemőknél, hogy szopás közben az az ujjak ütemesen kiengednek és összezárnak.

A Moro-reflex a kapaszkodást segítette. Ez a reflex a graviditás hetedik hónapjától már megfigyelhető. Ha tartás közben hirtelen lejjebb engedik az újszülött fejét, vagy erősebb hangot hall karjait először széttárja, majd hirtelen összezárja.

A járó- és mászóreflex során, megfelelő alátámasztás mellett az újszülött elemi járó és mászó mozdulatokat végez.

Az összerezzenési reflex, amely azonos mozdulattal jár, mint a Moro-reflex. Kiváltható a fej gyors helyzetének változtatásával, illetve a csecsemő fekvőfelületének megérintésével. Ilyenkor végtagok behajlanak.

A fej- test megegyezési reflex, ami kiváltható a háton fekvő csecsemőknél, úgy, hogy a testet valamelyik irányba elfordítjuk. Ennek a hatására válaszképp a fej követi a test fordulási irányát. Ellentétes irányban is működik. Ez a reflex szerepet játszik a hasra fordulás létrejöttében.

A helyzetállítási labirintus reflex a következő, ami 2-3 hónapos kor körül alakul ki és egy éves korig váltható ki. A csecsemő függőleges helyzetben tartva valamelyik irányba mozgatás közben a fejét megtartja függőleges helyzetben.

A tónusos labirintus reflex a születéskor kezd megindulni. Megkülönböztetünk előre- illetve hátrafelé irányuló reakciót. Ez a reflex segíti az újszülöttet abban, hogy a magzati pózból a hónapok múltával fel tudjon egyenesedni. A vesztibuláris rendszer fejlettsége fontos szerepet játszik ezen reflex meglétéről.

A következő fontos reflex, a Galant-reflex (csípő-ágyéki reflex). Ennek a reflexnek a szülés folyamatában van hangsúlyos szerepe és a csecsemő négyhónapos kora körül kell, hogy leépüljön.

Amennyiben a fent említett reflexek nem kerülnek időben gátlás alá, nem integrálódnak akkor a gyermek későbbi éveiben tanulási és magatartási problémákhoz és más egyéb zavarokhoz vezethet (Stephens-Sarlós, 2022).

A megszületett gyermek izomtónusából, a kiváltott reflexekből, a légzés és a keringés állapotából következtet az orvos az újszülött állapotára, amit Apgar-értékekkel jellemeznek.

A gyermek testi arányai is nagy változásokon mennek keresztül az első életévben. Az első év végére a mellkas körtérfogata már meghaladja a fejét, a végtagok nyúlnak, gyorsan növekednek. A gyermek törzse hosszú és tömör, a hasa elődomborodik a viszonylag nagy méretű belső szervek miatt. Az óvodáskor végére a végtagok növekedése felgyorsul. Ebben a korban a legerőteljesebb a mozgásszervek fejlődése, az izmok alakulása. A tejfogak kihullása is egy jelentős állomás a testi fejlődés folyamatában (Szvatkó és mtsai, 2016).

Fontos említést tenni az agy fejlődéséről is. Egy újszülött agyában majdnem az összes idegsejt (neuron) jelen van már, amit valaha is használni fog. Születéskor az idegsejtnak átlagban 2500 kapcsolata (szinapszisa) van más idegsejtekkel, ezek száma a 3. év végére viszont körülbelül 15 ezerre nő. Az idegsejtek így kiépülő hálózata tehát nem véletlen szerű, de nem is teljesen előre beprogramozott, hanem a tapasztalatoktól formálódik. A hálózati körök a használat során fokozatosan épülnek, érnek és végül stabilizálódnak.

Ebből következik, hogy a koragyermekkori tapasztalatok és az ekkor megvalósuló környezeti stimuláció nagy lehetőségeket rejtenek a későbbi fejlődés szempontjából (Gopnik és mtsai, 2006).

Az akadálytalan fejlődésmenet esetén a csecsemőkor végére az idegrendszer eléri a megfelelő környezeti feltételek és a sok-sok gyakorlás eredményeképpen a kezdeti koordinálatlan, tömeges mozgásoktól a gyermek eljut a felegyenesedett testtartásig, és megteszi az első önálló lépéseit. A normál mozgásfejlődéshez szükség van az ép idegrendszeri szabályozásra, ép mozgásszervekre, megfelelően működő érzékszervekre, a megfelelő éberségi szintre, a helyes figyelemi funkciókra és adaptív magatartásra. A mozgásfejlődés során nem csak a mozgások új

formája válik lehetővé, hanem a mozgás alapját képezi a környezettel való kapcsolat minőségi változásának és a manipuláció fejlődésének is (Kereki és mtsai, 2020).

1. táblázat A tipikus fejlődés szakaszai

Életkor	A normál fejlődés jellemzői
Újszülöttkor (0-3 hónap)	• Flexor tónus dominancia (a hajlító izmok fokozottabb tónusa) • Kezek először ökölben, majd ennek csökkenése, lazább tartás, ujjak nyújtása • Szimmetrikus tartás és mozgás (fej, törzs, végtagok vonatkozásában) • Újszülöttkori reflexek jelenléte, például aszimmetrikus tónusos nyaki reflex (fejfordítás irányába lévő kar nyújtva, az ellenoldalon hajlítva) • Reflexgátlások, mozgásválasz, tónusszabályozás, elemi mozgások • Fejtartás feletti uralom megszerzése (hason fejemelés, átfordítás) • Lassan mozgó tárgyak követése, fény, mozgás, erős kontúrok figyelése • A hangra figyel, magatartása változik, de nem követi az ingert • Beszédhangokra figyelés, játék a hangokkal (gőgicsélés) • Szemkontaktus, mosoly Ritmus kialakulása a mindennapi tevékenységekben
3-8 hónap	• Szimmetrikus tartás • Az aszimmetrikus tónusos nyaki reflex fokozatos gátlása • Hossztengely körüli fordulat (először hasról hátra, majd mindkét irányba oda-vissza) • Élettani nagymozgások: kúszás, mászás, önálló ülés • Fejtartás hosszan és könnyen • Kezeit középre hozza, szájba veszi • Tárgy felé való nyúlás, fogás, ütögetés • Szem-kéz koordináció megjelenése: tárgyat tekintettel követ, kézzel megragad, szájba vesz, nézeget (eleinte a középvonalban), megtart,

	majd elenged, egyik kézből a másikba átvesz, tekintetét váltani tudja egyik tárgyról a másikra • Hangsorokat ismételi, gögicsél, hangosan nevet, ajakhangok megjelenése • Tárgyállandóság (a tárgyak léteznek akkor is, ha épp nem látja őket) • Anya explorációja (felfedezi őt, megkülönböztetett módon kötődik hozzá) • Idegenre adott reakció (a szakasz elején tekintetkapcsolat felvétele, a végén szégyenlősség, félelem)
8-15 hónap	• Élettani nagymozgások: állás, járás, védekező mozgások egyensúlyvesztésnél • Célirányosan, pontosan nyúl tárgyakért, két tárgyat is felvesz, megtart • 3 ujjas csippentés, hüvelykujj-oppozíció • Első szavak megjelenése • Figyel a szövegre • Képet tartósan néz • Formát egyeztet, tárgyakat összefüggésbe hoz egymással (egymásba rak, kivesz) • Nevére reagál, közös figyelmi fókusz kialakulása az anyával (másodlagos interszubsztivitás) • Szeparációs szorongás, kukucsjáték, tükörkép-nézegetés • A felnőttek utánzása • Egyéves korban szempont: alvás-ébrenlét szabályozás
15-24 hónap	• Járás, statikus és dinamikus egyensúly fejlődése • Lépcsőzés utánlépéssel • Manipuláció finomodása: tárgyak összeillesztése, elemi szintű problémamegoldás manipulációval, játékokkal funkció szerinti játék, tárgyak megragadása, elengedése, praxis (pl. labdagurítás, dobás), ujjak elkülönült mozgása, nyomot hagy a papíron, firkál • Öltözködés: kezét, fejét bedugja a ruhába, test, testrészek viszonyának észlelése

	• Szájkörüli mozgások (harapás, rágás) fejlődése, darabos táplálék fogyasztása • Beszédmozgások fejlődése, kétszavas mondatok, beszédértés • Utánzás • Egyszerűbb utasításokat követ • Szimbolikus játék kialakulása
24-36 hónap	• Mozgáskoordináció fejlődése: járás, futás, ugrás, lépcsőn járás, kar-láb munka összerendezése, alternáló (váltakozó irányú) mozgások, mászóka, hinta (még nem önállóan), testséma (nagy és látható testrészek megmutatása) • Konstruál, több tárgyból épít (például tornyot) • Csavaró mozgást kivitelez, lapoz • Nappali szobatisztaság
3-4 év	• Rövid ideig megáll fél lábon, lábujjhegyen, jól fut és ugrik, labdakezelés, háromkerekű biciklit hajt • Mosdóhasználat, fogmosás, önálló étkezés, önálló öltözés, eszközök (például evőeszköz, játék) praktikus használata, ollóval vág, gyöngyöt fűz • Rajzolás: lengőfirka, körkörös firka • Verbalizáció, reláció-fogalmak • Szociális együttműködés, elemi viselkedésmintákhoz való alkalmazkodás
4-5 év	• Mozgáskoordináció harmonizálódása, váltott lábbal lépcsőn járás, a test és a testrészek egymáshoz való viszonyának felismerése, relációk (viszonyszavak: előtt, mögött stb.) használata, mozgásosjátékokban való részvétel, labdadobás és elkapás, labdagurítás mozgás közben, ellentétes kar-lábmozgással történő járás, futóbicikli, roller használata • Szökdelés két lábon, hinta hajtása, stabil mászóka- használat • Rajzolás: fej-láb emberke, pálcika figura, felismerhető formák ábrázolása (például kör, négyzet, háromszög) • Szerepjáték, konstrukciós játék

5-6 év	• Szökdelés egy lábon • Testséma kialakulása, bal-jobb oldal elkülönítése, ujjak azonosítása és megnevezése • Domináns kéz, domináns szem kiválasztódása, bilaterális integráció, testközépvonal-keresztelés megvalósulása • Képes a ritmus- és mozgásszekvenciára • 10 percig tud figyelni, egyre erősebb a szabálytudat, feladattudat, feladattartás, tanulási motiváció • Képes a késleltetésre szociális helyzetben és feladat végrehajtásnál • Rajzolás: kétdimenziós emberrajz, elemi geometriai formák ábrázolása, grafomotoros képesség, utánrajzolás • Önkiszolgálás, mosdóhasználat, öltözködés • Elmélyült játék, szabályjáték
--------	---

Forrás: (Szvatkó és mtsai, 2016)

6.2.1. A mozgásfejlődés elősegítése

Az egy év körüli gyermek számára is alapvetően fontos az önálló játék és az új mozgásformák szabad gyakorlása. A gyermek számára az önálló világfelfedezés meghatározó fontosságú, viszont folyamatos kísérletezések és a szájba vevős korszak miatt szinte állandó veszély. Egyéves kor felett a finommozgás már elég fejlett az étkezésbe való bekapcsolódáshoz. A kanállal való bánás igencsak összetett folyamat (merítés, megtöltés, kiemelés, egyensúlyozva a szájhoz emelés, szájba töltés, lenyelés).

Az önálló járás kezdetét követően a változatos környezet biztosítja leginkább az optimális mozgásfejlődéshez szükséges terepet. Fontos, hogy megtapasztalja az akadályok leküzdésének nehézségét és örömet. A természetes mozgásos tapasztalatok lehetőséget biztosítanak az egyre finomodó mozgásformák gyakorlására. A családi minta a későbbiekben meghatározó lesz a gyermek mozgáshoz való viszonyában. A keveset mozgó, inkább otthon ülő családok gyermekei kevesebb mozgásos élményben részesülnek. Óvodás korban a napi több órányi szabadban töltött idő és a hagyományos gyerekjátékok (fogócska, ugróiskola, fáramászás, kertijátékok), megfelelőek a mozgáskoordináció és mozgáskultúra kialakulásához. A túl korai

sportoltatás azonban megterhelő lehet a gyermekidegrendszerére és érzelmi állapotára is. Az edzésjelleggel végzett mozgás általában kisiskolás kortól javasolt (Gergelyfi, 2020).

6.2.2. Megkésett vagy eltérő mozgásfejlődés

A gyermek mozgásfejlődése az átlagos mérföldkövek időpontjától jelentősen eltér (az első félév során 1-2 hónapos, a 2. félévtől körülbelül 2-3 hónapos a lemaradása), akkor javasolt az orvosi vizsgálat. Azoknál a gyermeknél, akiknek mozgásfejlődésében 50%-nál nagyobb lemaradást látunk, biztos, hogy valamilyen kóros állapot áll fenn.

A következő jelek utalhatnak mozgás problémákra:

- túlzottan laza (hipotón), vagy túlzottan feszes (spasztikus) izmok
- 4 hónapos kor után még nem szimmetrikus mozgások,
- koordinálatlanul vagy ügyetlenül kivitelezett mozgások,
- bizonyos reflexek tartós fennmaradása,
- kitámasztási és felegyenesedési reakciók gyengesége, hiánya.

Az izomtónust, reflexeket vagy az esetlegesen eltérő mozgásmintákat a védőnő és a gyermekorvos is vizsgálja rutinszerűen.

A mozgásfejlődés hiányosságainak lehetséges következményei

Az iskoláskort megelőzően 5-7 éves korra a nagy mozgások végrehajtásában szükséges a gyermek megfelelő fejlődése, mert ez lehet az alapja a finommozgások fejlődésének. Farmosi szerint: „*a finomabb, szem-kéz koordináció, amelyre például a tárgykezelés épül, csak a már meglévő „durvább” szem-test koordináció bázisán jöhet létre*”. A felsorolt mozgásformák „*tehát előfeltételét képezik a finomabb motoros mintázatok kiépülésének*” (Farmosi, 1999: 47. oldal).

A funkcionális mozgásformák megfelelő elsajátításán és biztonságos végrehajtásán keresztül vezet az út az iskolaérettséget minősítő mozgásfejlettségig. Az 5 éves korban – az iskolaérettség megállapítása érdekében – kínálkozik annak megbecsülése, hogy a gyermek mozgásfejlettsége megfelel-e az iskolaérettség követelményének (Lakatos, 2000).

Azért fontos az 5 éves korig történő alapos mozgásfejlesztés biztosítása, mert eddig az időszakig az általa eredményezett fejlődés funkcionális jellegű. Ez azt jelenti, hogy tovább fejlődnek a szükséges szervi (idegrendszer, izomrendszer, szív, tüdő, vérkeringés) funkciók,

így a gyermekek alkalmassá válnak a fontos, az emberre jellemző alapkészségek (járás, futás, ugrás, dobás, kúszás, mászás stb.) elsajátítására. Marton Dévény és munkatársai szerint „valóban az idegrendszer ontogenetikailag teljes beérése szükséges a legemberibb funkció, a beszéd, az írás, az olvasás tökéletességéhez. Az idegrendszer ontogenetikai beérése pedig a humán mozgásminták egymásutánjában és egymásra épülésében történik. Ez a mozgássor szenzoros éréssel együtt adja azt a szenzomotoros idegrendszeri fejlődési sort, melynek koronájaként megjelenik a beszéd, az írás és az olvasás készsége.” (Marton-Dévényi és mtsai, 1999: 82. oldal).

Ezzel egy időben a külső körülményektől függően érnek azok a kontrollfunkciók, amelyek a mozgásvégrehajtásáért felelősek és lehetővé teszik az egyre kifinomultabb, összetettebb mozgások megtanulását.

A következő fejlődési lemaradásokat és zavarokat eredményezhetik a mozgásfejlődés zavarai:
(Király és Szakály, 2011)

1. Tanulási problémák

1.1. Részképesség-zavarok

1.1.1. Hyperaktivitás

1.1.2. Kognitív funkciók zavarai

Percepció zavarai

Figyelem zavarai

Emlékezés zavarai

Gondolkodás zavarai

1.1.3. Motórium zavarai

Izomtónus zavarai

Nagymozgások zavarai

Finom motorika zavarai

Cselekvéstervezés irányításának zavarai

1.2. komplex tanulási problémák

1.2.1. Diszlexia

1.2.2. Diszgráfia

1.2.3. Diszkalkulia

1.2.4. Hypermotilitás

2. Viselkedési zavarok

2.1. Aggressivitás

2.2.Szorongás

2.3.Beilleszkedési zavarok

6.3. A pszichés fejlődési problémák sajátosságai gyermekkorban

Sokféle, lélektanilag „színes” tünet található a betegségek palettáján. A betegségek aktív szakaszának főleg a kezdetekor sokszor nehezen felismerhető. Időbeli összefüggés mutatható ki a testi állapotváltozás és a pszichés tünetmegjelenése között, a testi állapot változása közelítőleg (de nem mindig parallel módon) a pszichés tünetek változásával jár (Katona és Siegler, 1999).

Enyhébb esetekben az emocionális akarati funkciók elsődleges károsodása állhat fent, és magatartási és viselkedési problémák is kialakulhatnak. Ha a szocializálódás atipikus ütemű és nagymértékben hiányos, akadozik a kommunikáció és hosszantartó beilleszkedési zavar (családban, iskolában) tapasztalható, inadaptációról beszélünk. Az inadaptáció nem magatartási probléma, hanem állandó beilleszkedési és alkalmazkodási zavar. Jellemző tünete az érzelmi akarati funkciók elsődleges sérülése (Tasnádi, 2008).

Az érzelmi és akarati élet zavarai, magatartászavarok

A magatartászavarok mögött általában nem egy, hanem több egymással szorosan összefüggő személyi és környezeti faktorról kell számolnunk, és nem hagyható figyelmen kívül az a környezet, amelyben az inadaptív viselkedés kialakul.

Hiperkinetikus zavarok

Már az első öt évben létrejövő tünetegyüttes, amelyet jellemez a tevékenységek csapongása, a figyelmetlenség, a nagyfokú impulzivitás, a szabályok gyakori megszegése, megfontolatlanság, többszöri konfrontálódás a társakkal. Rendszeres a kognitív működések zavara, illetve rendkívül gyakori a nyelvi és motoros készségek fejlődésének lemaradása. A kórkép szekunder komplikációi pl. aszociális viselkedés és csökkent önértéktudat.

Magatartási zavarok

Jellegzetességei a visszatérő és hosszan fennálló disszociális, agresszív vagy dacos magatartássémák. A viselkedés nagymértékben különbözhet a bizonyos életkorban elvárhatótól, mivel a szociális elvárásokat durván megszegi.

Lényegesen súlyosabb lehet, mint egy gyermekcsíny vagy egy serdülőkori lázadás és elég hosszan kell tartania (hat hónap vagy annál hosszabb ideig). Egyéb jellemzői: nagyfokú

harcosság, társakkal, tárgyakkal, állatokkal szembeni durva bánásmód, fenyegető erőfitogtatás, indulatkitörések, iskolakerülés, lopás, hazudozás.

Jellegzetesen gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok

Sokkal inkább a szabályos fejlődés eltúlzott (sarkított) formáinak tekinthetők, sem, mint minőségileg abnormálisnak. Rendkívül nagymértékű szorongás alakul ki, s ez tovább tart, mint a szeparációs szorongást jellemző életkor. Eredményezheti a szociális funkciók jelentős zavarát, pl. erős stressz az otthontól, személyektől, tárgyaktól való elválástól, nagymértékű aggodást a szeretett személy iránt, tárgy elvesztése miatt, lidérces álmok stb.

Kevert magatartási és emocionális zavarok

A fennálló agresszív, disszociális vagy kihívó magatartás keveredik a markáns depresszióval, szorongással vagy más emocionális zavarral.

A szocializáció jellegzetesen gyermek - és serdülőkorban kezdődő zavarai

Igen heterogén csoport, melyben a közös vonás a szociális funkciók rendellenessége, ami a fejlődési szakban kezdődik és nem jellemzi a több területre kiható fejlődési zavar. Az esetek többségében komoly környezeti problémák vagy a depriváció valószínűleg elég nagy szerepet játszik a létrejöttében. Pl. szelektív mutizmus: bizonyos helyzetekben jó beszédképesség, más helyzetekben nem beszél a gyermek (iskolában).

TIC zavarok

Ezek spontán, gyors, visszatérő nem ritmusos mozgás, vagy hangok formálása pl. huhogás szerű hangadás, adott szavak elismétlése indokolatlanul. Váratlanul, minden előjel nélkül fordul elő. A stressz még jobban felerősíti.

Egyéb, rendszerint gyermek- és serdülőkorban kezdődő viselkedési és emocionális rendellenességek

Heterogén csoport egyetlen közös vonása, hogy gyermekkorban kezdődnek, de ettől eltekintve nagyon különbözőek. Egyesek jól körül határolt szindrómák, míg mások csupán tünetek halmaza, de szükség volt a besorolásukra, mert sűrűn fordulnak elő, és társulnak pszichoszociális problémákkal, és máshová nem illettek be.

Ide sorolhatók:

- nem-organikus enuresis,
- nem-organikus encopresis,
- csecsemő- és gyermekkori táplálási zavar,
- pici csecsemő- és gyermekkorban nem ételmisszer pl. homok, festék rendszeres evése.
- előfordulhat pszichiátriai zavar egyik tüneteént (autizmus), amely gyakori a mentális retardált gyermekeknél, de akkor a fő diagnózis a mentális retardáció,

- sztereotip mozgászavar,
- dadogás, hadarás,
- egyéb, rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő meghatározott viselkedés és emocionális zavar. Ide tartozik: figyelemhiány (zavar) hiperaktivitás nélkül; extrém mértékű maszturbáció; körömrágás; orrpiszkálás, ujjszopás stb. (Szvatkó és mtsai, 2016).

A pszichés fejlődési problémák tünetei kisgyermekkorban

A gyerekek 60-70%-nál 2 éves korban már diagnosztizálható a tünetcsoport. Mindegyikükre jellemző a magas aktivitás és a nagyfokú merészség. A gyerekek közül háromszor annyian szenvednek súlyosabb balesetet, mint kortársaik. Előfordul, hogy a körülöttük lévőkhöz is kárt tesznek. Folyamatos, szoros figyelmet igényelnek. Jellemző rájuk, hogy hamar ráunnak a tevékenységükre és azt folyamatosan változtatják. Nagyfokú makacsság és akaratosság jellemzi őket. Általánosságban elmondható róluk, hogy a szobatisztaságuk később alakul ki, valamint a rajzolás iránti is később mutatnak érdeklődést, mint kortársaik. Azok a gyerekek, akiknek a figyelmi problémája hangsúlyosabb, mint a hiperaktivitása, többnyire visszahúzódóvá, szégyenlőssé válnak.

Egyéb tünetek:

- elhúzódó dackorszak, indulatkitörések
- szobatisztaságra szoktatás nehézkes, ill. visszaesés a szobatisztaságban
- a mozgásfejlődés elmaradása
- rajzkészség, koordináció, kéz dominancia kialakulásának zavara
- beszédzavar, az élettani dadogásból - kóros dadogás alakul ki
- alvászavarok, szorongások, félelem idegenektől, az elszakadástól
- értelmi fejlődés elmaradása, értelmi fogyatékoság gyanúja
- gyermekkori autizmus első jelei, autisztikus sajátosságok, külön gyermekek (Tasnádi, 2008).

7. Vizsgálatok

7.1. A vizsgálat célja

Tapasztalatom szerint napjainkban egyre több gyermek kerül be az oktatási rendszerbe, akiknél, ha a korai életszakaszban – 1-3 éves kor – a kellő és megfelelő minőségű fejlesztést igénybe vették volna, akkor a gyermek nem hátránnyal indulna az iskolába. A hátrány pedig csak egyre nő a későbbi évek folyamán.

Ezzel együtt felvetődik a kérdés, hogy a szülők megkapják-e a kellő mértékű információt arról, hogy milyen korai fejlesztési lehetőségek állnak rendelkezésükre.

Azt is fontos kérdésnek tartom, hogy a kisgyermeknevelők, akik akár már egy 20 hetes gyermekkel is találkozhatnak, megkapják-e a megfelelő edukációt, képzéseket, amelyek segítenek felismerni a lehetséges elakadás korai jeleit.

Véleményem szerint az első három évben kapott törődés és odafigyelés jótékony hatásai megkérdőjelezhetetlenek.

Sok esteben tapasztaltam már azt is, hogy a szülők, hiába jelezzük a gyermekkel kapcsolatos problémát, elzárkóznak a vizsgálat vagy a fejlesztés elől.

Vizsgálatom kérdéseit a felvázolt gondolatok mentén fogalmaztam meg, és kisgyermeknevelőket, továbbá egyéb területen dolgozó pedagógusokat kérdeztem meg.

7.2. A vizsgálat módszere

A vizsgálatra 2024 márciusában került sor. Az adatok gyűjtése saját szerkesztésű online kérdőívvel történt, kényelmi mintavételt alkalmazva. A részvétel önkéntes alapon, az adatok feldolgozása anonim módon valósult meg.

A vizsgálatomat egy 14 kérdésből álló kérdőív segítségével végeztem. Kérdőívem első négy kérdése szociodemográfiai jellegű volt. Az utána következő 4 kérdés arra kérdez rá, hogy a kitöltők mennyire ismerik a korai intervencióban rejlő lehetőségeket.

A következő 5 kérdéssel pedig a célcsoport véleményére voltam kíváncsi, hogy szerintük milyen okok húzódnak a háttérben a fejlődés elakadásával kapcsolatban.

Az utolsó kérdés egy nyitott kérdés volt, melyben a válaszadók kifejhették meglátásaikat, véleményüket a témával kapcsolatban.

A 14 kérdésből álló kérdőív 12 kérdése volt kötelező jellegű. A kérdőívemben szerepelt három eldöntendő kérdés, ahol az egyikhez tartozott egy jelölőnégyzetes véleménynyilvánítás, a másik kérdéshez pedig egy nyitott alkérdés tartozott. Hat olyan kérdést is megfogalmaztam, ahol több választ is lehetett adni.

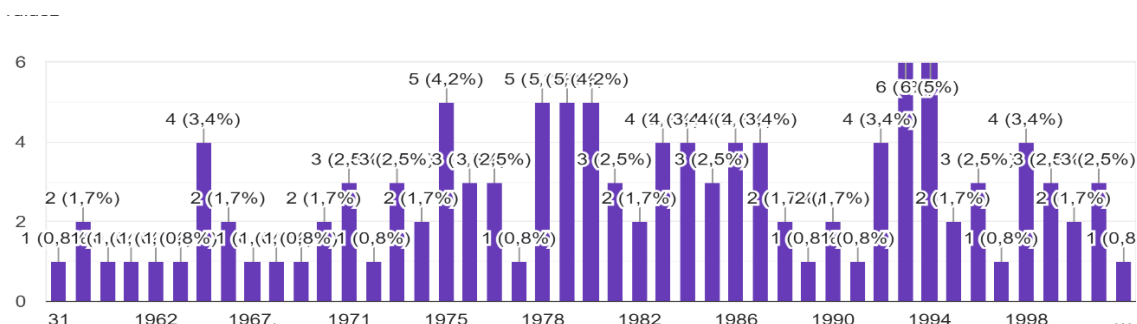
7.3. A vizsgált minta jellemzői

A kutatásom elsődleges célcsoportja kisgyermeknevelők adták. Kutatásom arra irányult, hogy a kisgyermeknevelők mennyire ismerik a korai intervenció nyújtotta lehetőségeket, valamint, hogy véleményük szerint milyen rizikó faktorok, tényezők járulnak hozzá a fejlődés megtorpanásához. Kíváncsi voltam arra is, hogy véleményük szerint m szerezhetnének több ismeretet a korai intervencióról.

A vizsgálathoz kérdőívet 119 pedagógus töltötte ki. A válaszok 119 kérdőív alapján kerültek feldolgozásra.

A kérdőívem első része a válaszadók szociodemográfiai adataira vonatkozott. Először a válaszadók életkorára voltam kíváncsi, hiszen ez a tényező nagyban befolyásolhatja válaszaikat, szemléletüket és a tájékozottságukat a gyermek fejlődési jellemzőiről, valamint a korai fejlesztés fontosságáról. A legtöbb válaszadó 35-45 év feletti korosztály közül került ki.

1. ábra Életkor megoszlása (n=119)



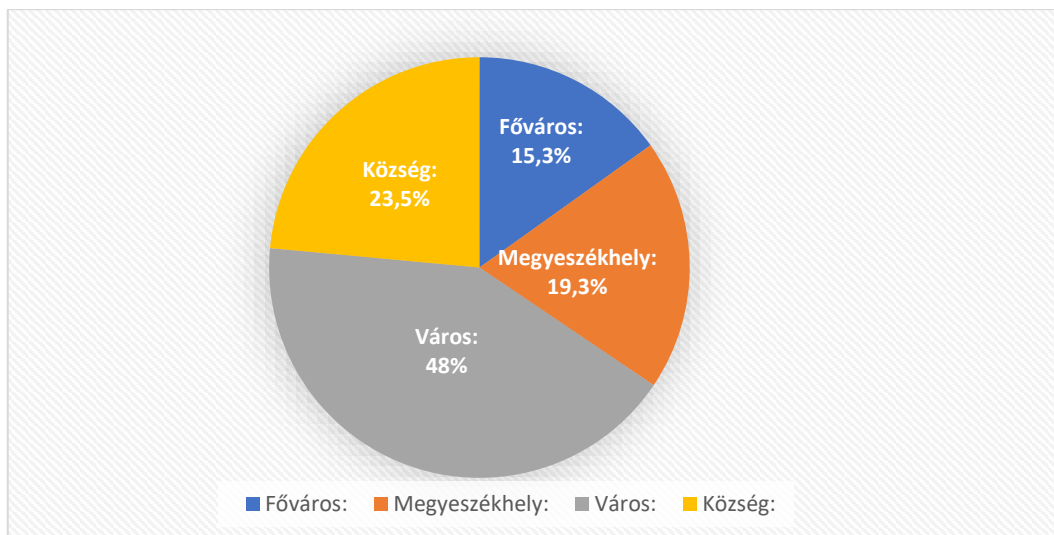
(Forrás: Google űrlap – saját szerkesztés)

A vizsgálatomban közreműködők lakóhely típusa lényeges eleme volt a kutatásomnak. Ennek fő oka, hogy feltételezésem szerint a kisebb, esetleg szegregált településeken az alacsony minőségű infrastruktúra és közintézmények hiányossága miatt az ott élők nem rendelkeznek a megfelelő ismeretekkel, lehetőségekkel. Ezért fontos, hogy az oktatási és szociális intézmények megfelelő szakmai háttérrel tudjanak biztosítani az ott dolgozó pedagógusok számára.

Ehhez a kérdéshez 4 féle válaszlehetőség közül lehetett választani: (község, város, vármegyeszékhely, főváros).

Vizsgálatomban a megkérdezettek többsége városban él. Ők 48%-ot tettek ki. Őket követték a községben élők, akik a válaszadók 23,5%-át alkották. A válaszadóim 19,3%-a él vármegyeszékhelyen és 15,3%-uk pedig a fővárosban él.

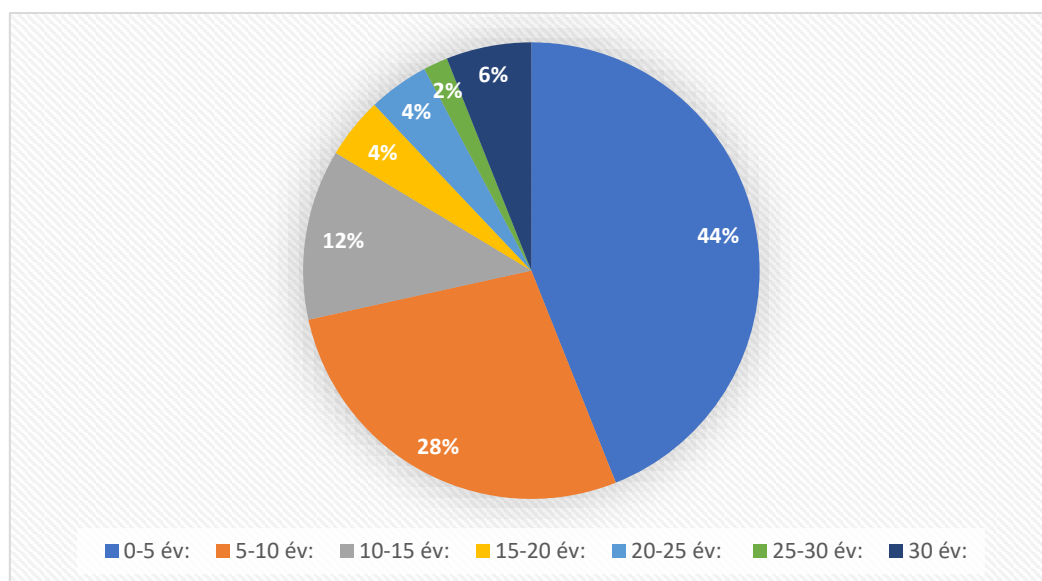
2. ábra Lakóhely típusa (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

A vizsgálatom következő részében a munkában töltött évek számát kérdeztem meg a pedagógusoktól. Ebben a kérdésben 7 féle válaszlehetőséget tudtak megjelölni a válaszadók. 5 évenkénti intervallumokban adtam meg a válaszlehetőségeket, a 0-tól 30 éven túlig. Ez abból a szempontból lehet fontos, hogy – véleményem szerint - a munkában töltött évek számával nő a tapasztalat, nő a szakmai önbizalom és ez lehetővé teszi, hogy a pedagógus hamarabb felismerje az esetleges hiányosságokat a gyermek fejlődésében.

3. ábra Munkában töltött évek száma (n=119)

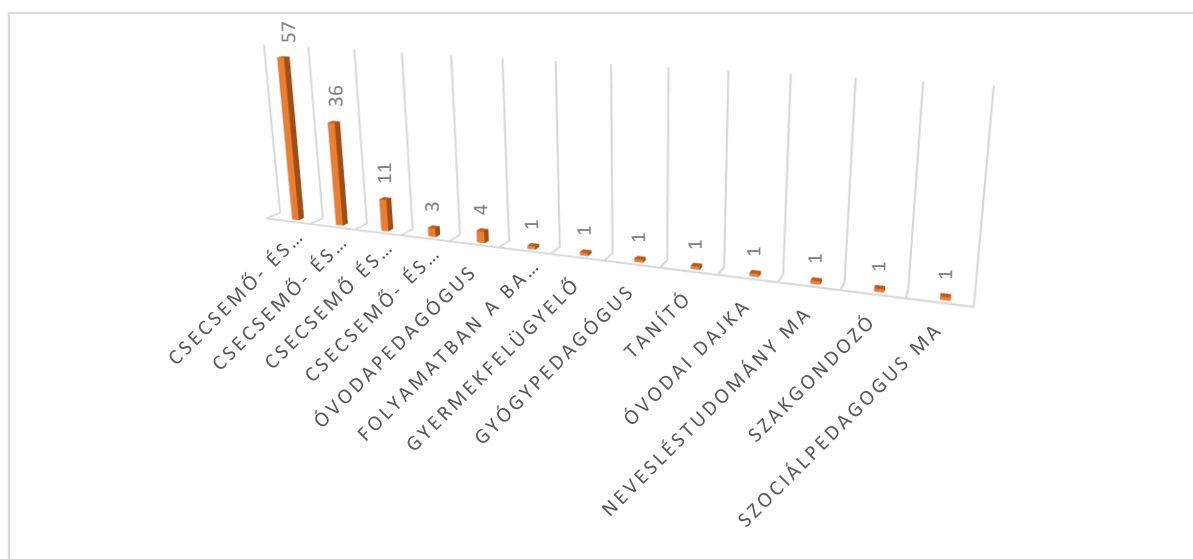


(Forrás: saját szerkesztés)

Fontosnak tartottam megkérdezni a pedagógusok pontos végzettségét is. Úgy vélem azok, akik legalább BA szintű végzettséggel rendelkeznek, sokkal több szegmensből meríthettek tudást, tapasztalatot a tanulmányaik alatt. Megismerhették a korai fejlesztés jelentőségét és gyógypedagógia alapjait is akár. Természetesen nem zárható ki az sem, hogy a középszintű végzettségű (OKJ végzettséggel rendelkező kisgyermeknevelő, pedagógiai asszisztens, gyógypedagógiai asszisztens) válaszadók is birtokában vannak ennek a tudásnak, hiszen ebben a szakmában nagyon meghatározó a folyamatos továbbképzés.

Ötféle válaszlehetőség volt megadva, ezek közül az első 4 kifejezetten a kisgyermeknevelők szakképesítésére irányult. Az 5. válaszlehetőséghez szabadon be lehetett írni, hogy milyen pedagógus végzettséggel rendelkezik.

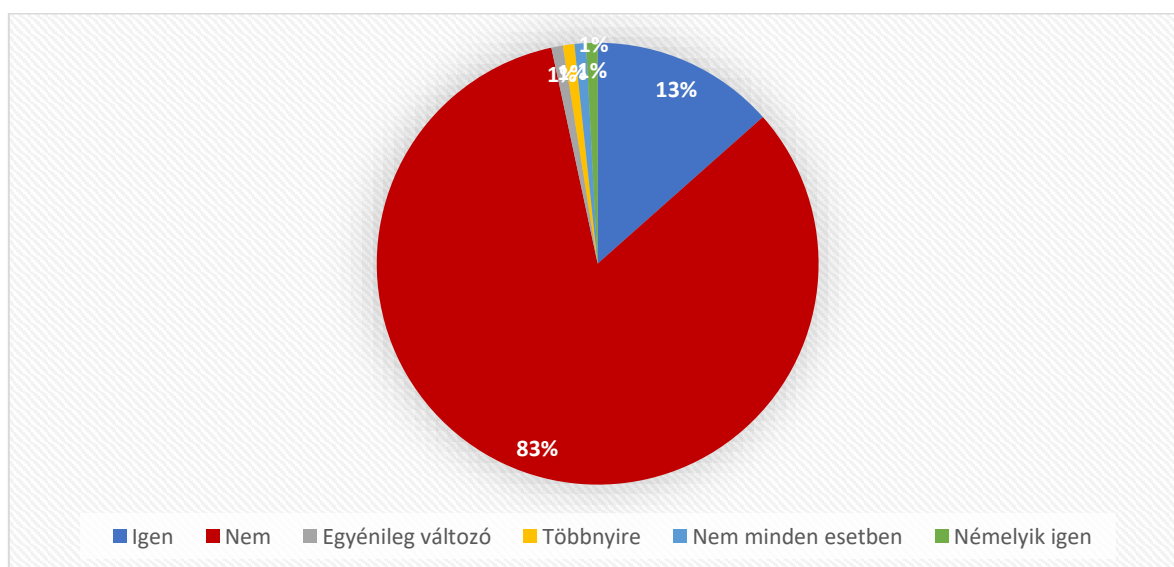
4. ábra Szakképesítés (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

A kutatásom következő, 5. kérdése arra irányult, hogy a kisgyermeknevelők szerint a szülők tisztában vannak-e a korai intervenció nyújtotta lehetőségekkel. Erre a kérdésre feleletválasztós lehetőséget biztosítottam, igen, nem, illetve egyéb opcióval. A pedagógusok válasza egyértelműen jelzi, hogy véleményük szerint a szülők többsége nem ismeri ezeket a lehetőségeket. A válaszadók 83,2%-a jelölte meg a nem választ, 13,4%-uk válaszolt igennel. Tapasztalataim megerősítik ezt az eredményt, a szülőknek kisebb, a korai fejlesztésben érintett csoportja ismeri csak ezt a lehetőséget.

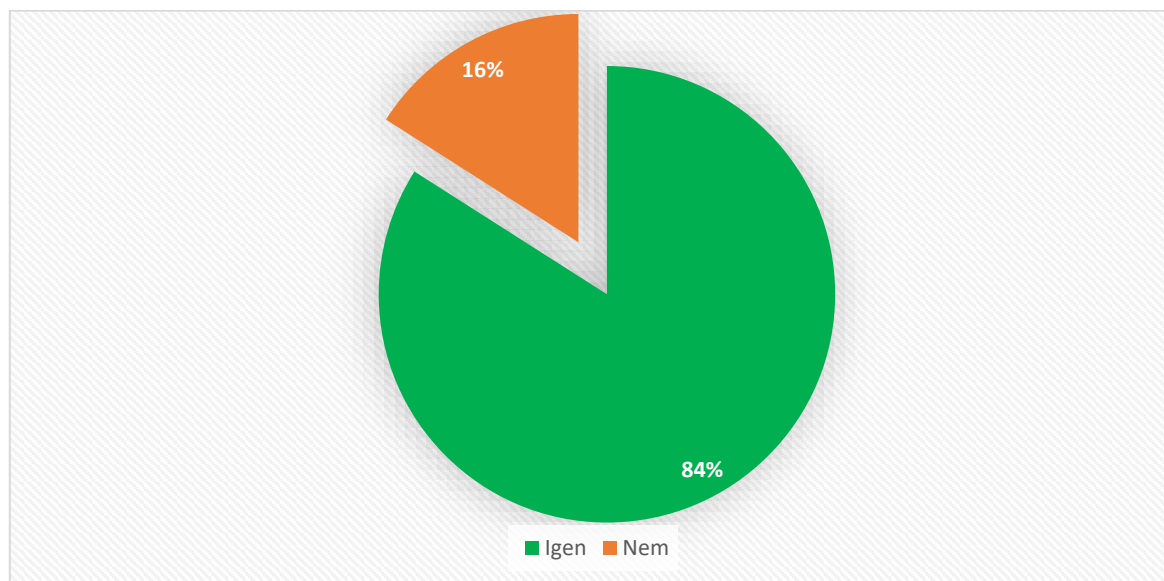
5. ábra Szülők ismerete a korai intervenció nyújtotta lehetőségekről (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

A következő, 6. kérdésem arra irányult, hogy a településen, ahol a kisgyermeknevelő dolgozik, van-e lehetőség korai fejlesztésre. Erre a kérdésre szintén feleletválasztós lehetőséget kínáltam fel, igen és nem opciókkal. A válaszok alapján elmondhatjuk, hogy a kitöltők 84% dolgozik olyan településen, ahol van lehetőség a korai fejlesztésre és csupán 16%-a ott, ahol nincs erre lehetőség.

6. ábra Korai fejlesztés lehetősége(n=119)

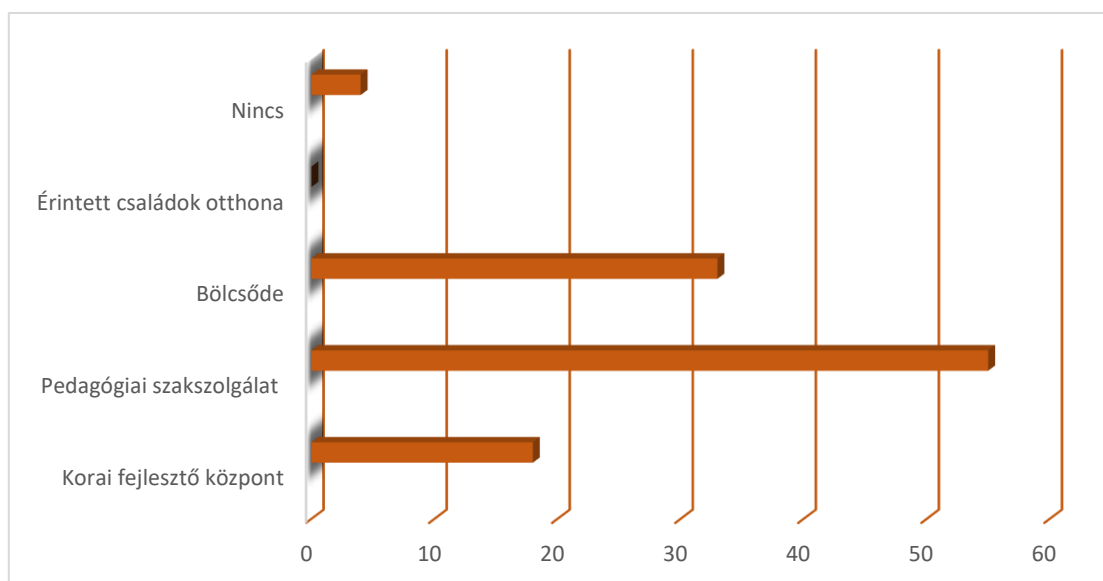


(Forrás: saját szerkesztés)

A következő, (7.) kérdésemre az előző kérdésre igent felelők tudtak csak választ adni. Ez a kérdés a korai fejlesztés igénybevételének a lehetőségeire vonatkozott. Hat lehetőség közül lehetett választani, és volt lehetőség több opciót megadni. A legtöbb válaszadó (51%) a pedagógia szakszolgálatot jelölte meg.

A bölcsődét, 27,5% jelölte. Bár a számok reményt keltőek, véleményem szerint ez még mindig nem elég ahhoz, hogy minden gyermek időben megkapja a megfelelő minőségű és mennyiségű fejlesztést.

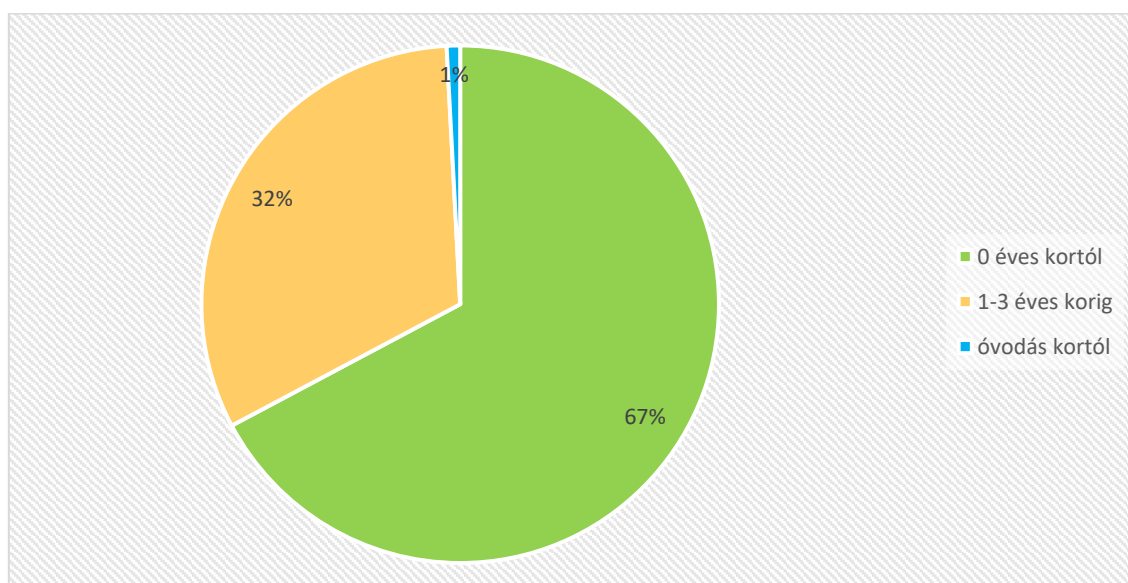
7. ábra A korai fejlesztés igénybevételének lehetőségei (n=110)



(Forrás: saját szerkesztés)

A következő kérdés (8.) arra vonatkozott, hogy vajon a pedagógusok tisztában vannak-e azzal, hogy a gyermek mikortól vehet részt korai fejlesztésben. A kérdésre három válaszlehetőséget adtam meg. Tudvalevő, hogy korai fejlesztésre már a születéstől kezdve lehetőség van. Érdekes volt az eredményeket vizsgálva azt a következtetést levonni, hogy a kisgyermeknevelők sincsenek teljesen tisztában a korai fejlesztés adta lehetőségekkel. A válaszadók mindössze 67%-a válaszolt helyesen. 32% azt válaszolta, hogy egy és hároméves kor között, de volt olyan is (1 fő), aki azt a lehetőséget válaszolta, hogy óvodáskortól.

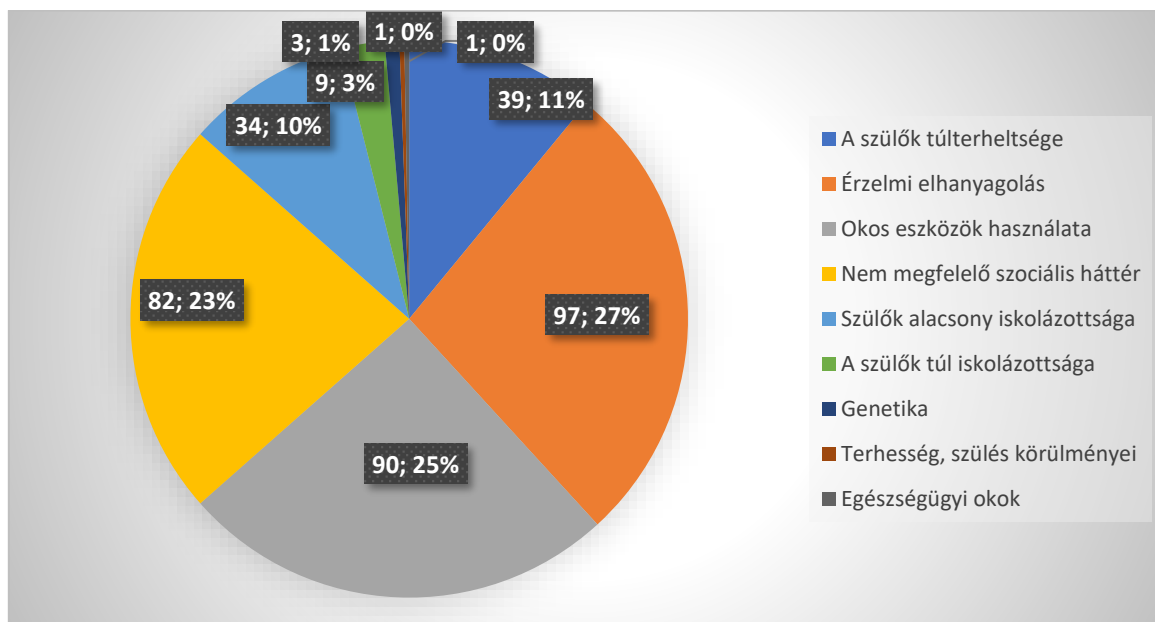
8. ábra Korai fejlesztést igényelhető gyermekek életkora (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

A kilencedik kérdés arra vonatkozott, hogy a kisgyermeknevelők szerint, milyen tényezők válhatnak ki atipikus fejlődést. Kilenc lehetőséget adtam meg válaszként, és több opciót is lehetett választani. A legtöbb válasz az érzelmi elhanyagolásra (27%), az okoseszközök használatára (25%) és a nem megfelelő szociális háttérre érkezett (23%). Véleményem szerint ez egy összetettebb probléma és ez a kérdésre kapott válaszokban is megjelenik.

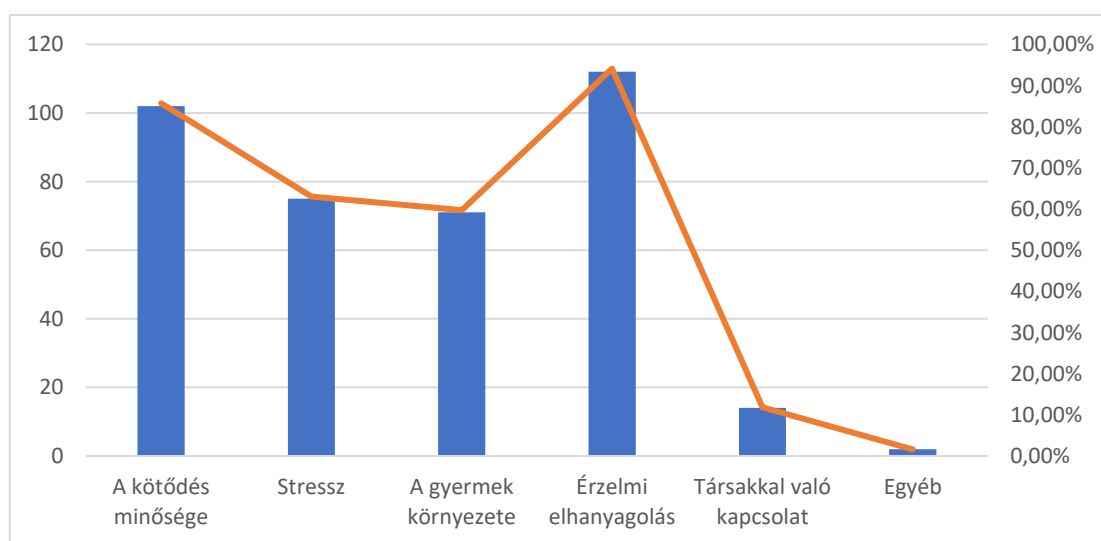
9. ábra Atipikus fejlődést kiváltható tényezők (n=356)



(Forrás: saját szerkesztés)

A tizedik kérdésnél azt vizsgáltam, hogy a kisgyermeknevelők véleménye szerint melyek azok a tényezők, amik pszichés zavarokat okozhatnak gyermekkorban. Hét válaszlehetőség közül lehetett választani és egyszerre több lehetőséget is lehetett jelölni. A legmagasabb értéket az érzelmi elhanyagolás – itt 112 jelölés történt – és a kötődés minősége (102 válasz) opció kapott. Dolgozatom első fejezetében azért fektettem nagy hangsúlyt a témára, mert – véleményem szerint - ezek a tényezők nagy jelentőséggel bírnak a gyermek későbbi életéiben.

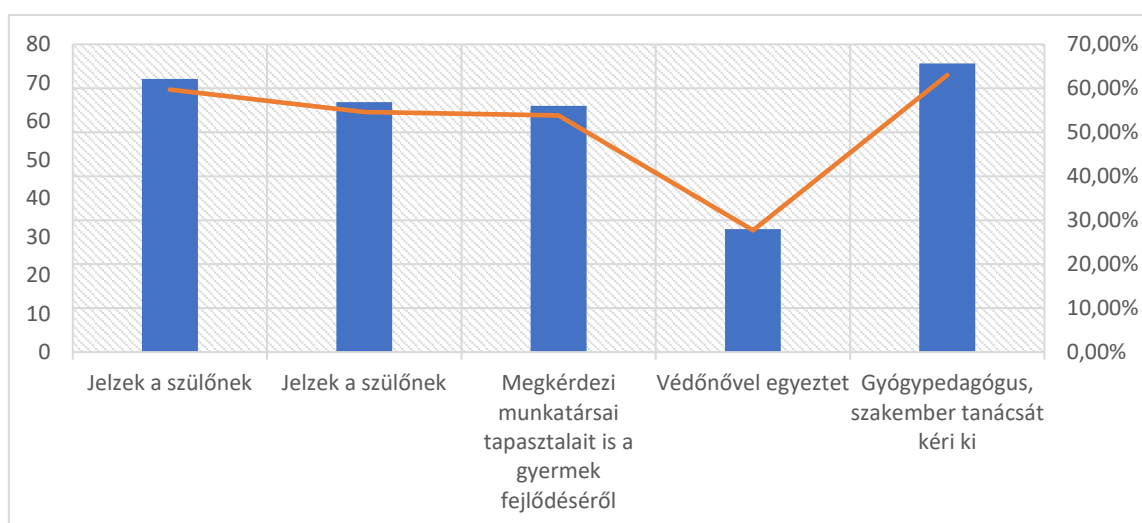
10. ábra Pszichés zavarokat kiváltó okok (n=376)



(Forrás: saját szerkesztés)

A vizsgálatom 11. kérdésében arra voltam kíváncsi, hogy a kisgyermeknevelő mit tehet, ha eltérést lát, észlel a kisgyermek fejlődésében. Úgy gondolom, hiszen számos alkalommal tapasztaltam már, hogy a kisgyermeknevelő kompetencia hiánya miatt nem jelzett sem a szülő, sem további szakemberek felé. Ezt a kérdést azért tartom fontosnak, mert az időben észlelt fejlődési elakadások esetén a gyermeket megfelelő szakember felé irányítva, megakadályozhatjuk a nagyobb hátrányok kialakulását. A legtöbb kisgyermeknevelő (63%) azt a választ adta, hogy gyógypedagógus vagy szakember tanácsát kéri ki. Érdekes volt, hogy a válaszadók 27,7%-t jelölte a védőnővel való egyeztetést. A kisgyermek megváltozott időközönként járnak a védőnői vizsgálatokra, itt a védőnőnek lehetősége van levonni a következtetéseket, hogy a gyermek megfelelően fejlődik-e. Gyakrabban látja a védőnő az adott kisgyermeket, mint egy kirendelt gyógypedagógus, illetve a védőnő az a személy, aki már ismeri a családi körülményeket, valamint a születéstől fogva nyomon követi a gyermek fejlődését.

11. ábra Jelzőrendszer (n=307)



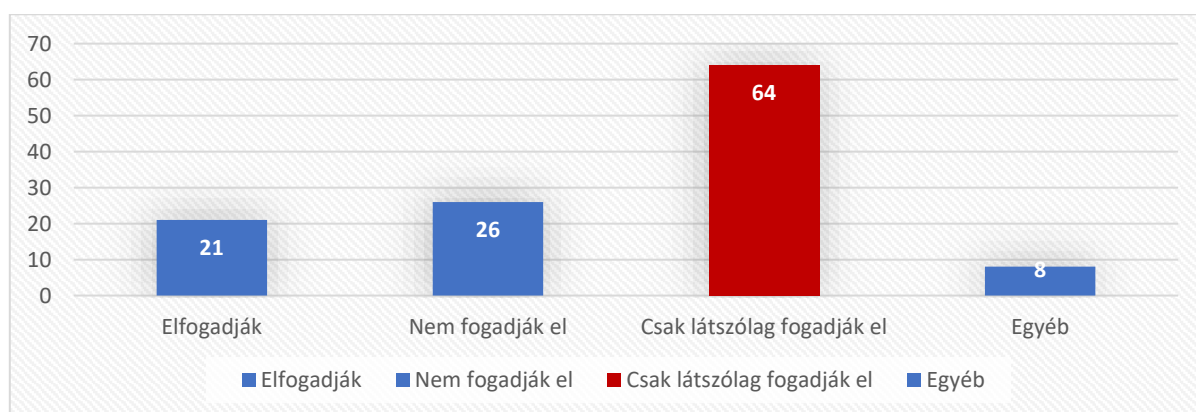
(Forrás: saját szerkesztés)

A következő kérdés (12.) arra próbált rávilágítani, hogy a szülők, hogyan reagálnak, mikor a kisgyermeknevelő felhívja a figyelmüket, hogy gyermeküknel fejlődési vagy akár magatartási probléma merül fel. Ebben a kérdésben 5 fajta választási lehetőséget állítottam össze.

A legtöbb kisgyermeknevelőnek az volt a tapasztalata, hogy a szülők többsége csak látszólag fogadja el a problémát. A 119 válaszadóból 64-en - 53,8% - adták meg ezt a lehetőséget. Azt, hogy a szülők nem fogadják el, hogy bizonyos probléma felmerülhet, a válaszadók 21,8%, vagyis 26 fő válaszolta. A válaszadókból mindössze 21 fő (17,6%) volt az, aki úgy tapasztalta, hogy a szülők elfogadják, hogy gyermeküknel gond van.

Véleményem szerint ezek a számok sajnos jól tükrözik a valóságot, mert sokszor tapasztalható a szülők körében, hogy nehezen, vagy egyáltalán nem fogadják el, ha gyermeküknel probléma vetődik fel.

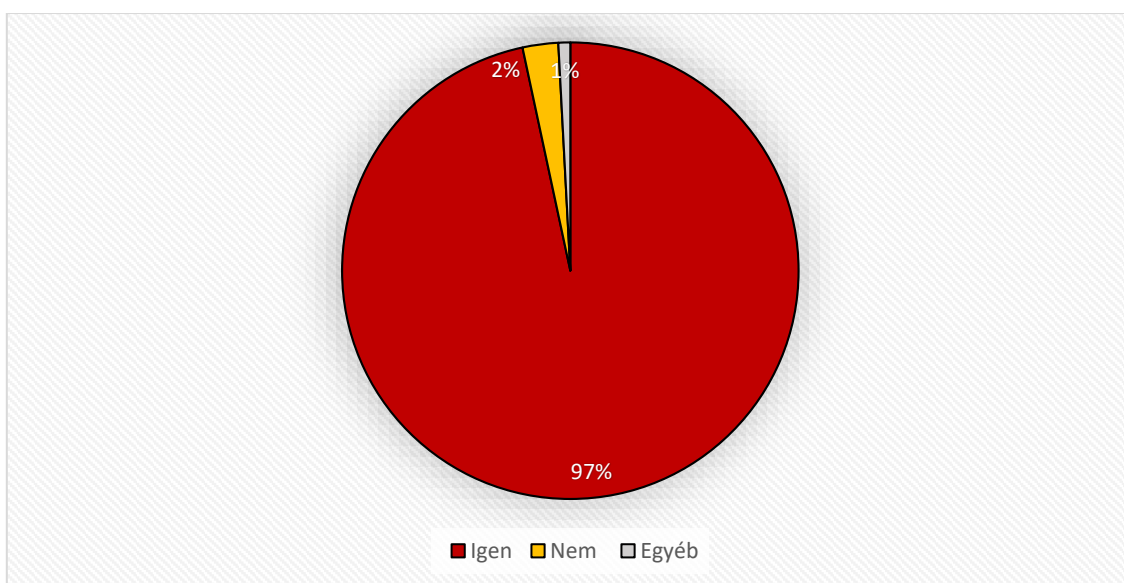
12. ábra Szülők reakciója (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

Kérdőívem utolsó előtti kérdésében (13.), arra voltam kíváncsi, hogy a kisgyermeknevelők, mit gondolnak, hogy szerintük több-e az atipikusan fejlődő gyermek manapság. Ezt a kérdést azért tartottam fontosnak feltenni, mert napjainkra a világunk nagyon felgyorsult. A felnőtteket és a gyermekeket is egyre több inger éri, már akár a perinatális korban is. Úgy gondolom, hogy ezek a tényezők nagyban befolyásolják a gyermek egészséges fejlődési kimenetelét. Ezt a kérdésre adott válaszok is jól tükrözik. A 119 válaszadóból 115 (97%) tartja úgy, hogy több az atipikus fejlődés napjainkban.

13. ábra Atipikus gyermekek napjainkban (n=119)



(Forrás: saját szerkesztés)

A kérdőívem utolsó kérdése (14.) egy nyitott kérdés volt, itt a válaszadók szabadon eldönthették, hogy adnak-e valamilyen választ vagy sem. Viszonylag magas az összes válaszadóból (119 fő), 85-en írták le a véleményüket arról, hogy mi járulna hozzá munkájuk sikerességéhez. Egy-egy válaszadó több lehetőséget is írt. A legtöbb válaszadó a szakemberek állandó jelenlétét és elérhetőségét említette meg. A másik (34 fő) legtöbbször felvetett megoldás, a megfelelő számú és minőségű továbbképzések hozzáférhetősége volt. 15 válaszadó tett említést arról, hogy fontosnak tartaná a szülők együttműködését. Amit még relevánsnak tartok megemlíteni - erről 7 válaszadó nyilatkozott - az a fejlesztő eszközök biztosítása az intézményekben.

14. ábra Szükséges fejlesztések (n=100)



(Forrás: saját szerkesztés)

7.4. A vizsgálat eredményeinek összegzése

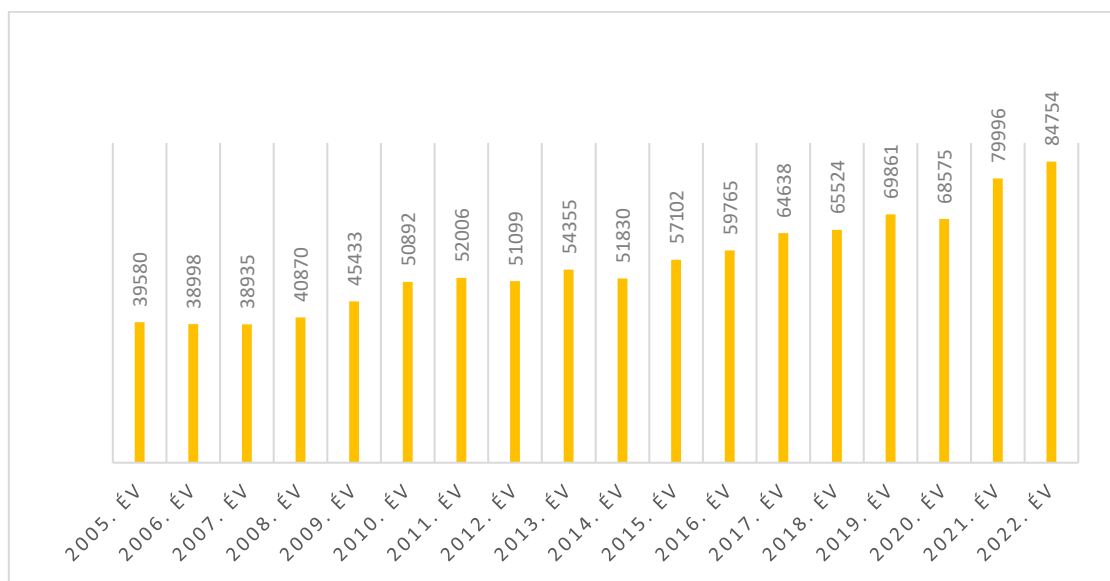
A bevezető szociodemográfiai kérdéseket követően kérdőívem 5-8. kérdéseinek segítségével a kisgyermeknevelők korai fejlesztés lehetőségeiről való tájékozottságát vizsgáltam. A kapott eredményekből azt a következtetést vonom le, hogy a kisgyermeknevelők nem ismerik megfelelően a korai intervenció nyújtotta lehetőségeket. Úgy gondolom, hogy a korai fejlesztést minden településen biztosítani kellene, ez által jobban érthetővé válna a szükségessége. Fontosnak tartom, hogy a hátrányos helyzetű családok is hozzáférjenek a szolgáltatáshoz. Különösen lényeges lenne ez kisebb, szegregált településeken, ahol a szülők tájékoztatása, edukációja is egy jelentős feladat volna.

A kérdőívem utolsó részében az atipikus fejlődést befolyásoló tényezőkről kérdeztem a kisgyermeknevelőket. Véleményem szerint a helyzet nem biztató. A kisgyermeknevelők többsége jelezte, hogy meglátása szerint több az eltérő fejlődésű gyermek napjainkban. A probléma ezzel az, hogy a szülők nagy része nem kíván erről tudomást venni, ahogy az a 12. kérdésemre adott válaszokból is megmutatkozott.

Az utolsó kérdésemre adott válaszokból érzékelhető, hogy a kisgyermeknevelők sokszor eszköztelenek a problémával kapcsolatban. Fontosnak tartanak a szakember állandó jelenlétét az intézményben és a folyamatos továbbképzéseket a témával kapcsolatban.

Ahogy a 15. ábrán is látható, a védőnők által észlelt fejlődési problémák száma évről-évre növekszik. Ez megerősíti a kisgyermeknevelők válaszai alapján kapott eredményem.

15. ábra A védőnők által gondozott csecsemőknél és kisgyermekeknél észlelt elváltozások



(Forrás: KSH)

7.5. Következtések

A vizsgált eredmények azt jelzik számomra, hogy bár a bölcsődei intézmények számának növelése pozitív irányban változott, de egy fejlődési probléma felismerésétől a rendszerbe való bekerülésig több hónap is eltelhet. A kisgyermeknevelők nem megfelelő tapasztalata és a szülők hiányos ismerete a témáról bizonytalanságot ébreszthet mindkét félben.

A szükségszerű oktatással számos konfliktust elkerülnének a pedagógusok. A szülők pedig kevésbé éreznék magukat elveszve, mivel a szülők jelentős része nincsen tisztában a korai intervenció fogalmával.

7.6. Javaslatok

A kérdőívek feldolgozása során azt tapasztaltam, hogy a kisgyermeknevelők, és véleményük szerint a szülők sem rendelkeznek kellő információval, ismerettel a fejlődési elakadásokkal és a korai fejlesztéssel kapcsolatban. Ezt okozhatja az szülők és a kisgyermeknevelők túlterheltsége is, mivel nincs elég idejük szakirodalmakat, vagy publikációkat olvasni az adott témáról. Az a

kérdés is felmerül bennem, hogy esetleg a kisgyermeknevelő nem biztos, hogy a helyes módszerrel közli a szülővel a problémát, ami a szülőben akár sértődöttséget is kiválthat.

Ezért lenne fontos, hogy elfogadható számú szakember (gyógypedagógus, konduktor, pszichológus) jelen legyen az intézményben és ha kell, akár továbbképzéseket tartsanak nem csak kisgyermeknevelőknek, a szülőknek is.

Nem elhanyagolható tény az sem, hogy a mai világban egyre több hatás éri a gyermekeket, ezért is lenne fontos akár védőnőkkel, de más szakemberekkel is előadásokat tartani szülők és pedagógusok számára egyaránt. A szülők felvilágosítását a mozgásfejlődés jelentőségéről is egy kiemelt fontosságú célnak tartom. Ezzel számos később megmutatkozó probléma elkerülhető lenne.

8. Összegzés

Mint leendő pedagógus, kisgyermeknevelő kötelességemnek érzem, hogy a megfelelő ismereteket tudjuk átadni a szülőknek a korai fejlesztés lehetőségeiről. A kisgyermekkor egy szenzitív periódus. Ebben a korban még jelentős változásokat lehet elérni, ha egy esteleges fejlődésbeli zavar vagy elmaradás jelentkezik.

Szakedolgozatomban próbáltam minél teljesebb képet kapni arról, hogy a szülők milyen lehetőségeket ismernek és mennyire elfogadók a kisgyermeknevelők jelzéseivel kapcsolatban.

Szakedolgozatom elméleti részében a szakirodalmak alapján leírtam az egészséges személyiséget befolyásoló tényezőket, majd a beszéd- és mozgásfejlődés témát dolgoztam fel. Az utolsó részben pedig a pszichés problémákról tettem említést.

Céлом, hogy rávilágítsak és érthetővé tegyem a szülők számára a korai fejlesztés fontosságát és lehetőséget biztosítsak számukra is a jövőben az elérhető továbbképzésekről, programokról.

A vizsgálatom eredményeiből azt a következtetést vontam le, hogy sem a szülők, sem pedig a kisgyermeknevelők nem rendelkeznek a kellő mértékű tudással a témával kapcsolatban. A legtöbb esetben a szülő tudomást sem vesz gyermeke esetleges problémájáról, így a gyermek a későbbi években hátránnyal indulhat. A kutatásomban egyértelmű megerősítést nyert az a felvetésem, hogy napjainkban több az atipikusan fejlődő gyermek. Az, hogy a háttérben milyen problémák merülhetnek fel egy több tényezős dolog. A vizsgálatomban erről is próbáltam élesebb képet kapni.

Fontosnak tartanám az intézmények közötti kommunikáció jelentőségét, valamint a szakemberek állandó jelenlétét a bölcsődékben. Ezzel számos akadályt el tudnánk hárítani a kisgyermek későbbi életéveiben. Azt is egy megoldásnak tartanám, hogy a védőnők esetleg jobb rálátást kapjanak az intézmény falain belül tartózkodó gyermekre. Hiszen ő az a személy, aki már a terhesség első heteitől jelen van a kismama életében.

Szakedolgozatom megírása megerősített a fejlődési elakadások ismeretének jelentőségéről és a korai fejlesztés lényegéről, fontosságáról.

Irodalomjegyzék

1. Aggné P. - V., Mikonya G. - Mészárosné Darvai S. - Szarka E. (2014): *Kora gyermekkori nevelés- és családtörténet*. Budapest: Nemzeti Kulturális Alap.
2. Bittera T. - Juhász Á. (1991): *A megkésett beszédfejlődés terápiája*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
3. Chamberlain D. B. (1986): *Observations of behavior before birth*
Forrás: https://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/kommunikacio_es_fejlodes/magzati_kommunikaci.html
Hozzáférés dátuma: 2024. április 02.
4. Cole M. - Cole S. R. (2006): *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó. pp. 99-226.
5. Crystal D. (1991): *A nyelv enciklopédiája*. Budapest: Osiris Kiadó.
Forrás: https://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/kommunikacio_es_fejlodes/2_a_nyelvs_beszeds_fejlds_llomsai.html
Hozzáférés dátuma: 2024. április 22.
6. Danis I. - Farkas M. - Herczog, M. - Szilvási L. (2011). *A koragyermekkori fejlődés természete - fejlődési lépések és kihívások. Biztos Kezdet Kötetek II*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet pp. 26-39.
7. Dribble K. B. (2006): *International Breastfeeding Journal*. *Szoptatásportál.hu*.
Forrás: <https://szoptatasportal.hu/a-lelki-egeszseg-kotodes-es-szoptatas-jelentosege-az-orokbefogadott-gyerek-es-az-anya-szamara/>
Hozzáférés dátuma: 2024. április 13.
8. Batinder E, (1999): *A szerető anyja*. Debrecen: Csokonai Kiadó. p. 212.
9. F. Lassú Zs - Frankó A. - Kaposiné Czinkóczi A. - Kormos P. (2021): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. Budapest: Magyar Máltai Szeretetszolgálat. pp. 179-306.
10. Farmosi I. (2005): *Mozgásfejlődés*. Budapest-Pécs: Dialóg Campus Kiadó. p. 47.
11. Frederick L. (1994): *A gyöngéd születés*. Budapest: T-Twins Kiadó. III.rész.
12. Gergelyfi R. (2020): *A gyermek fejlődés öt szakasza*
Forrás: <https://mitsportoljak.hu/gyermekek-fejlodes-5-szakasza-mozgasfejlodes/>
Hozzáférés dátuma: 2024. március 28.
13. Gondosné Szabó A. (2012): *A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata. Gyógypedagógiai szemle*, április-június. p. 138.
14. Gopnik A. - Kuhl P. K. - Meltzoff A. N. (2006): *Bölcsék a bölcsőben*. Budapest: Typotex Elektronikus Kiadó Kft.
15. Gósy M. (2000): *A hallástól a tanuláshoz*. Budapest: Nikol Kiadó.

16. Gósy M. (2005): *Pszicholingvisztika*. Budapest: Osiris.
17. Hajós, A. - Erős, E., 2011. A perinatalis depresszió és szorongás megelőzése perikoncepcionális gondozással = Prevention of perinatal depression and anxiety with periconceptional care. *Orvosi hetilap*.
Forrás: <https://real.mtak.hu/77746/>.
Hozzáférés dátuma: 2024. március 30.
18. Hajtó K. - Major Z. B. - Sós P. M. - Tóth A. (2014): *Őrzők*. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
Hidas Gy. - Raffai J. - Vollner J. (2005): *Lelki köldökszinór*. Budapest: Helikon Kiadó. pp. 55-60.
19. Illyés S. (1976): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest: Tankönyvkiadó.
20. József I. (2009): Fejlődépszichológia. "A kompetencia-alapú pedagógusképzés regionális szervezeti, tartalmi és módszertani fejlesztése" -TÁMOP - 4.1.2-08/1/B-2009-0003.
Forrás:
https://janus.ttk.pte.hu/tamop/kaposvari_anyag/jozsef_istvan/a_korai_any_a_gyermek_kapcsolat_s_a_ktds_jelentsge.html
Hozzáférés dátuma: 2024. április 15.
21. József I. (2012): *Fejlődépszichológia nevelőknek*. Kaposvár: Dávid Könyvkiadó
22. Katona F. - Siegler J. (1999): *Orvosi rehabilitáció*. Budapest: Medicina Kiadó.
23. Kereki J. és mtsai. (2020): *Gyermekút - Módszertani Kézikönyv*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit közhasznú Kft. pp. 168-181.
24. Király T. - Szakály Z. (2011): *Mozgásfejlődés és a motorikus képességek fejlesztése gyermekkorban*.
Forrás: https://tamop412a.ttk.pte.hu/TSI/Kiraly-Szakaly%20-%20Mozgasfejlodes%20es%20a%20motorikus%20kepesssegek%20fejlesztese%20gyermekkorban/mozgasfejlodes_korr.html#d5e783
Hozzáférés 2024. április 15.
25. Lakatos K. (2000): *Állapot és mozgásvizsgáló teszt*. Budapest: Xfer Kiadó.
26. Leff R. J. (2010): *Másállapot*. Budapest: Háttér Kiadó. pp. 201-204.
27. Lengyel Z. (1981): *A gyermeknyelv*. Budapest: Gondolat Kiadó [Online]
Forrás:
https://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/kommunikacio_es_fejlodes/preverblis_szakasz_csecsemkor.html
Hozzáférés dátuma: 2024. április 04.
28. Marton-Dévényi É. - Szerdahelyi M. - Tóth G. - Keresztesi K. (1999): *Alapozó Terápia*. 1999. 1. Különszám. Budapest: Mentor Szanator Kft..
29. Másállapot, 2019. *Másállapot.hu*.
Forrás:
https://masallapot.hu/wpcontent/uploads/2020/02/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf
Hozzáférés dátuma: 2024. március 30.

30. Medlock S. - Ravelli A.C.J - Tamminga P. - Mol B.W.M. - Abu-Hanna A. (2011): Prediction of Mortality in Very Premature Infants: A Systematic Review of Prediction Models. Published online September 8, 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0023441. Forrás: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0023441> Hozzáférés: 2024. március. 30.
31. Meixner I. (2012): *A dyslexia prevenció, reeducáció módszere*. Budapest: Meixner Alapítvány. Forrás: <https://pdfcoffee.com/meixneridyslexiapdf-pdf-free.html> Hozzáférés: 2024. április 01.
32. Mérei F. - V. Binét Á. (1993): *Gyermekelektan*. Budapest: Gondolat Kiadó. pp. 14-39.
33. Pikler E. - Falk J. - László M. - Tardos A. (1972): *Az egészséges csecsemő és gyermek fejlődése és gondozása*. Budapest: Medicina Tankönyvkiadó. pp. 41-147.
34. Stephens-Sarlós E. (2022): *A Stephens-Sarlós-program*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó. pp.18-51.
35. Sugárné K. J. (2001): A „hangos” kommunikáció fejlődése és szerepe a korai szocializációban. Budapest: Scienta Humana Kiadó
Forrás:
https://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/kommunikacio_es_fejlodes/preverblis_szakasz_csecsemkor.html
Hozzáférés dátuma: 2024. április 04.
36. Szvatkó A. - Arató D. - Bodnár E. - Fodorné Földi R. (2016): *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. pp.12-17.
37. Tasnádi Á. (2008): A pszichés fejlődés zavarai típusainak felismerése sajátosságai és életviteli jellemzői *Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatal*. pp.15-18.
Forrás:
https://www.nive.hu/Downloads/Szakkepzesi_dokumentumok/Bemeneti_kompetencia_k_meresi_ertekelesi_eszkozrendszerenek_kialakitasa/3_1284_018_101030.pdf
Hozzáférés dátuma: 2024. április 02.
38. Vallières S. (2012): *Pszichotrikkók 0-3 éves korig*. Budapest: Libri Kiadó. pp.17-86.
39. Vekerdy T. (2011): *Érzelmi biztonság*. Budapest: Kulcslyuk kiadó. pp. 25-51.
40. Vida Á. (2011): *Babapszichológia*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó.

Ábrajegyzék

1. ÁBRA ÉLETKOR MEGOSZLÁSA (N=119)	39
2. ÁBRA LAKÓHELY TÍPUSA (N=119)	40
3. ÁBRA MUNKÁBAN TÖLTÖTT ÉVEK SZÁMA (N=119)	41
4. ÁBRA SZAKKÉPESÍTÉS (N=119)	42
5. ÁBRA SZÜLŐK ISMERETE A KORAI INTERVENCIÓ NYÚJTOTTA LEHETŐSÉGEKRŐL (N=119)	42
6. ÁBRA KORAI FEJLESZTÉS LEHETŐSÉGE(N=119)	43
7. ÁBRA A KORAI FEJLESZTÉS IGÉNYBEVÉTELÉNEK LEHETŐSÉGEI (N=110)	44
8. ÁBRA KORAI FEJLESZTÉST IGÉNYELHETŐ GYERMEKEK ÉLETKORA (N=119)	44
9. ÁBRA ATIPIKUS FEJLŐDÉST KIVÁLTHATÓ TÉNYEZŐK (N=356)	45
10. ÁBRA PSZICHÉS ZAVAROKAT KIVÁLTÓ OKOK (N=376)	46
11. ÁBRA JELZŐRENDSZER (N=307)	47
12. ÁBRA SZÜLŐK REAKCIÓJA (N=119)	47
13. ÁBRA ATIPIKUS GYERMEKEK NAPJAINKBAN (N=119)	48
14. ÁBRA SZÜKSÉGES FEJLESZTÉSEK (N=100)	49
15. ÁBRA A VÉDŐNŐK ÁLTAL GONDOZOTT CSECSEMŐKNÉL ÉS KISGYERMEKEKNÉL ÉSZLELT ELVÁLTOZÁSOK	50

1. TÁBLÁZAT A TIPIKUS FEJLŐDÉS SZAKASZAI	29
--	----

Kérdőív

Fejlődési elakadások és pszichés zavarok gyermekkorban

Schelhammer Nikoletta végzős hallgató vagyok a MATE Neveléstudományi Intézet Csecsemő- és kisgyermeknevelő levelező tagozatán. Szakdolgozatom témája a fejlődési elakadások és pszichés zavarok gyermekkorban, mely megírásához kérem szíveskedjenek a kérdőívet kitölteni, mely névtelenül kerül feldolgozásra. A segítségüket előre is köszönöm.

1. Az ön születési éve?

2. Település. ahol ön dolgozik?

- ☐ Főváros
- ☐ Vármegyeszékhely
- ☐ Város
- ☐ Község

3. Mennyi ideje dolgozik kisgyermeknevelőként?

- ☐ 0-5 éve
- ☐ 5-10 éve
- ☐ 10-15 éve
- ☐ 15-20 éve
- ☐ 20-25 éve
- ☐ 20-30 éve
- ☐ több, mint 30 éve

4. Kérem jelölje az alábbiak közül az ön szakképesítését!

- ☐ csecsemő- és kisgyermeknevelő (BA)
- ☐ csecsemő- és kisgyermeknevelő (OKJ)
- ☐ csecsemő- és kisgyermekgondozó (OKJ)
- ☐ csecsemő- és kisgyermeknevelő asszisztens (FOKSZ)
- ☐ egyéb

5. Tapasztalati szerint a szülők tisztában vannak a korai intervenció nyújtotta lehetőségekkel gyermekeik számára?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ egyéb

6. A településen, ahol ön dolgozik, lehetőség van korai fejlesztés igénybevételére?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

- 7. Amennyiben igen, kérem jelölje meg, hogy mik a korai fejlesztés igénybevételének a lehetőségei?**
- ☐ Korai Fejlesztő Központ
 - ☐ Pedagógiai Szakszolgálat
 - ☐ Bölcsőde
 - ☐ Érintett családok otthona
 - ☐ Egyéb
- 8. Ön szerint mikortól vehet részt a gyermek korai fejlesztésben?**
- ☐ 0 éves kortól
 - ☐ 1-3 éves korig
 - ☐ óvodás kortól
- 9. Ön szerint milyen tényezők válhatnak ki egy atipikus fejlődést egy kisgyermeknél? (jelöljön be egyet vagy többet)**
- ☐ Szülők túlterheltsége
 - ☐ Érzelmi elhanyagolás
 - ☐ Okoseszközök korai használata
 - ☐ Nem megfelelő szociális háttér
 - ☐ A szülők alacsony iskolázottsága
 - ☐ A szülők túl iskolázottsága
 - ☐ Egyéb
- 10. Ön szerint mik válhatnak ki pszichés zavarokat gyermekkorban? (jelöljön egyet vagy többet)**
- ☐ A kötődés minősége
 - ☐ Stressz
 - ☐ A gyermek környezete
 - ☐ Érzelmi elhanyagolás
 - ☐ Társakkal való kapcsolat
 - ☐ Egyéb
- 11. Amennyiben Ön vette/venné észre, hogy gyermeke nem megfelelően fejlődik mit tett/tenne?**
- ☐ Jelzek a szülőnek.
 - ☐ További megfigyeléseket végzek.
 - ☐ Megkérdezi munkatársai tapasztalatait is a gyermek fejlődésével kapcsolatban.
 - ☐ Védőnővel egyeztet.
 - ☐ Gyógypedagógus szakember tanácsát kéri ki.
- 12. Tapasztalatai szerint, hogyan fogadják a szülők az észrevételt?**
- ☐ Elfogadják.
 - ☐ Nem fogadják el.
 - ☐ Csak látszólag fogadják el.
 - ☐ Egyéb

13. Ön szerint napjainkban több-e az atipikusan fejlődő gyermek?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Egyéb

14. Mi az, ami az Ön munkáját megkönnyítené? (Eszközök, oktatás, szakemberek stb.)

Nyilatkozat

Konzulensi nyilatkozat

NYILATKOZAT

Schelhammer Nikoletta (név) (hallgató Neptun azonosítója: TUE3ER) konzulenseként nyilatkozom arról, hogy a szakdolgozatot áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfóliót a záróvizsgán történő védelemre javaslom / nem javaslom¹.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem^{*2}

Kelt: Kaposvár, 2024. április 24.


belső konzulens

¹ A megfelelő aláírással.

² A megfelelő aláírással.

Hozzáférfési nyilatkozat

NYILATKOZAT

a szakdolgozat nyilvános hozzáféréséről és eredetiségéről

A hallgató neve: Schelhammer Nikolett
A Hallgató Neptun kódja: TUE3ER
A dolgozat címe: Fejlődési elakadások, pszichés problémák gyermekkorban
A megjelenés éve: 2024
A konzulens intézetének neve: MATE Kaposvári Campus
A konzulens tanszékének a neve: Gyermeknevelési Tanszék

Kijelentem, hogy az általam benyújtott szakdolgozat¹ egyéni, eredeti jellegű, saját szellemi alkotásom. Azon részeket, melyeket más szerzők munkájából vettem át, egyértelműen megjelöltem, és az irodalomjegyzékben szerepeltettem.

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

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

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

Tudomásul veszem, hogy dolgozatom elektronikus változata feltöltésre kerül a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem MATER Hallgatói Dolgozatok repozitóriumába. Tudomásul veszem, hogy a megvédett és

- nem titkosított dolgozat a védést követően
- titkosításra engedélyezett dolgozat a benyújtásától számított 5 év eltelte után

nyilvánosan elérhető és kereshető lesz az Egyetem MATER Hallgatói Dolgozatok repozitóriumában.

Kelt: Kaposvár, április 24.



Hallgató aláírása

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.