

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2010 – XXXVIII. évfolyam

1

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Alapító-főszerkesztő:	Gordosné dr. Szabó Anna
Főszerkesztő:	Rosta Katalin
Tervezőszerkesztő:	Durmits Ildikó
Szöveggondozás:	PRAE.HU Kft.
Szerkesztőbizottság:	Benczúr Miklósné Csányi Yvonne Farkasné Gönczi Rita Fehérné Kovács Zsuzsa Gereben Ferencné Mohai Katalin Szekeres Ágota
Digitális szerkesztés:	Pál Dániel Levente (paldaniel@gmail.com)
Digitális megjelenés:	www.gyogypedszemle.hu

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com

Megvásárolható: Krasznár és Fiai Könyvesbolt
1071 Budapest, Damjanich u. 39.

HU ISSN 0133-1108

2010. január–március

Felelős kiadó:

TÓTH EGON elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete,
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (toth.egon@fszk.hu)

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

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1008 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440

További információ: 06 80/444-444;

Egy szám ára: 400,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként.

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

Nyomda:

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

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

Tartalom

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Csányi Yvonne, Zsoldos Márta</i> : Diszfáziás hallássérült tanulók (gyógy)pedagógiai tipológiája	1
<i>Radványi Katalin, Mede Perla, Regényi Enikő Mária</i> : Az értelmileg akadályozott iskoláskorú gyermekeket ellátó intézmények helyzete – kérdőíves felmérés eredményei	14
<i>Bóna Judit</i> : Mindig hadar-e a hadaró? – Akusztikai-fonetikai vizsgálatok tanulságai	24
<i>Kereki Judit</i> : A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata	32
<i>Ribiczey Nóra</i> : Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására	46

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

Lányiné Engelmayer Ágnes: Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés (<i>Zászkaliczky Péter</i>)	61
Torey Hayden: Szellemlány (<i>Tóth Noémi</i>)	68
Budayné dr. Balkay Sarolta – dr. Bődör Jenő: Egyéni korrekció (<i>Hatos Gyula</i>)	69
Hatos Gyula: Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük (<i>Vágó Éva Anna</i>)	71

FIGYELŐ

Mozgásjavító Kupa (<i>Benczúr Miklósné</i>)	73
---	----

IN MEMORIAM

Subosits István (<i>Lőrik József</i>)	80
---	----

KITÜNTETÉSEK, ELISMERÉSEK	82
---------------------------	----

HÍREK, INFORMÁCIÓK A MAGYE ÉLETÉBŐL	84
-------------------------------------	----

A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2009-ben	87
---	----

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Hallássérültek Pedagógiája Tanszék

Diszfáziás hallássérült tanulók (gyógy)pedagógiai tipológiája*

CSÁNYI YVONNE, ZSOLDOS MÁRTA

yvonne@barczi.elte.hu, zsoldos.marta@barczi.elte.hu

Absztrakt

A tanulmány a hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai szempontú altípusait feltáró kutatás eredményeit ismerteti. Az elsősorban nyelvi területeket érintő, a hallás károsodására közvetlenül vissza nem vezethető neurogén tanulási zavart mutató diszfáziás tanulók számaránya az utóbbi évtizedben jelentősen emelkedett a hallássérültek tanintézményeiben.

Országos szintű felmérés keretében tartós gyógypedagógiai megfigyelés alapján feltártuk a hallássérüléshez társuló diszfázia tüneti rendszerét, hogy megállapítsuk a lehetséges altípusokat pedagógiai szempontból. Strukturált kérdőíves felmérés alapján a hallássérültek iskoláinak 557 fős teljes tanulói populációjából 176 fő (31,6%) diszfáziás tüneteket mutató tanuló adatának feldolgozása történt meg a hallásszint, a kognitív képességek, a beszéd-nyelvi teljesítmények, a tanulás és magatartás, ill. a családi háttér szempontjából.

Matematikai statisztikai számításokkal igazolva a következő altípusokat sikerült elkülöníteni: 1.) Súlyos fokú általános diszfázia 2.) Elsősorban a nyelvi területeket érintő közepes fokú diszfázia 3.) A nyelvi területeket csak részlegesen érintő közepes fokú diszfázia

Az altípusok nem korrelálnak sem a hallássérülés fokával, sem az értelmi szinttel.

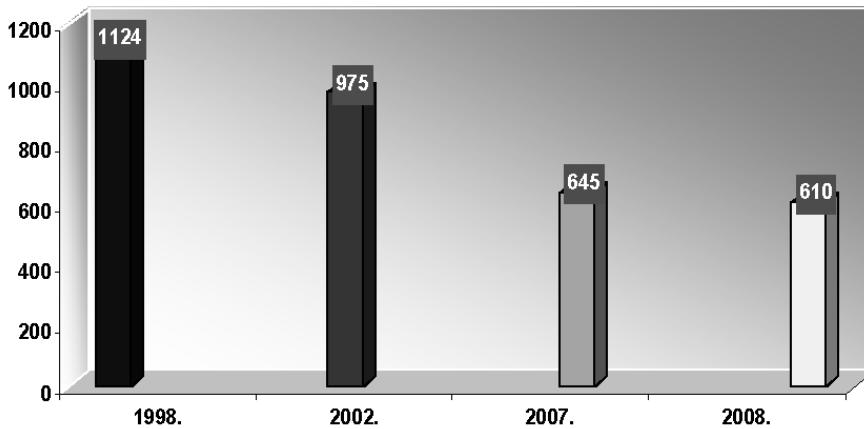
Szerzők javaslatokat tesznek a diszfáziás tanulók speciális fejlesztésére.

Kulcsszavak: hallássérüléshez társuló diszfázia, (gyógy)pedagógiai tipológia, expresszív/ receptív nyelvi területek, kognitív-pszichomotoros képességek, differenciáló eljárások

Az elmúlt évtizedben a hallássérültek speciális iskoláiban a tanulói létszám fokozatos csökkenése mellett (*1. ábra*) tipikus tendenciaként jelentkezik az ún. diszfáziás gyermekek számarányának jelentős és egyenletes emelkedése.

A hallássérüléshez társuló diszfázia olyan neurogén eredetű, komplex tanulási zavar, amely elsősorban a nyelvi területeket érinti, de nem vezethető vissza közvetlenül a hal-

* A szacikk poszter változatát a Fogyatékos Emberek Világnapja (2008) alkalmából rendezett, Kitárt Ajtók Ünnepe című kari tudományos program keretében mutatták be.



1. ábra: Létszámcsökkenés a hallássérültek speciális intézményeiben

lás károsodására, vagy nem magyarázható értelmi elmaradással (UDEN 1988). Rendhagyó módon specifikus nyelvi zavarként (specific language impairment, SLD) is értelmezhetjük, mivel az „SLI-definíciókban” hangsúlyos a nyelvelsajátítás folyamán jelentkező akadályok látszólagos indokolatlansága és nehezen tisztázható etiológiája, továbbá a kategória a kommunikáció zavarainak viszonylag tág tartományát foglalja magába a gyakran csatlakozó kognitív, motoros, ill. figyelmi problémákkal együtt. Hasonlóan, a hallássérültek „diszfázia típusú” járulékos tanulási zavarának összetett tüneti képe a következményesnél súlyosabb fokú nyelvi- és beszédfejlődési akadályozottságban, diszpraxiás és szenzomotoros integrációs zavarra utaló pszichomotoros jellemzőkben nyilvánul meg, bizonyos cerebrális struktúrák diszfunkcióinak feltételezett következményeként (AUSTEN – CROCKER 2004; CSÁNYI 1992, 2003; CSÉPE 2003; GERBENNÉ 2007; MÉSZÁROS – KAS 2008; NAGYNÉ RÉZ 2004; ZSOLDOS – FAZEKAS 2005; ZSOLDOS 2007).

A hallássérült tanulók populációjának napjainkra jellemző változása komoly gondot okoz a szakterületi intézmények gyógypedagógusainak, mivel a diszfázia korábban nem alkalmazott módszertani eljárásokat és óraszervezési technikákat igényel, ráadásul a specifikus nyelvi zavar, valamint a kísérő pszichomotoros tünetek változatos formában, sajátos összetételben jelennek meg a hallási fogyatékoság enyhébb vagy súlyosabb mértéke mellett.

Az érintett tanulók nagyobb arányú jelenléte minden bizonnyal jelentősen módosítja és megnöveli a gyógypedagógusok szakmai tennivalóinak körét. Mindezek motiválták kutatásunk témaválasztását, a hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai szempontú altípusainak meghatározását.

A kérdéskörrel foglalkozó eddigi nemzetközi és hazai kutatásokban – Anton van Uden, holland pszichológus 1980-as évekre visszatekintő úttörő munkája nyomán – nagyobb hangsúlyt kapott a gyógypedagógiai pszichológiai differenciáldiagnosztikai szempontú elemzés és az erre alapozó átfogó terápiás irányelvek kidolgozása. Ma már a komplex diagnosztikus rendszer szemléletével működő szakértői gyakorlat valid pszichometriai, ill. nyelvi kompetencia vizsgálati mutatókkal alkot véleményt a hallássérüléshez társuló diszfázia három altípusáról (a diszpraxiás, a szenzomotoros-integrációs és a kevert típusú nyelvi zavarról), és ad egyénhez igazodó fejlesztési javaslatot

(AFFOLTER 2007; CSÁNYI 1992; HELDSTAB 1997; HINDLEY – KITSON 2000; UDEN 1983).

Ugyanakkor a gyógypedagógusok napi tanítási tapasztalatból származó tartós megfigyelései szintén megbízható érzékenységgel jelzik, hogy mely tanulási és viselkedési jellemzők utalhatnak a specifikus nyelvi zavar gyanújára vagy jelenlétére hallási fogyatékos gyermeknél. Sőt, az iskolai munkafolyamat során megismerhető tüneti összképben más minőségi mutatók válhatnak hangsúlyossá, mint a gyógypedagógiai pszichológiai differenciáldiagnosztikai rutinban. Ezért is indokolt megkísérelni a hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai tipológiai rendszerezését, vagyis a pedagógiai tüneti alcsoportok megállapítását, melytől az is várható, hogy elősegítheti az egyéni szükségletek kielégítését célzó újabb módszertani és óraszervezési eljárások kialakítását, alkalmazását.

Kutatási cél

Országos szintű kutatásunk keretében az volt a szándékunk, hogy feltárjuk a hallássérüléshez társuló diszfázia tüneti rendszerét a gyógypedagógusok tartós megfigyelései alapján, és ezáltal kísérletet tegyünk a járulékos specifikus nyelvi zavar gyógypedagógiai altípusainak meghatározására a következő szempontcsoportok figyelembevételével: hallásszint, kognitív képességek, beszéd-nyelvi teljesítmények, tanulás, magatartás, családi háttér.

Hipotézisek

1. A gyógypedagógusok tartós megfigyelései alátámasztják a komplex gyógypedagógiai pszichológiai differenciáldiagnosztikai vizsgálati eredményeket, még ha a tünetegyüttes egyes elemei mutatják is a pszichometriai eredmények és a gyógypedagógusi tapasztalatok minőségi szempontú hangsúlyeltolódását.
2. A megfigyelési tapasztalatok rendszerezése alapján kialakítható a hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai tipológiája, meghatározhatók a tünetegyüttes pedagógiai altípusai.

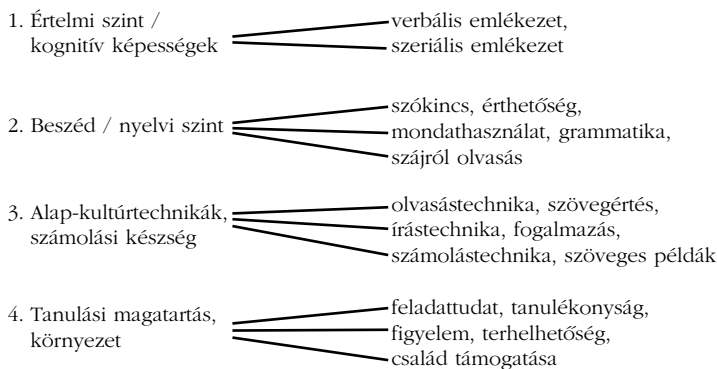
Kérdésfeltevés

1. Mely tünetek jellemzik leginkább a hallássérült tanulók diszfáziáját az iskolai tanulási folyamat során?
2. Milyen összefüggések állapíthatók meg a hosszú távú gyógypedagógiai megfigyelés tapasztalatai alapján?
3. Kialakíthatók-e gyógypedagógiai szempontú altípusok, és ha igen, melyek ezek?

A kutatás módszere

Az alkalmazott módszer egy 44 tételes megfigyelési skála volt, amelyet a kutatás céljából dolgoztunk ki, és az egyes elemeit, vagyis a minősítő kategóriákat a már említett szempontcsoportok mentén rendszereztük (*1. táblázat*). Az így kialakított strukturált szempontsort a hallássérültek nyolc hazai tanintézményében valamennyi gyógypedagógus

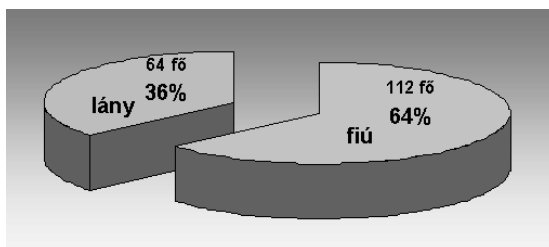
kitöltötte az osztályában tanuló diagnosztizált diszfáziás vagy annak vélt tanulóiról. Véleményt alkottak arról, hogy az egyes minősítő kategóriák általában milyen mértékben jellemzőek az adott gyermekre. Az odaítélés mértéke több fokozatú volt. Ennek megfelelően *jónak, átlagosnak, gyenge vagy igen gyenge szintűnek*, ill. – szükség szerint – *még nem értékelhetőnek* minősíthették az egyes kérdezett képességet, készséget, magatartási jellemzőt, vagy egyéb megfigyelési területet.



1. táblázat: A gyógypedagógiai véleményezés főbb szempontcsoportjai

A kutatási minta

Kutatásunkat 2006-ban végeztük. A hallássérültek nyolc tanintézményének 557 fős teljes tanulói populációjából 176 fő (31,6%) diszfáziás tüneteket mutató, ép értelmű tanuló adatának feldolgozására került sor.

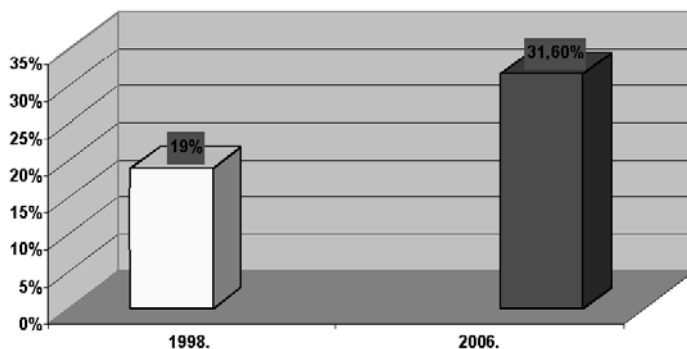


2. ábra: A diszfáziás hallássérült tanulók 176 fős mintájának nem szerinti megoszlása

A pedagógusok által több szempontból jellemzett és a diszfázia tüneteit mutató általános iskolás korú tanulók mintájának nem szerinti megoszlása szembeűnő eltérést mutat. A fiúk erősen felülreprezentáltak. A specifikus nyelvi zavar náluk kétszer gyakoribb, mint a lányoknál. A gyógypedagógusok fiúkat minősítő véleményében sokkal jellemzőbbek a diszfázia súlyosabb tünetei, mint a lányokéban.

A 176 fős tanulócsoport 85%-a (150 fő) rendelkezik a Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság véleményében megfogalmazott diszfázia diagnózissal. A fennmaradó 15%-nál (26 fő) folyamatban van a szakértői vizsgálat, vagy a gyógypedagógusok még nem kezdeményezték, jóllehet nagy biztonsággal érzékelik a komolyabb speciális problémákat.

A diszfáziás minta 176 fős létszáma – amennyiben a teljes tanulói populációéhoz viszonyítjuk – jelentős emelkedést mutat az előző időszakhoz képest, amit bizonyít a Csányi-féle 1998-as felméréssel való összevetés (3. ábra).



3. ábra: A diszfáziás tüneteket mutató hallássérült tanulók létszamarányának emelkedése a speciális intézményekben 1998-2006 között

Indokolt azonban az adatokat az 1998., ill. a 2006. évi teljes tanulói létszám alakulásának összefüggésében is megnézni (1. ábra), ugyanis így az tűnik fel, hogy a diszfáziás tüneteket mutató tanulók előfordulásának aránya lényegében nem változott, csupán a teljes tanulói létszám csökkent majdnem a felére.

	Tanulók	
	Fő	%
alsó tagozat	105	60
felső tagozat	71	40
Összesen	176	100

2. táblázat: A diszfáziás hallássérültek mintájának megoszlása alsó és felső tagozat szerint

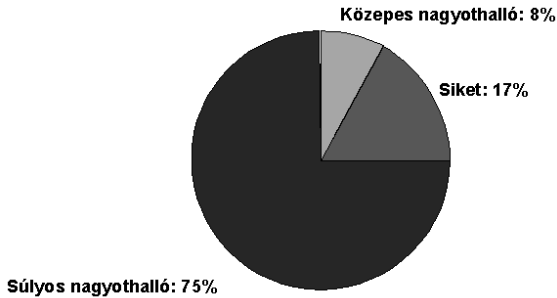
A diszfáziás tanulók előfordulási gyakorisága az alsó és felső tagozaton nem mutat komoly eltérést. Ez a múlthoz képest változást jelent, mert korábban a felsőbb évfolyamokon még kisebb számban voltak jelen a diszfáziás problémákat mutató gyermekek. Miután a hallássérültek speciális iskoláiban az előkészítő tagozattal együtt 10 évfolyamról van szó, egy-egy évfolyamra elosztva az elméletileg számított átlagos létszám: 17,6 fő. A felmérésünkben kapott átlagértékek az alsó és felső tagozatos évfolyamoknál szinte megegyeznek ezzel az értékkel: 17,5 ill. 17,7.

Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ez az arány a jövőben előreláthatólag fokozatosan továbbváltozik, mivel az integrált oktatás hatása egyre erősebben érvényesül, hiszen mind nagyobb számban kerülnek ki a speciális intézményekből azok a gyermekek, akiknél nem jelentkeznek tanulási problémák, és a többségi iskolákban is megállják a helyüket a pedagógiai többlettámogatás igénybevétele mellett.

A diszfáziás tünetek és a hallássérülés foka

Felmerült az a jogosnak látszó gondolat, hogy a specifikus nyelvi zavar tüneteinek előfordulása valamiféle kapcsolatban állhat a hallássérülés súlyosságával. Összehasonlításokat végeztünk, keresve a jelentős együttjárásra utaló adatokat a hallási fogyatékosok mértéke és a diszfázia jegyei között. Korrelációs számításaink alapján azonban mintánkban nem találtunk erre vonatkozóan szignifikáns összefüggéseket.

A 176 fős diszfáziás tanulócsoport hallássérülés mértéke szerinti megoszlása lényegében megegyezett a speciális intézményekbe járó nem diszfáziás gyermekekével: dominálnak a súlyos fokú nagyothallók, de ugyanakkor a másik két kategória, azaz az igen súlyos fokú (siket) és a közepes fokú hallássérültek is jelen vannak a csoportban (4. ábra).

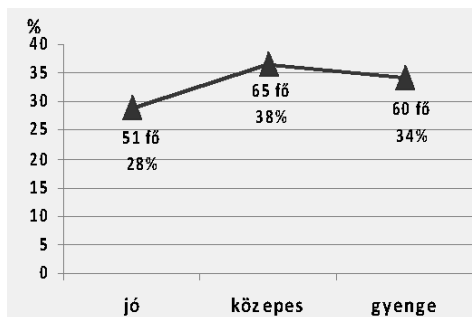


4. ábra: A diszfáziás minta megoszlása a hallássérülés mértéke szerint

A viszonylag enyhébb diszfáziás tüneteket mutató tanulóknál külön is megvizsgáltuk a hallásszintet, de náluk sem volt bizonyítható a jobb hallásfokkal feltételezett jelentős összefüggés.

A diszfáziás tünetek és az értelmi szint

Előljáróban meg kell jegyeznünk, hogy a 176 fős mintában nem volt értelmi fogyatékos, ez a szempont kizáró oknak minősült a kutatási minta kialakításánál. A jó, közepes vagy gyenge értelmi képesség részlegesen szubjektív, átfogó pedagógiai tapasztalatokra épülő minősítésének lehetőségét azonban biztosítottuk. A gyógypedagógusok az értelmi szint megítélésekor nagyjából azonos arányban sorolták be a tanulókat a három adott véleményezési kategóriába (5. ábra).



5. ábra: Az értelmi szint pedagógiai minősítésének megoszlása a diszfáziás hallássérült tanulók 176 fős mintájában

Nagyon lényegesnek tartjuk azt az eredményt, hogy egyáltalán nem mutatkozott együttjárás a diszfáziás tünetek és az értelmi szint megítélése között. A legjobb értelműnek bizonyult csoportnál tapasztalt diszfáziás jegyek nem voltak enyhébbek, éppen ellenkezőleg, az átlagos vagy az annál kissé gyengébb értelmi szintűnek ítélt csoportnál figyelhettük meg a kevésbé súlyos tüneteket (lásd később is a gyógypedagógiai altípusok elemzésénél).

A hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai altípusainak kialakításánál használt matematikai statisztikai eljárások

Az altípusok kialakítására több számítási eljárással tettünk kísérletet az SPSS programmal. Az erős és gyenge pedagógiai jellemzők (minősítési kategóriák) gyakorisági rangsorának felállítása, majd a Khi négyzet próba és a korrelációs számítás 176 fős teljes mintára történő elvégzése után hamarosan kiderült, hogy szükség van a minta 112 főre történő szűkítésére, mivel a legfiatalabb kisiskolások 64 fős csoportja még nem érte el az értékelhető nyelvi teljesítmények (pl. aktív nyelvhasználat, kultúrtechnikák) szintjét. Ezt követően már csak a szűkített mintával dolgoztunk. Első lépésben faktoranalízis történt. Olyan faktorok kialakításával próbálkoztunk, amelyek alá tartozó minősítő kategóriák szignifikáns együttjárásainak rendszere elkülönítheti a hallássérülés melletti diszfázia jellegzetes alcsoportjait. Erre a számítási módra azért is gondoltunk, mert az 1980-as évek elején Anton van Uden (1983, 1988) is ezzel a módszerrel határozta meg a specifikus nyelvi zavar gyógypedagógiai pszichológiai differenciáldiagnosztikai szempontú altípusait. A főkomponens-elemzéssel azonban mintánkban nem tudtuk kialakítani a megfelelően értelmezhető faktorokat. Analízisünk mégsem volt hiábavaló, mert a pedagógiai véleményeket kifejező változó értékek szűkítésével előkészítette és elősegítette matematikai statisztikai számításunk következő lépését, a klaszteranalízist. Ennek során kétféle „technikával” dolgoztunk, a gyors-klaszteranalízissel és az asszociációs-klaszteranalízissel. Több számítási sorozat után végül 3 altípus kialakítása vált lehetségessé.

Főbb eredmények (I., II., III.)

I. A „gyenge” / „igen gyenge” pedagógusi minősítések gyakorisági rangsora a 176 fős teljes mintában

A gyógypedagógusok megfigyelési szempontsorából gyakorisági rangsorba állítottuk a *gyenge* és *igen gyenge* minősítéssel értékelt képesség-, készségterületeket, teljesítményeket, magatartási jellemzőket. Szándékunk az volt, hogy az előfordulás 60% feletti mutatói alapján súlyozzuk, mely tünetek fejezik ki legkarakterisztikusabban a hallássérülés melletti specifikus nyelvi zavart a napi tanítási gyakorlat során (*3. táblázat*).

Érdekes megfigyelni, hogy a 80% feletti gyakoriságú, vagyis a tanulók túlnyomó többségét érintő *gyenge* és *igen gyenge* minősítések – egy kivételével – a nyelv aktív, mondatok használatára alapozott teljesítményeinél jelentek meg. A kivételt a szöveges matematikai feladatok képezik, de ebben az esetben is a mondatok aktív alkalmazásáról, felhasználásáról van szó. Felvetődhet a kérdés, hogy az olvasás-szövegértés egyébként ugyancsak gyengének minősíthető, de a matematikai szöveges feladatoknál kb. 10%-kal jobb eredménye minek köszönhető, amikor ebben az esetben is az írott szöveg

Gyenge / igen gyenge területek	Gyakoriság %
önálló írásbeli kifejezés	88,9 %
grammatika (spontán használat)	88,1 %
szöveges matematikai feladatok	83,5 %
mondathasználat szóban	81,6 %
verbális emlékezet (hosszú távú)	74,8 %
szókincs	74,8 %
szövegértés (olvasás)	74,2 %
beszédérthetőség	68,8 %
verbális szeriális emlékezet	66,3 %
szájról olvasás	60,3 %
olvasástechnika	60,2 %

*3. táblázat: A különböző teljesítmények **gyenge** és **igen gyenge** minősítésének gyakorisági rangsora a diszfáziás hallássérült tanulók teljes mintájában*

értelmezéséről van szó. Arra gondolunk, hogy a látszólagos megfelelés ellenére a matematikai feladatoknál a szöveg minden részletének alapos megértésére és azonnali alkalmazására van szükség, míg az olvasmányok esetében gyakran a hozzávetőleges, nem oly pontos megértés is eredménynek számít. A 70 és 80% közötti gyakorisággal szereplő mindhárom teljesítményfajta a szókincs hiányosságaival van összefüggésben. A 60 és 70% közötti gyakoriság más-más képességet, készséget érint, és valószínű, hogy ezekben az esetekben már jobban szóródik a teljesítmény, azaz vannak jobb szájról olvasók, érthetőbben beszélők, technikailag jobban olvasók (ez nem jelenti a jobb szövegértést!), a feladatok sorozatát emlékezetükben jobban megtartók a megfigyelt csoportjában. Ez a kérdés összefügghet a diszfázia altípusainak a szakirodalomban is leírt jellemzésével, amikor is megállapításra kerül, hogy egyes alcsoportokat jobban érinti a beszédszervi mozgások pontatlansága (diszpraxiás diszfázia), míg másokat az intermodális integrációs problémák (szenzomotoros-integrációs diszfázia) stb.

Két további szempontonál jelentkeztek ugyancsak magas számban a negatív minősítések. A „család tanulást támogató hozzáállása” 74,8%-ban volt gyenge. Ebben az esetben felmerül, hogy a hallássérüléshez társuló további problémák sajnos éppen nem váltják ki a szülők fokozott segítségét, ellenkezőleg gátolják azt. A másik kiemelkedő tényező, a „feladatvégzésnél sok segítség igénye” (67,9%) mutatja, hogy a legtöbb gyermek érzi gyenge teljesítményét, és emiatt fokozottan önállóan.

II. A hallássérültek diszfáziáját minősítő pedagógiai megfigyelések és vélemények közötti összefüggések a teljes mintában

A korrelációsszámítás eredménye szerint a 176 fős tanulói mintában igen sok szignifikáns együttjárás található a megfigyelési skála mutatói között. Azonban az egyes pedagógiai megfigyelési tapasztalatokat – erősségeket és gyengeségeket – kifejező mutatók jelentős kapcsolatainak száma meglehetősen eltérő. Mindenekelőtt kiemeltük a legtöbb erős együttjárással rendelkező megfigyelési szempontokat, mert azt gondolhatjuk, hogy a tanítás-tanulás napi gyakorlata során ezekben nyilvánul meg leginkább a hallássérültek diszfáziájának változatos és összetett tüneti képe. A korrelációs együttjárható értékei

alapján nyolc olyan képesség-, készségterületet, ill. magatartási jegyet választottunk ki, amelyeknek legalább 18-20 szignifikáns ($p < 0,000$) összefüggése volt a többi megfigyelt jellemzővel. Ezek a markáns területek a következők voltak: a) rövid távú verbális emlékezet, b) szerialitást igénylő feladatok végzése, c) olvasástechnika, d) szövegértés, e) szöveges matematikai feladatok megoldása, f) írásbeli önálló kifejezés, g) tanulékonyág és h) teherbírás-terhelhetőség-feladattartás (4. táblázat).

Képességek, készségek, magatartási jellemzők kapcsolatai	r	p
rövid távú verbális emlékezet – szerialitás	,617	,000
rövid távú verbális emlékezet – szókincs	,543	,000
rövid távú verbális emlékezet – szövegértés	,514	,000
szerialitás – hosszú, rövid távú verb. emlékezet	,694	,000
szerialitás – szövegértés	,563	,000
olvasástechnika – szövegértés	,498	,000
olvasástechnika – beszédérthetőség	,454	,000
szövegértés – szókincs	,637	,000
szövegértés – szerialitás	,563	,000
szövegértés – hosszú távú verbális emlékezet	,548	,000
szöveges feladatok megoldása – számolási tech.	,547	,000
szöveges feladatok megoldása – szövegértés	,528	,000
írásbeli önálló kifejezés – szövegértés	,633	,000
írásbeli önálló kifejezés – grammatika	,530	,000
tanulékonyág – rövid, hosszú távú verbális emlékezet	,624	,000
tanulékonyág – szövegértés	,603	,000
teherbírás, terhelhetőség – feladattudat	,711	,000

4. táblázat: A legtöbb erős szignifikáns együttjárást mutató képesség, készség és magatartási jellemző kapcsolatának néhány példája

A korrelációk karakterisztikus mintázata meggyőző képet ad arról, hogy a hallássérültek diszfáziájának specifikus beszédtünetei mely alapkultúrtechnikákkal, kognitív bázisfunkciókkal és tanulási magatartási jellemzőkkel vannak meghatározóan szoros kapcsolatban. Kitéüntetetten fontos szerepük jól értelmezhető a következményesnél nem súlyosabb mértékben eltérő nyelvi fejlődés összefüggéseinek ismeretében.

Ha összevetjük ezt a nyolc területet a gyógypedagógusok által *gyengének* és *igen gyengének* minősített készségek, képességek gyakorisági rangsorával (3. táblázat), akkor részleges egyezést találunk. Azonban így is kitűnik a verbális emlékezeti képesség, a mechanikus és szövegértő olvasási készség, az írásbeli fogalmazás és az ezekre épülő matematikai gondolkodás fokozott diszfázia-érzékenysége.

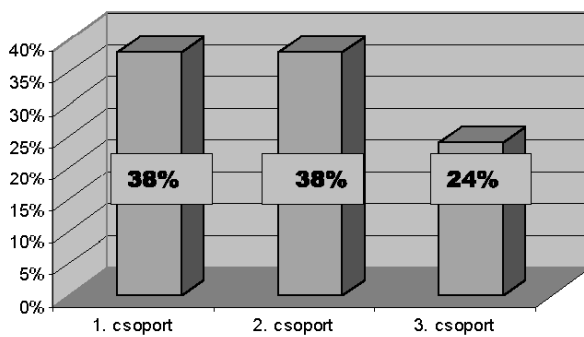
Megnéztük azt is, hogy a kiválasztott, legtöbb erős együttjárást felmutató képesség- és készség jellemzők mely területekkel nem korrelálnak (hol mutatnak gyenge kapcsolatokat). A felmerült nem korreláló területek logikusan adódnak pl. az olvasás és a számolás technika, a szókincs és a számtani gondolkodás esetében. Az értelmezhető tapasztalatok mellett ellentmondásos, ill. nem elfogadható összefüggéseket is találtunk

a rövid távú verbális emlékezet és a szövegértés vagy a szöveges matematikai feladatok között. Erre nem tudunk jelenleg megfelelő magyarázatot adni.

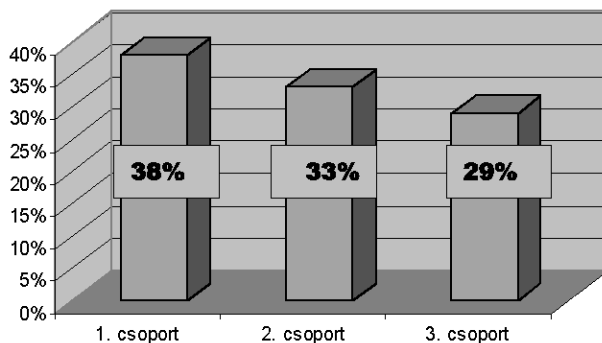
III. A hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai altípusai a szűkített mintában

Mint fent jeleztük, a kisiskolások legfiatalabb csoportjainál nem értékelhető nyelvi teljesítmények miatt 112 főre szűkített mintában a gyors-klaszteranalízis és az asszociációs-klaszteranalízis eredménye tette lehetővé, hogy elkülönítsünk három altípust.

A tanulók létszáma kissé eltérően oszlott meg a kétféle klaszteranalízis alkalmazása során, bár mindkét esetben három jól elkülöníthető csoport alakult ki (6., 7. ábra). Ezeknek az analíziseknek az eredményeképpen is kiderült, hogy az értelmi szint nem játszott szerepet a diszfáziás tünetek előfordulásának gyakoriságánál. Mindkét eljárási mód esetében a jó, ill. az átlagos értelmi szint minősítése dominált, a gyenge minősítés alapján nem is alakult ki önálló csoport.



6. ábra: A hallássérüléshez társuló diszfázia három altípusa az asszociációs-klaszteranalízis alapján a szűkített mintában



7. ábra: A hallássérüléshez társuló diszfázia három altípusa a gyors-klaszteranalízis alapján a szűkített mintában

Mielőtt rátérnénk az alcsoportok részletesebb bemutatására kiemeljük, hogy volt egy olyan képesség, amely valamennyi alcsoportnál és mindkét típusú klaszterelemzésnél teljesen megegyező módon, kifejezetten gyenge vagy igen gyenge szintet mutatott, és

pedig a tartós vagy hosszú távú verbális emlékezet. Ez, a tulajdonképpen, a receptív és expresszív teljesítményeknél közvetlenül nem mért képesség a háttérben húzódik meg, de alapját képezi a nyelvi produkciók rendszerének. Jelzi, hogy nem rögzültek jól a nyelvi struktúrák, ingatag talajon áll a beszédmegértés és a verbális megnyilatkozások valamennyi formája.

Az eredmények nagy vonalakban megegyeztek mindkét klaszteranalízis során. Az alábbiakban mégis a gyors-klaszteranalízis adatai alapján kialakult alcsoportokat fogjuk ismertetni, mivel a határvonalak ebben az esetben élesebben rajzolódtak ki a három kategória között (7. ábra). Az alcsoportok jellemzésénél kettős szempontot követtünk: egyrészt a gyenge, másrészt az átlagos vagy jó teljesítményeket igyekeztünk megragadni. A három alcsoportot a teljesítmények, a diszfáziára jellemző alaptünetek súlyossága alapján különítettük el.

1. altípus: Súlyos fokú általános diszfázia (1. csoport)

Az értelmi szint átlagos. Az expresszív és receptív nyelvi területekre kiterjedő általános zavarról van szó. Igen súlyos elmaradás tapasztalható a hosszú távú emlékezet, a szókincs, a mondatbasználat, a szövegértő olvasás, a morfológiai elemek alkalmazása, az írásbeli kifejezés és a szöveges matematika feladatok megoldása terén. Nehézségek mutatkoznak a rövid távú emlékezet, a beszédérthetőség, a szájról olvasás valamint az írás-, olvasás- és számolástechnika, továbbá a finommozgások vonalán. Az átlagos szinthez való közeledés csupán a nagymozgások kivitelezésekor jelentkezik. Ezek a tanulók az igen gyenge tartós verbális emlékezet támogatására valamelyest hasznosítani tudják az írásképet.

2. altípus: Valamennyi nyelvi területet érintő közepes fokú diszfázia (2. csoport)

A csoportot átlagosan a jó értelem jellemzi. Egységesen jelentkezik a közepes fokú elmaradás a hosszú távú emlékezetnél és valamennyi, az előző altípusnál részletezett fő nyelvi területen, de a fenti kategóriával szemben, egyetlen szempontból sem jellemző a súlyos fokú kiesés. Az átlagoshoz közelít a teljesítmény az írás-, olvasás-, számolástechnika, valamint a nagy- és finommozgások terén. Ezek a tanulók kifejezetten jól támaszkodnak a grafikus képre.

3. altípus: A nyelvi területeket csak részlegesen érintő közepes fokú diszfázia

(3. csoport)

A csoportot az átlagos értelmi szint jellemzi. A közepes fokú elmaradás a következő területeket érinti: hosszú távú emlékezet, valamint a mondatok megértését és alkalmazását igénylő területek (szövegértés, grammatika, szóbeli mondatbasználat, írásbeli kifejezés, szöveges példák megoldása). Ugyanakkor az átlagoshoz közelít a teljesítmény a fentiekben nem érintett valamennyi nyelvi területen (pl.: szókincs, szájról olvasás, beszédérthetőség), az alapvető kultúrtechnikák alkalmazása és a finom-, ill. nagymozgások vonalán.

A fentiek alapján kirajzolódik, hogy még az enyhébbnek tűnő harmadik altípusnál is meglehetősen markánsan jelentkező kommunikációs nehézségek állnak fenn, ugyanakkor a kultúrtechnikák viszonylag magasabb szintű elsajátítása sem ennél a csoportnál, sem a második altípusnál nem jelent támpontot. Így a három alcsoport inkább a hangsúlyok fokozatos eltolódását, semmint jól elkülöníthető típusokat testesít meg.

Pedagógiai, módszertani szempontból a diszfáziás tünetegyüttest mutató tanulók fokozódó jelenléte azt vonja maga után, hogy komoly váltásra van szükség, különös tekintettel arra, hogy ma már az alsó és a felső tagozaton is egyaránt számos osztályban dominálnak a fent jellemzett kategóriákhoz tartozó gyermekek. Igen nagy gondot okoz a tanórákon, hogy az osztálylétszámok jelentős csökkenése ellenére, a tanulói összetétel rendkívül vegyes. Nemritkán fordul elő, hogy ugyanabban az osztályban akár minden tanuló önálló kategóriát jelent. Ennek oka az, hogy egyrészt – ahogyan ez a fentiekből is kiderül – a diszfáziás hallássérültek nem alkotnak homogén csoportot, képességeik erősen megoszlanak, iskolai teljesítményeikben (pl. szövegértő olvasás) sokszor több éves szintkülönbség mutatkozik. Másrészt jelen vannak, sokszor kisebbséget alkotva, a nem diszfáziás tanulók is. Ez utóbbiak esetében fennáll az a veszély, hogy a tanár képtelen egyidejűleg kielégíteni az ő jogos igényeiket is, gyorsabb tempót, magasabb szintű tananyagot biztosítani, más módszereket alkalmazni. Ezeknél az osztályoknál a gyógypedagógus köt tehát egy kompromisszumot: a korábbi tradíciókon nemigen változtatva, az átlagnak tervezi a tananyagot, ami esetleg kevés a jobb képességű tanulóknak, de sok a diszfáziásoknak, és ezen belül próbál differenciálni (pl. több szinten megírni ugyanazt az olvasmányt), valamint lassabb tempót, több gyakorlást biztosítani. Az ép értelmű, nem diszfáziás tanulók ebben az esetben mindenképpen a rövidebbet húzzák, a diszfáziás tanulók közül pedig többen, főleg a súlyosabbak, a tanár minden igyekezete ellenére sem részesülnek olyan oktatásban, amely kihozná belőlük a maximumot.

Mi lehetne a kiút? Egyrészt, amennyiben erre csak mód van, az ép értelmű nem diszfáziás tanulókat át kellene helyezni a siketek osztályaiból nagyothalló csoportokba, a nagyothallók osztályaiból pedig – megfelelő segítő háttér mellett – a hallók osztályaiba. A további lehetőség: az életkortól független, képességek szerint történő állandó vagy akár tantárgyak szerint flexibilisen kialakított csoportok létrehozása. Természetesen még ezekben a csoportokban sem volna nélkülözhető a differenciálás, de a tanulók közötti különbségek valamelyest csökkennének. Újra kellene gondolni valamennyi csoport esetében az ott alkalmazható nyelvi szintet, tankönyveket, ill. a felhasznált módszereket, ideértve a kommunikációs csatornákat is. A további segítséget az egyéni vagy két tanulónak szánt fejlesztés jelenti. Mindehhez fontos kideríteni és rendszeres pedagógiai felmérések során nyomon követni, hogy az egyes tanulóknál mely területek a legsúlyosabban érintettek, ill. melyek a lehetséges támpontok (pl. szájról olvasás, grafikus képre való támaszkodás, figyelem, kitartás). Az így feltárt képességprofilnak megfelelően kellene kidolgozni és megvalósítani az egyéni fejlesztési tervet, melybe lényeges volna beépíteni a diszfáziás tünetek kezelésére specifikusan kidolgozott eljárásaként bevált Affolter-Heldstab-féle módszert.

Összegzés

Válaszolva a hipotézisre és a kérdésfeltevésre megállapítható, hogy a gyógypedagógusok megfelelően kezelték az általunk kidolgozott megfigyelési skála szempontsorát. Tartós tapasztalataik nyomán kialakítható volt a hallássérüléshez társuló diszfázia gyógypedagógiai tipológiája, mert kirajzolódtak az elsősorban az iskolai elvárt teljesítményekhez igazodó, súlyosság szerint elkülöníthető hallássérült diszfáziás altípusok. Ezek a csoportok nem voltak azonosak a pszichometriai eljárásokkal feltárt kategóriákkal, hiszen domináltak a pedagógiailag kívánatos, tanuláshoz szükséges szempontok.

Lényegesnek tartanánk, hogy az így körvonalazott és a gyógypedagógusok munkájához elsődlegesen szükséges altípus-profilok nemcsak a jelen tanulmány érdekeit szolgálják, hanem a pedagógiai megfigyelési szempontsor rendszeres használata, az érintett tanulók évenkénti – ha lehetséges – pedagógiai felmérésekkel (mondathasználat, szövegértés, grammatika használata stb.) is alátámasztott értékelése, kellő alapot nyújtana az általunk szükségesnek tartott, fentiekben vázolt szervezési változtatásokhoz is.

Irodalom

- AFFOLTER, F. – BISCHOFBERGER, W. (2007) *Nichtsprachliches Lösen von Problemen in Alltagssituationen bei normalen Kindern und Kindern mit Sprachstörungen*. Neckar-Verlag GmbH, Willingen-Scheveningen.
- AUSTEN, S. – CROCKER, S. (2004) *Deafness in mind. Working psychologically with deaf people across the lifespan*. Whurr Publishers, London, Philadelphia. 252–271.
- CSÁNYI Y. (1992) A beszéd- nyelvtanulási zavarok diagnosztikájára épített terápia tervezése és végrehajtása hallássérülteknél. *Fejlesztő Pedagógia*, 3–4. 100–104.
- CSÁNYI Y. (2003) Létszám- és részleges profilváltás a hallássérülteket ellátó intézményekben. *GYOSZE*, XXXI. 2. 81–87.
- CSÉPE, V. (2003) A nyelvi zavarok kognitív idegtudományi elemzése. In: Pléh Cs., Kovács Cs., Gulyás B. (szerk.) *Kognitív idegtudomány*. Osiris Kiadó, Budapest. 561–584.
- GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ K. (2007) *A fejlődési diszfázia és diszlexia tünetegyüttesének szerepe az iskolai pályafutás alakulásában három eset gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatának tükrében*. ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai és Logopédiai Szakszolgálat, SZRB, Országos Gyógypedagógiai Szakmai Szolgáltató Intézmény, FSZK.
- HELDSTAB, H. (1997) „Hallom, de nem értem” – Fejlődéses diszfáziás gyermekek korai fejlesztése. In: Zászkaliczky P., Lechta, V., Matuska, O. (szerk.) *A gyógypedagógia új útjai*. Vydavatelstvo, Liecrah Gúth, Bratislava. 343–350.
- HINDLEY, P. – KITSON, N. (2000) *Mental health and deafness*. Whurr Publishers. London, Philadelphia. 127–149.
- MÉSZÁROS A. – KAS B. (2008) A kognitív funkciók megismerésének szerepe a nyelvfejlődési zavar diagnosztikájában. *GYOSZE*, XXXVI. 2. 86–105.
- NAGYNÉ RÉZ I. (2004) Hallássérült fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív képességei. In: Lányiné (szerk.) *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája*. Pszichológia Szemle Könyvtár 7. Akadémiai Kiadó, Budapest. 125–154.
- VAN UDEN, A.M.J. (1983) *Diagnostic testing of deaf children. The syndrome of dyspraxia*. Swets – Zeitlinger, Lisse.
- VAN UDEN, A.M.J. (1988) *Teilleistungsstörungen beim gehörlosen Kind Diagnose und Behandlung*. (Hörgeschädigtenpädagogik: Beiheft: 22) Julius Groos Verlag, Heidelberg.
- ZSOLDOS M. – FAZEKAS A. (2005) Az aktív fogalmi szint vizsgálata diszfáziás és nem diszfáziás hallássérült tanulóknál. *GYOSZE*, XXXIII. 2. 100–113.
- ZSOLDOS M. (2007) Tanulási zavart mutató, diszfáziás hallássérült tanulók intelligenciaprofiljának újabb vizsgálati lehetősége. *Fejlesztő Pedagógia*, 5. 36–41.

Az értelmileg akadályozott iskoláskorú gyermekeket ellátó intézmények helyzete – kérdőíves felmérés eredményei

RADVÁNYI KATALIN, MEDE PERLA, REGÉNYI ENIKÓ MÁRIA
radvani@barczi.elte.hu, medeperla@gmail.com,
regenyi.eniko@barczi.elte.hu

Absztrakt

Az értelmileg akadályozott iskoláskorú gyermekek körében végzett vizsgálatok során egyre nagyobb hangsúlyt kap az intézményi szerkezeti felépítés és a fejlettségi típusok párhuzamos vizsgálata. Jelen vizsgálatunk 2009. májusában zajlott bázisintézményeink bevonásával. Eredményeink bemutatása után az összegzésben fogalmazzuk meg a szakmai tennivalókat.

Kulcsszavak: ÉA iskoláskorú gyermekek, problémák KÁI

1. Bevezetés

Az értelmi akadályozottság (középsúlyos, súlyos fokú értelmi fogyatékoság) fogalma Magyarországon a nemzetközi trendeket követve jelentős változásokon ment keresztül (Hatos, 2008). A tudományos értelmezések minden időben befolyásolják a kutatási trendeket. Ezek a kutatások az adott területen egyrészt a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika, a mikro-, mezo- és makrokörnyezet területeit érintik. Előtérbe került a szociális készségek és adaptív jártasságok vizsgálata (RADVÁNYI 2001), valamint a kommunikáció fejlődésének és fejleszhetőségének vizsgálata (RADVÁNYI 2009; PLÉH-LUKÁCS-RACSMÁNY 2004)

Új szemlélet megjelenését érhetjük tetten a közoktatási törvény 2006-os módosításában, amelyben a legsúlyosabb fokban fogyatékos személyek ellátása is tankötelezettség körében valósul meg. Számukra létrehozott egy új ellátási formát, az ún. fejlesztő iskolát. A jelenleg hatályos közoktatási törvény 30/A. § (2) pontja kimondja:

„A fejlesztő iskolai oktatásban a tanulókat a fogyatékoságuk, fejlettségük és életkoruk alapján osztják be fejlesztő csoportokba.” Tudjuk, hogy a törvénynek ez a paragrafusa szó szerint nem értelmezhető, hiszen ez a gyakorlatban azt jelentené, hogy minden tanuló számára külön csoportot kell létrehozni. A gyakorlatban a törvény megváltozása előtt is gyakran ellátták a KÁI-ban (középsúlyos fokban értelmi fogyatékosok általános iskolája) a súlyosabban sérülteket. (Vö.: RADVÁNYI–REGÉNYI–MEDE–BARTHEL 2006) A törvényt módosítás kapcsán korábban – egy nemzetközi projekthez kapcsolódva – már vizsgáltuk, hogy a KÁI-ban milyen formában és mértékben jelenik meg a súlyosan és halmozottan fogyatékos tanuló ellátása. (RADVÁNYI–REGÉNYI–MEDE–BARTHEL 2006)

Eközben – különösen az utóbbi években – az ellátórendszerben is jelentős változások következtek be. Egyrészt bővült az ellátások köre, ez növelte az elnevezések számát, ami sajnos a mindennapok gyakorlatában gyakran nem jár együtt az átláthatóság növekedésével. Tendenciaként érzékelhető, hogy az értelmi fogyatékoság terminológiájában a középsúlyos értelmi fogyatékos személyek (mint az értelmi akadályozottság egy szintje) helyzete az intézményrendszerben bizonytalanná vált, gyakran tapasztalható az úgynevezett „eggyel feljebb” integráció, ami azt jelenti, hogy az enyhe fokban sérültek általános iskolájában középsúlyos értelmi fogyatékos gyermekeket is oktatnak.

Jelenlegi felmérésünkben arra kerestük a választ, hogy a törvényileg még mindig KÁI-nak nevezett intézményekben vannak-e súlyosan fogyatékosok, az itt tanuló gyerekeket milyen szakemberek látják el, és fejlesztésükre milyen módszereket alkalmaznak?

Indokolja vizsgálatunkat az is, hogy a gyógypedagógus-képzés BA-MA gyakorlati óraszámja megemelkedett, a hallgatók képzésében színvonalas gyakorlólhelyekre van szükség.

2. A felmérés leírása

2.1 A felmérés módszere

Kérdőíves felmérést végeztünk a következő témakörökben:

- Intézmény adatai
- Fenntartó
- Intézményi önállóság
- Ellátottak köre, száma
- Személyi feltételek
- Szolgáltatások típusai
- Fejlesztések típusa
- Intézményi együttműködések
- Problémák

2.2. Mintaválasztás módja

2009 tavaszán találkoztunk az intézmények képviselőivel. Ezek után küldtük ki a kérdőíveket a megbeszélésen részt vett 30 helyszínre. Az előzetes egyeztetés ellenére csupán 14 helyről kaptunk vissza értékelhető adatokat. Mivel most csak az iskolák adatait összesítjük, a jelen feldolgozásban 12 helyszín adatai szerepelnek, ebből 1 budapesti és 11 vidéki intézmény (2 helyszín korai fejlesztő volt).

Köszönjük a kérdőívet kitöltők és visszaküldők együttműködését!

3. A felmérés eredményei

3.1. Az intézmények elnevezése

Az 1. táblázatban az összes felkért intézmény profiljára utaló elnevezéseket olvashatjuk. Még a területen dolgozó szakemberek számára is meglehetősen nehéz lehet az

Intézmény elnevezése/típus	Kérdőív
Általános Iskola és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény	-
Általános Iskola és Készségfejlesztő Speciális Szakiskola Kollégium és Pedagógiai Szakszolgálat	x
Általános Iskola és Óvoda Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény	x
Általános Iskola, Diákotthon és Speciális Szakiskola	-
Általános Iskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Diákotthon, és Gyermekotthon	-
Általános Iskola, Előkészítő Készségfejlesztő Speciális Szakiskola és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény	-
Általános Iskola, Óvoda és Készségfejlesztő Speciális Szakiskola	-
Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Diákotthon és Gyermekotthon	-
Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola, Diákotthon, Gyermekotthon	x
Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium és Pedagógiai Szakszolgálat	-
Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium, Pedagógiai Szakszolgálat és Gyermekotthon	-
Általános Iskolája, Szakiskola, Kollégium és Gyermekotthon	x
Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény	x
Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Általános Iskola és Speciális Szakiskola	-
Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Szakiskola és Diákotthon	x
Gyógypedagógiai Nevelési Oktatási Intézmény és Készségfejlesztő Speciális Szakiskola	-
Készségfejlesztő Óvoda, Általános Iskola és Speciális Szakiskola	x
Közoktatási Intézmény; Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Diákotthon	x
Közoktatási Intézménye és Gyermekotthona	-
Közoktatási Szakszolgálati és Gyermekvédelmi Intézménye	-
Nevelési- Oktatási Integrációs Központ, Egységes Módszertani Intézmény, Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola	x
Óvoda, Általános Iskola Készségfejlesztő Speciális Szakiskola és Pedagógiai Szakszolgálat	-
Óvoda, Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola és Kollégium	x
Óvoda, Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Diákotthon és Gyermekotthon	-
Óvoda, Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola, Kollégium és Különleges Gyermekotthon	x
Óvoda, Általános Iskola, Közösségfejlesztő Szakiskola és Diákotthon	-
Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Diákotthon és Gyermekotthon	-
Óvoda, Korai Fejlesztő Módszertani Központ	x
Pedagógiai Szakszolgálat: Korai Fejlesztő, Gyógypedagógiai Tanácsadó és Gondozó Központ	x
Többcélú Gyógypedagógiai Intézmény	x

1. táblázat: Az intézmények profil szerinti megoszlása

eligazodás. Gondoljuk át, hogy a nem szakemberek számára az elnevezések mennyire nyújthatnak támpontot a szükséges ellátáshoz illeszkedő intézmény kiválasztásában. (Az intézmények elnevezéséből kihagytuk a helyszínrre utaló részt, ennek a felsorolásnál nincs jelentősége.)

A táblázat egyben azt is bemutatja, hogy az előzetes felkérésnek hány intézmény tett eleget.

3.2. Az intézmények adatai

Összesen 12 iskolából (11 KÁI és 1 ÉÁI) kaptunk vissza értékelhető válaszokat. Valamennyi önkormányzati fenntartású intézmény, amiből 8 megyei, 3 városi, 1 pedig kerületi fenntartású.

A felmért intézmények közül 2 helyszín kizárólag bentlakásos, 3 csak bejárásos formában nyújt szolgáltatást, a többi (7 intézmény) vegyes profilú a bejárás szempontjából.

10 önálló működéssű, 2 összevont intézmény, melyek nem SNI gyermekeket ellátó intézményekkel kerültek összevonásra.

Int. sorsz	Korai fejlesztés	Óvoda	KÁI	EÁI	Előkészítő szakiskola	Speciális szakiskola	Készségfejlesztő speciális szakiskola
1.		x	x		x		x
2.	x		x	x	x		x
3.				x		x	x
4.			x	x	x		x
5.		x	x	x			
6.	x	x	x		x		x
7.		x	x		x		x
8.		x	x		x		x
9.	x	x	x	x	x		x
10.	x	x	x	x	x		x
11.		x	x	x	x		x
12.			x		x		x
Össz.	4	8	11	7	10	1	11

2. táblázat: Az intézmények által nyújtott közoktatási formák

A felmérésben részt vevő intézmények közül egy KÁI nem biztosít a profiljának megfelelő középfokú oktatást, és egy EÁI esetében annak ellenére van készségfejlesztő speciális szakiskola, hogy általános iskolai szinten nem nyújt ennek a súlyossági foknak megfelelő ellátást (nincs KÁI).

3.3. Szakszolgáltatások és egyéb szolgáltatások

Rákérdeztünk a szakszolgáltatások és egyéb szolgáltatások rendszerére (3. táblázat). Az egyéb szolgáltatások esetében a válaszadás nyitott kérdés formában történt, az intézmények saját maguk nevezték meg szolgáltatásaikat.

	a szolgáltatás megnevezése	előfordulási gyakorisága
Szakszolgáltatás	Logopédia	6 helyen
	Gyógytestnevelés	4 helyen
	Konduktív pedagógia	2 helyen
	Utazótanár	1 helyen
Egyéb szolgáltatások	Pedagógiai Szakszolgálat	4 helyen
	Autista csoport	2 helyen
	„Fejlesztő iskola”	2 helyen

3. táblázat: Szakszolgáltatások és egyéb szolgáltatások

3.4. A szakellátás létszámadatai

A közoktatási törvény 121 § (28) pontja szerint „...az illetékes szakértői bizottság által meghatározottak szerinti foglalkozáshoz szükséges szakirányú végzettségű gyógy-pedagógus foglalkoztatása”. A gyógypedagógia alapszak képzési és kimeneti követelményeiről szóló 15/2006 (IV. 03.) OM rendelet alapján szakirányú végzettségnek ezekben az intézményekben gyógypedagógia szakon értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon megszerzett diploma számít.

A 4. táblázat első felében az ellátottak körét soroljuk fel, a táblázat második részében az adott intézményben szakirányú végzettséggel dolgozó gyógypedagógusok száma szerepel (na = nincs adat)

Int. sorsz.	1. Enyhe ÉF	2. Középsúlyos ÉF	3. Súlyos ÉF	4. Halmozott Fogyatékos	5. Autista	1-5. oszlop összesen	Egy ÉA szakir. végz. gyp-ra jutó tan. 2-5. oszl.	Gyógypedagógusok száma		
								Összes	ÉA szakir. végz.	Egyéb
1.	0	70	0	16	0	86	3,9	35	22	13
2.	116	120	92	0	21	349	12,5	35	17	18
3.	153	8	0	0	0	161	na	na		na
4.	295	125	0	0	0	422	2,2	61	58	3
5.	66	42	0	0	0	104	1,0	48	42	6
6.	0	133	5	5	na	143	7,9	19	18	1
7.	0	154	0	14	0	168	8,0	21	21	0
8.	0		105	0	0	105	6,2	32	17	15
9.	26	146	13	0	0	185	9,4	18	17	1
10.	107	42	4	7	na	160	0,9	74	60	14
11.	86	142	3	0	0	231	6,3	39	23	16
12.	0	43	0	3	0	46	6,6	9	7	2

4. táblázat: A szakellátás létszámadatai

Igen nagy eltérés mutatkozik abban, hogy egy-egy intézményben hány tanulót lát el egy gyógypedagógus (ld. összesen 1-5. oszlop). Erre a jelenségre nem tudunk a felmérés alapján okot találni, arra sem, hogy bizonyos helyszíneken miért ilyen alacsony az értelmileg akadályozott szakos szakemberek aránya (2. sor). A korábbi hivatkozások alapján ez az arány a 2-5. oszlop összege, vagyis a szakirányú végzettséggel elláthatók száma, és az értelmileg akadályozottak szakirányon végzetek száma.

A 2. sorban a bejárás szempontjából vegyes profilú enyhe és középsúlyos fokban értelmi fogyatékos gyermekek iskolai fejlesztésénél a 41 megjelölt osztálytanítóra 35 gyógypedagógus jut.

3.5. Szakemberellátottság

Az intézményekben dolgozó szakemberellátottságot mind végzettségük, mind a státuszok tekintetében megvizsgáltuk.

Gyógypedagógiai végzettség	megjelenése (N=)
Értelmileg akadályozottak gyógypedagógusa	302
Tanulásban akadályozottak gyógypedagógusa	29
Tiflopedagógus	3
Szurdopedagógus	5
Szomatopedagógus	10
Pszichopedagógus	13
Logopédus	14
Összes végzettség	376

5. táblázat: Szakemberek gyógypedagógiai végzettség szerinti megoszlása

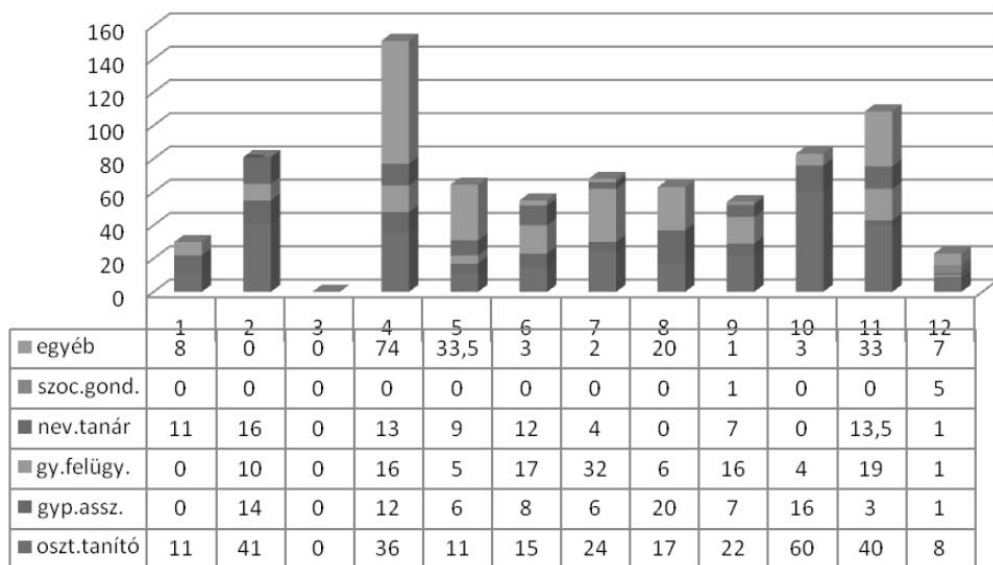
A táblázat mutatja az intézményekben dolgozó gyógypedagógusok végzettség szerinti megoszlását. A kérdőívből nem derül ki, hogy ezek a végzettségek időnként szakpárosítást jelentenek-e valamint, hogy az értelmileg akadályozottak megjelölt szakvégzettség esetén milyen arányú az oligofrénpedagógusok részvétele. A szak elnevezése a '90-es évek közepén változott, jelentősen kibővített képzést jelent.

Konkrétan rákérdeztünk a nem gyógypedagógus végzettségű szakemberekre is. 8-8 esetben gyógytornász és konduktor, 5 esetben pszichológus, 3 esetben szociális munkás végzettséget neveztek meg.

Általunk meg nem nevezett egyéb szakemberek ennél jóval nagyobb arányban vesznek részt az oktató tevékenységben (83 fő).

Az egyéb végzettségűek megjelölésénél a következők adódtak: óvónő, tanító, tanár, szociálpedagógus, gyógy-testnevelő, faipari szakoktató, kézműves szakoktató, drámapedagógus, gyermekvédelmi felelős, testnevelő

A szakemberek a következő státuszokban dolgoznak:



1. ábra: A státuszok megoszlása intézményenként

Kiugróan magas az osztálytanítók és az „egyéb” szakemberek aránya. (1. ábra) Az „egyéb” kategóriában megjelöltek: könyvtáros, dajka, gyermekvédelmi szakember, utazótanár, rehabilitációs- rehabilitációs fejlesztő szakember, logopédiai szakszolgáltatást nyújtó szakember (18), gyógytornász. 7 intézmény nem adta meg a státusz megnevezését.

3.5. Fejlesztés típusai

Megkérdeztük, hogy a gyógypedagógiai ellátáson kívül az egyes intézményekben milyen egyéb fejlesztések állnak rendelkezésre.

Logo-pédia	Gyógytest-nevelés	Kiegészítő fejlesztő eljárások (helyszínek száma)									
		Lovas-terápia	Zene-terápia	ULL-WILA	Szenzoros integrációs terápia	Kutyás terápia	Gyógy-úszás	Drámapedagógia	Tánc-terápia	Képző-művészeti terápia	Egyéb
12	11	6	5	2	6	6	5	2	2	3	13 féle

6. táblázat: Fejlesztések típusai

13 esetben jelöltek meg egyéb fejlesztést, mint (a kérdőívből kimásolva): MHGY, Montessori, báb terápia, számítógép, sport, Delacato, Frostig, HRG, DSGM, AAK, Tibeti hangterápia, Snoozelen, alapozó terápia

A 6. táblázatból jól látható, hogy meglehetősen széles választék áll rendelkezésre.

3.6. Intézményi együttműködések

Fontosnak tartottuk, hogy ne csak az intézményen belüli kapcsolatokra kérdezzünk rá, hanem az intézményen kívüli lehetőségekre is, mert ezek nagymértékben befolyásolhatják az ellátást.

Ezért megkérdeztük, hogy milyen intézményekkel, milyen kapcsolataik vannak és a következő eredményeket kapuk (7. táblázat):

a kérdőívben megadott intézménytípusok	előfordulási gyakoriság	együttműködés területei intézmények által felsorolva
támogató szolgálat	9	szállítás, család gondozás
iskola	12	szakmai munkaközösség, versenyek, gyógypedagógiai tanácsadás, mentori segítség, üdülés, szakmai programok, tapasztalatsere
szociális intézmények	7	ÉNO, gyermekvédelem, kulturális együttműködés, munkaközösség, sport, felnőttkori elhelyezés, kistérségi szociális ellátó központ
egyéb	8	munkaügyi központ, külső munkahelyek (MHGY), alapítványok, felsőoktatás (gyakorlat), iparkamara, polgármesteri hivatal, civilek, MÜK, szakértői bizottság, külső munkahelyek, szponzorok, ért. fogy. sportszövetség

7. táblázat: Intézmények közötti együttműködések fajtái

A más intézményekkel történő együttműködések mind számuk, mind formájuk tekintetében igen változatosak.

3.7. Problémák

Az előzetes beszélgetések alapján 3 olyan területről esett a legtöbbször szó, ahol problémák jelentkeznek. Ezek: adminisztráció, oktatás, tárgyi ellátottság. Lehetőséget kívántunk adni, hogy esetenként más nehézségeket is felsoroljanak a válaszaikban, ezért egy „egyéb” kategóriát is megjelöltünk. A következő válaszok adódtak:

Az adminisztráció terén:

A kategóriában mindössze 6 esetben kaptunk leírást. Ezek szerint egyre több az adminisztrációs munka. A helyzetet tovább nehezíti, hogy az iskolai dokumentumok nagy része elavult, nem felel meg a velük szemben támasztott kritériumoknak (például a diákokon naplóját emelték ki).

Az oktatás terén:

Ezen a területen 5 esetben kaptunk visszajelzést. Két esetben is az integrációt nevezik meg mint problémát; legfőképp a diákok év közbeni fluktuációja jelent gondot. Problémaként jelölték meg a kollégák a tankönyvellátást, ill. a tankönyvek mellől hiányzó irányító tanmeneteket, tanári kézikönyveket.

A tárgyi ellátottság terén:

Ebben a témakörben 6 visszajelzést kaptunk. A válaszok alapján az esetek többségében (6 helyen = 50%) a költségvetés csökkenése és a nehéz pályáztatási rendszer miatt rossz az intézmények tárgyi ellátottsága.

Pozitívumként meg kell említeni, hogy a felmerülő problémák mellett két helyről megfelelő eszközellátottságról kaptunk visszajelzést.

Egyéb problémák:

Itt is 6 esetben kaptunk visszajelzéseket, ezek a következők:

1. szakmai érdekképviselő nagymértékű hiánya. Az egyik intézmény ebben a kategóriában jelezte a költségvetési hiányt, amit más intézmények a tárgyi eszközöknél jelöltek meg.
2. pályázási lehetőségek megnehezítése (ami más intézmények által szintén a tárgyi eszközökkel kapcsolatosan megjelölt probléma),
3. az összevonas veszélye.

Problémák valamennyi felkínált területen adódnak. Ezek nagy része anyagi jellegű, máshol úgy tűnik, hogy a válaszadók gátolva érzik magukat a szakmai előrelépés megvalósításában. A válaszokból arra lehet következtetni, hogy az intézmények nehéz körülmények között végzett munka mellett olyan fenyegetettséget élnek meg, ami nem pusztán a szakemberek mindennapos munkáját nehezíti meg, hanem kihat az ellátottak megfelelő fejlesztésére is.

4. Összefoglalás

A felmérésünk adatoktól független konklúziója az alacsony válaszadási hajlandóság. Ezzel a jelenséggel a jövőben mindenképpen foglalkozni kell.

A válaszadók bőséges adatszolgáltatást nyújtottak rendelkezésünkre.

A nehezebben értelmezhető válaszok részben a pontatlan kérdésfeltevések következményei lehetnek. Néhány esetben viszont úgy tűnik, hogy a szakmán belül intenzívebb kommunikációra lenne szükség. Példák erre: a szakszolgáltatásoknál felsorolásra került a gyógytestnevelés és a logopédia, majd ugyan ezek a kiegészítő fejlesztéseknél is megjelennek.

A felkért intézmények címéből az elnevezéseket (típusokat) összesítettük, gyakorlatilag nem találtunk két hasonló elnevezésű intézményt. Csoportokat nem tudtunk alkotni. Lehet, hogy az elnevezések kiválasztói törvényi szabályozás alapján tették meg javaslataikat. Ez a jelenség azonban mindenféleképpen túlzás.

A szolgáltatási típusok területén az intézmények megfelelő repertoárral rendelkeznek. Az egy főre jutó ellátottak száma nagyon eltérő.

A szakmai profilhoz képest az intézményben dolgozók végzettségei széles skálán mozognak. Igen különféle területen végeztek végeznek itt munkát. Jelen vizsgálat nem tér ki annak vizsgálatára, hogy az ilyen összetettség milyen szakmai haszonnal jár az adott intézménytípusban.

A vizsgálat nyomán további kérdések merülnek fel. Ilyen például, hogy az egyik intézményben megjelölt 41 osztálytanítói státuszt 35 gyógypedagógus látja el. Milyen végzettségű a többi 6 személy.

A fejlesztés típusainak felsorolásánál azon túl, hogy ugyancsak a lehetőségek széles köre tapasztalható, el kell gondolkodni azon, hogy a következtelenül használt terápia és fejlesztés fogalmak milyen súllyal jelennek meg a szakmában.

Említésre érdemes, hogy külön kategóriaként jelöltük meg a súlyos fogyatékos és a halmozottan fogyatékos személyeket, ez utóbbinál a társuló fogyatékoságokat is kértük felsorolni. A két kategória hasonló értelmezésére enged következtetni, hogy a halmozott fogyatékos kategóriában sehol nem jelölték meg, hogy milyen sérülései vannak a személynek.

Szem előtt tartva, hogy a vizsgálat nem reprezentatív néhány eredmény mégis felhívó jelleggel kell, hogy bírjon. Pozitívként a kezdeményezések sokszínűségét tapasztalhattuk, amely mind a fejlesztések jellegében, mind a külső kapcsolatrendszerekben tetten érhető. További kutatásra inspirál a személyi ellátottság néhány mutatója. A problémák precíz felsorolása a döntéshozók számára is felhívó jelleggel kell, hogy bírjon.

Irodalom

HATOS GYULA (2008): *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek*. APC Stúdió.

RADVÁNYI KATALIN: Kromoszóma-rendellenesség miatt fejlődési elmaradást mutató Down-szindrómás személyek nyelvi készségeinek vizsgálata. In.: Gervain J. – Kovács K. – Lukács Á. – Racsmány M. (szerk.): *Az ezerarcú elme. Tanulmányok Pléb Csaba 60. születésnapjára*. Akadémiai K., Budapest, 2005. 88–101.

PLÉH CS. – LUKÁCS Á. – RACSMÁNY M. – KOVÁCS I. (2004): Másféle, fogyatékos vagy csak lassabb: A Williams-szindróma és a genetikai eredetű kognitív zavarok értelmezése. In. Győri

- Miklós (szerk.): *Az emberi megismerés kibontakozása: társas kogníció, nyelv, emlékezet*. Budapest: Gondolat. 69–82.
- LUKÁCS, Á. – PLÉH, CS. – RACSMÁNY, M. (2004): Language in Hungarian children with Williams syndrome. In: Susanne Bartke and Julia Siegmüller (eds.) *Williams Syndrome across Languages*. Amsterdam: John Benjamins. 187–220.
- RADVÁNYI KATALIN – REGÉNYI ENIKŐ – MEDE PERLA – BARTHEL BETTY (2006): *Kinder mit schwerer und Mehrfachbehinderung in Schulen für Kinder mit geistiger Behinderung in Ungarn*, Vorlesung an der Dozenten Tagung Wien.

Törvények

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról
2006. évi LXXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról
15/2006 (IV. 03.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről

1 %-OS FELAJÁNLÁS

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete céljai között a megalakulásától kezdve szerepel a Gyógypedagógiai Szemle megjelentetése. Kérjük olvasóinkat, hogy személyi jövedelemadójuk 1 %-ának felajánlásával támogassák az Egyesületet annak érdekében, hogy a lap folyamatosan meg tudjon jelenni.

Adószám: 19024251-1-42

Mindig hadar-e a hadaró? – Akusztikai-fonetikai vizsgálatok tanulságai

BÓNA JUDIT

bona_judit@freemail.hu

Absztrakt

A hadarás a beszéd folyamatosságának zavara; legfőbb jellemzői a felgyorsult beszédtempó és/vagy ritmustalanság, az artikuláció pontatlansága (pl. hangkihagyások), illetve a megakadásjelenségek átlagosnál gyakoribb megjelenése. A hadaró beszéd sajátosságairól igen kevés magyar nyelvű akusztikai-fonetikai vizsgálat készült, ezekben elsősorban felolvasást vizsgálnak, illetve vetnek össze spontán narratívával.

A jelen tanulmányban egy hadaró férfi beszédét elemezzük négy beszédtypusban: spontán narratívában, képsorral irányított spontán beszédben, szándékosan lelassított spontán beszédben, illetve egy csoport előtt elmondott szónoki beszédben. A kutatás célja annak a leírása, hogy hogyan befolyásolja a beszédtypus a hadaró beszéd akusztikai-fonetikai és fonológiai sajátosságait. Az eredmények azt mutatják, hogy a csoport előtt elmondott szónoki beszéd esetében hasonlított a legjobban a hadaró beszédprodukcója az átlagos beszélőkéhez.

Kulcsszavak: hadarás, akusztikai-fonetikai paraméterek, megakadásjelenségek, beszédtypusok

Bevezetés

A hadarás a beszéd folyamatosságát érintő beszédzavar, amely minden kommunikációs csatornán, azaz az írásban és a gesztusok terén is megnyilvánul (VASSNÉ 2001). Jellemző tünetei a folyamatos beszédben az önálló szótagok, rövid szavak vagy kisebb szólamok túl gyakori ismétlése, a kitöltött szünetek átlagosnál gyakoribb megjelenése, a kórosan felgyorsult artikulációs sebesség és/vagy a ritmustalanság, a pontatlan, elmosódott artikuláció, a szóvégi magánhangzók megnyújtása, a ritmustalanság, a monotonia és a grammatikai formák tévesztése (GÖLLESZ 1990; WEISS 1991; DALY 1996).

A hadarás többféle változatban jelenhet meg. Gyakran társulhat diszláliával, diszlexiával és diszgráfiával; más esetekben dadogással (MYERS and ST. LOUIS 1992); de létezik tisztán is. Mindegyik típus közös jellemzője a fent említett tünetek mellett a feszült és nyugtalan magatartás, a koncentrációs nehézség, a betegség tudat hiánya és a terápia teljes elutasítása (MUSSAFIA 1970). A hadarás súlyosságát különösen az adja, hogy könnyen átmehet dadogásba. Vigyázni kell azonban, hogy a hadarót ne hagy

megalapozatlanul dadogónak is diagnosztizáljuk, még ha a jelenség mutat is hasonló tüneteket (GÖLLESZ 1990; PREUS 1992).

A hadarás kialakulásának okai között organikus és genetikai okokat is találunk: fellelhető a specifikus családi öröklésmenet, a diffúz agyi károsodás, illetve az öröklött beszédgyengeség, amely gyakran más beszédzavarok, továbbá amuzikalitás és balkezesség megjelenésével jár együtt (MYERS és ST. LOUIS 1992).

A hadarás tüneteinek megjelenése egyébként függ az adott beszédszituációtól, a hadaró lelkiállapotától is. Ha a hadaró odafigyel a beszédére, ha ismeretlen szöveget olvas, ha idegenek előtt beszél, illetve aktivizáljuk a gondolkodását, teljesítménye javul. Azonban családi, baráti körben folytatott beszélgetések során vagy ismert szöveg felolvasásakor tünetei rosszabbodnak (SUBOSITS 2001).

A hadarással kapcsolatosan kevés objektív empirikus kutatásról olvashatunk a nemzetközi szakirodalomban (CURLLEE 1996); a magyarra vonatkozóan különösen kis-számú tanulmány készült a témában (KASSAI – VASSNÉ 1991; VASSNÉ – KASSAI 1991a; 1991b). Vassné Kovács Emőke és Kassai Ilona vizsgálataikban a hadaró beszéd dallamát, tempóját és szüneteit, illetve a magánhangzók időtartamait vizsgálták. A temporális sajátosságokat eltérő figyelemkoncentrációt igénylő feladatok esetében: hangos olvasásban, irodalmi halandzsa felolvasásában és spontán beszédben elemezték. Megállapították, hogy bár a hadarók artikulációs tempója az átlagnál gyorsabb volt, a beszédtempójukat a gyakori szünettartás miatt a köznyelvi átlaghoz igen közelálló sebességértékek jellemezték. A hadarók több szünetet tartottak, mint a kontroll-beszélők; beszédprodukciójukban a szünetek és hangos szakaszok nem egyenletes ritmusban követték egymást (VASSNÉ – KASSAI 1991a). A hadarók a beszédhangok időtartamát rendkívül rugalmasan alakítják, minél súlyosabb a beszédhibájuk, annál szélesebb tartományban szórnak a magánhangzó-időtartamok (KASSAI – VASSNÉ 1991). A monotonia is a hadarás súlyosságának a mutatója; minél monotonabb a beszéd, annál nagyobb fokú a zavar, amely a hadaró teljesítményére általánosan jellemző (VASSNÉ – KASSAI 1991b).

Az alábbiakban egy hadaró beszédét vizsgáljuk különböző beszédszituációkban: spontán narratívában, képsorral irányított spontán beszédben, szándékosan lelassított beszédben, illetve egy csoport előtt elmondott, rögtönzött szónoki beszédben. Hipotéziseink szerint különbségeket találunk az egyes beszédprodukciók fonológiai sajátosságaiban, a tempóértékekben, a szünetezésben és a megakadások megjelenésében is.

Anyag, módszer, kísérleti személy

Vizsgálatunkhoz egy hadaró férfi beszédét rögzítettük négyféle beszédszituációban. A férfi 20 éves volt, magyar anyanyelvű, beszédprodukcióját a hétköznapi kommunikáció során gyors artikulációs tempó, hangkihagyások, ismétlések jellemezték. Logopédiai kezelésre nem járt.

Először spontán narratívát rögzítettünk vele. Olyan témákról kérdeztük, amelyekről, hosszasan, könnyedén, szívesen tudott beszélni; így a hobbjáról, illetve pályaválasztásának motivációiról beszélt. Ezután egy 10 képből álló képregényt mutattunk neki, erről kellett összefüggő történetet mesélnie (irányított spontán beszéd). A képregény szokatlan csattanót tartalmazott, amelynek megmagyarázása igen gondolkodtató feladatot jelentett a számára. A harmadik beszédszituációban arra kértük,

hogy igen lassan, mintha idősekhez beszélne, meséljen az egyetemről, ahova épp járt (jogásznak tanult). Végül egy csoport előtt elmondott, rögtönzött szónoki beszédet rögzítettünk tőle videokamerával. A beszédre való felkészülésre 20 percet adtunk neki; ez a retorikai tanulmányainak köszönhetően elegendő volt arra, hogy mondanivalóját végiggondolja, de a beszéd pontos megírására nem adott lehetőséget. Így biztosítottuk, hogy az előadás nagy összefüggést igényeljen tőle.

Mivel a szónoki beszéd – amely összefüggő, kerek szöveget alkotott – 2,5 perces volt, a spontán narratívából és az irányított spontán beszédből is hasonló hosszúságú részletet választottunk ki az elemzéshez. A lassítási feladat igen nagy nehézséget jelentett a hadarónak, alig több mint 1,5 percig tudott így beszélni. A vizsgált beszédprodukciók hossza az *1. táblázatban* olvasható.

Beszéd típus	spontán narratíva	irányított spontán beszéd	lassított beszéd	szónoki beszéd
Beszéd idő (ms)	132892	148955	109046	149421

1. táblázat: A vizsgált beszédprodukciók hossza

Mindegyik beszédprodukciót beszédszakaszonként (szünettől szünetig terjedő szakasz) annotáltuk a Praat 5.0 szoftver segítségével (www.praat.org). Megvizsgáltuk mindegyik fonológiai sajátosságait (hang- és szótagkihagyások); adatoltuk a megakadásjelenségeket (ismétlések, újraindítások, töltelékszavak stb.); megmértük a szünetek időtartamát; kiszámoltuk a tagoltsági paramétert (hány szavanként tart szünetet a beszélő); és meghatároztuk az artikulációs és a beszédtempó értékeit. A tempóértékeket nemcsak a magyarban szokásos hang/s-os mértékegységben számoltuk ki, hanem fonéma/s-ban is. Ez az érték azt a sebességet mutatja, amelynek megfelelő tempójú beszédet a hallgatónak fel kell dolgoznia. A két mérőszámmal kifejezett érték közötti különbség az artikuláció pontosságáról is információkat ad. Ha nagy a különbség, a beszélő sok hangot, szótagot hagy el a beszédben. Ha nincs vagy kicsi a különbség, a beszélő artikulációja átlagos/pontos. Az artikulációs tempót beszédszakaszonként és a teljes beszédre vonatkozóan is meghatároztuk.

Az egyes beszédprodukciók adatait összevettük, az adatokon statisztikai próbát is végeztünk az SPSS 13.0 szoftverrel (one-way ANOVA és Tukey post hoc teszt).

Eredmények

Az adatközlő a természetes spontán beszéde során produkálta a legtöbb, hadarásra jellemző tünetet. Ebben a beszéd típusban gyakoriak voltak a hang- és szótagkihagyások; az ismétlések, a töltelékszavak és egyéb megakadások; illetve a gondolati rendezetlenség. A bizonytalanságból származó megakadások nagy száma jellemző volt az irányított spontán beszédre és a lassított beszédre is; ez utóbbiban a gondolatok gyakori ismétlése is megfigyelhető volt. A beszélőnek olyan nehéz volt ez a feladat, hogy ugyanazt a gondolatot ('az egyetem öt évig tart') öt különböző módon ismételte el, amíg egy újabbra tért rá.

Hang- és szótagkihagyásokat a spontán narratívában minden 7. szóban találtunk. Az összes kihagyás 37,2%-ában szótagokat hagyott el a beszélő; ebből 73% szóbeli (pl.: *könböző* 'különböző'; *in* 'ilyen', *tujképpen* 'tulajdonképen'), 27% szóvégi szótagokat

érintett (pl.: *valamenny* 'valamennyire', *körülbe* 'körülbelül'). A hangkihagyások (az összes kihagyás 62,8%-át tették ki) 59,3%-a mássalhangzókat érintett, 40,7%-a magánhangzókat (főként az *e* hangot).

Az irányított spontán beszédben 36 szavanként fordultak elő hang-és szótagkihagyások; a szóközi beszédben mindössze egyszer (*estleg* 'esetleg'); a lassított beszédprodukción pedig nem adatoltuk a jelenséget.

Az egyes beszédprodukciónak temporális adatai a 2. táblázatban olvashatók.

Beszéd típus	Spontán narratíva	Irányított spontán beszéd	Lassított beszéd	Szóközi beszéd
Beszédtempó (hang/s)	11,8	8,7	8,8	7,5
Beszédtempó (fonéma/s)	12,5	8,9	8,8	7,5
Artikulációs tempó (hang/s)	14,3	13	12,1	12,6
Artikulációs tempó (fonéma/s)	17,4	14	12,1	12,6
Szünetek aránya (%)	28,3	36,7	33	43,3
Hezitálás aránya a szünetidőben (%)	27,9	11,3	8,7	0
Tagoltság	3	2,8	2,8	3,6

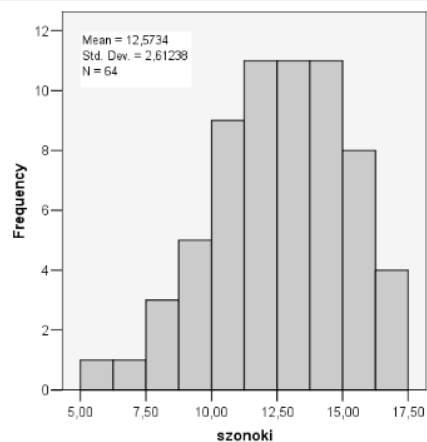
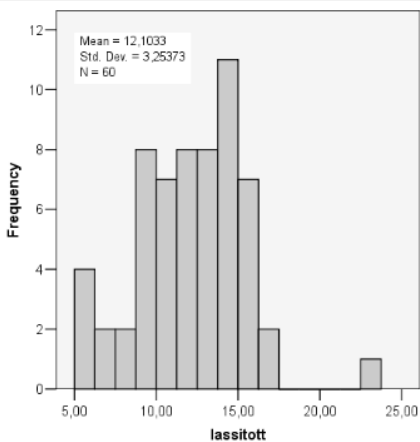
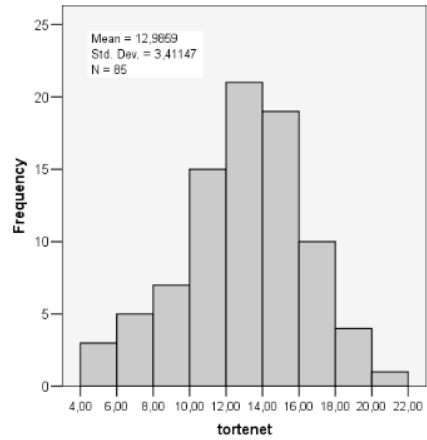
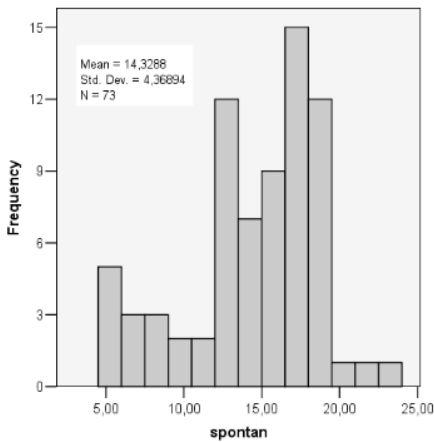
2. táblázat: Temporális adatok

A magyar köznyelvi átlagos artikulációs tempó (AT) értéke 12,5-14 hang/s (GÓSY 2004); a hadaró ezt az értéket alig lépi túl a spontán narratíva során (hang/s), a többi beszédprodukción pedig az artikulációs tempója átlagos vagy kicsivel átlag alatti. Ugyanakkor a fonéma/s-ban megadott tempóérték két beszédprodukción is nagyobb a köznyelvi átlagnál. A spontán narratívában nagy különbséget találunk: a hang/s-ban és a fonéma/s-ban megadott értékek közötti nagy eltérés a gyakori hang- és szótagkihagyásokra utal. Jóval kisebb különbséget találunk az irányított spontán beszéd esetén a két értékben, ekkor az AT egyik mérőszámmal megadott értéke sem haladja meg a köznyelvi átlagos tempóét. Bár a leglassabb artikulációs tempót a lassított beszédben mértük, ez az érték is alig marad a magyar köznyelvi átlagos AT alatt.

Az AT-értékeket beszédszakaszonként is megvizsgáltuk. Az 1. ábrán látszik, hogy az AT-értékek szóródása a spontán beszédben a legnagyobb, a legtöbb adat ebben a beszéd típusban a 17-18 hang/s-os tartományba esik. Szintén széles tartományban szóródnak az irányított spontán beszédben mért AT-adatok, míg a szóközi beszédben a legkisebb a szóródás. Ezek a különbségek a ritmustalanság mértékét is jelzik.

A statisztikai elemzés szerint szignifikáns különbség van az egyes beszéd típusokban adatolt AT-értékek között (a one-way ANOVA szerint a beszéd típusok között $F(3, 278) = 5,115$; $p = 0,002$; a Tukey post hoc teszt szerint a spontán narratíva szignifikánsan eltér a lassított beszédétől [$p = 0,002$] és a szóközi beszédétől [$p = 0,019$]; míg az irányított spontán beszéd egyik beszéd típusától sem tér el szignifikánsan, sem a lassított és a szóközi beszéd egymástól).

A szünetek aránya a spontán narratívában a legalacsonyabb: 28,3%, ám ebből a hezitálás ebben a beszéd típusban a legnagyobb mértékű (a szünetek 27,9%-a). A szünettartás mértékének növekedése az irányított spontán beszédben a gondolkodtató

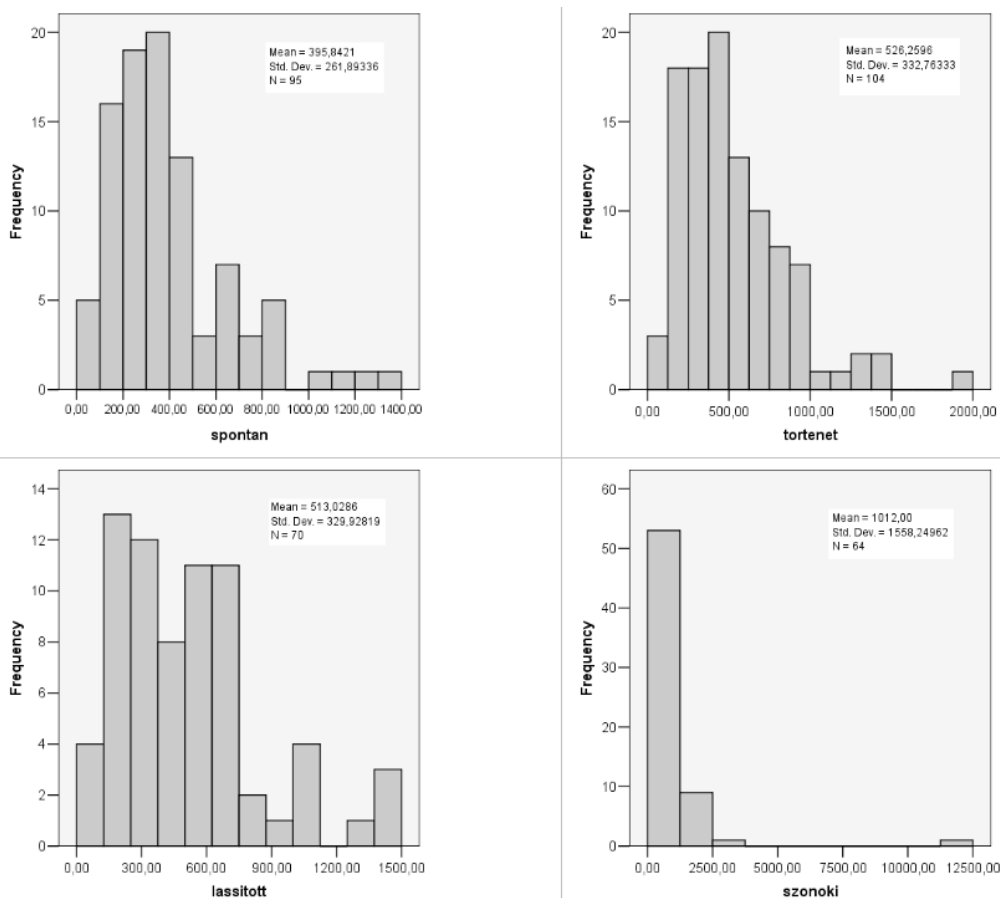


1. ábra: Az AT-értékek eloszlása beszéd típusonként

feladatnak köszönhető, míg a szóközi beszédben a hatáskeltés eszközeként is funkcionálhat. Egy kiugróan magas szünettartamot is adatoltunk ez utóbbi beszéd típusban, amelynek oka egyrészt beszédtervezési zavar, másrészt hatáskeltési szándék volt. A szándékosan lassított beszédprodukciónban megfigyelhetjük, hogy amíg a lassítás mértéke az AT-t tekintve nem túl nagy, a lassítás következménye a pontosabb artikuláció és a nagyobb arányú szünettartás. A szünetek eloszlását a 2. ábrából olvashatjuk le.

A statisztikai próba szerint a szünetek időtartamában is szignifikáns különbség van az egyes beszéd típusok között (a one-way ANOVA szerint a beszéd típusok között $F(3,329) = 9,704$; $p < 0,001$; a Tukey post hoc teszt szerint azonban csak a szóközi beszéd és az összes többi beszéd típus között van szignifikáns különbség: $p < 0,001$). Ugyanakkor a beszéd típusok tagoltsága a szünetek megjelenésének gyakoriságáról árulkodik: a beszélő a leggyakrabban az irányított spontán beszédben és a lassított beszédprodukciónban tartott szünetet (2,8 szavanként), míg a legfolyamatosabb beszédre a szóközi beszéd során volt képes (3,6 szavanként tartott szünetet).

A néma szünettől különböző megakadások közül a hezitálás volt a leggyakoribb a beszédprodukciónban. Kivételt képezett a szóközi beszéd, ebben egyetlen megakadást



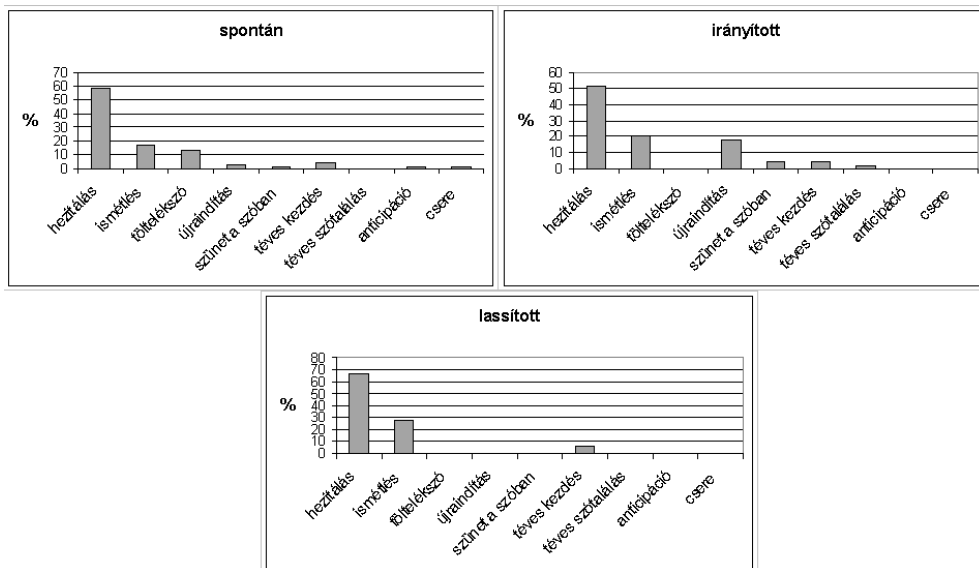
2. ábra: A szünetek eloszlása beszéd típusonként

adatoltunk, egy téves kezdést (hezitálást nem), ezért a megakadások elemzésében ezzel a beszéd típusal nem foglalkozunk. A leggyakrabban a spontán narratívát akasztották meg megakadások, 4,3 szavanként találtunk hezitálást, ismétlést, töltelkészsavakat és egyéb megakadásokat. Az irányított spontán beszédben 6,4 szavanként, a lassított beszédprodukcióban 11 szavanként fordultak elő megakadások. A megakadás-típusok gyakoriságát a 3. ábrából olvashatjuk le.

Következtetések

Kiinduló hipotéziseink beigazolódtak. Az egyes beszédprodukciók között fonológiai és temporális különbségeket is találtunk. A hadaró természetes spontán beszédében találtuk a hadarásra jellemző legtöbb tünetet; ennek a beszéd típusnak volt a tempója a leggyorsabb, és ebben adatoltuk a legtöbb hezitálást és megakadásjelenséget is.

Az irányított spontán beszéd gondolkodtató feladatot jelentett a beszélőnek, amit az artikulációs és a beszédtempója, illetve a szünetek gyakoribb megjelenése is jeleztek.



3. ábra: Az egyes megakadás-típusok gyakorisága (100% = az adott beszéd-típusban előforduló összes megakadás)

Ugyanakkor a megakadások száma csökkent, az artikuláció pontosabbá vált ebben a beszédprodukcióban.

A lassítási feladat nagy nehézséget okozott a hadarónak. Erre egyrészt a gondolatainak többszöri elismétlése, másrészt a beszédprodukció rövidege, harmadrészt a szünetek számának növekedése utalt. Bár a beszédszakaszonként mért artikulációs tempóinak az értéke szignifikánsan különbözött a spontán narratíváétól, az átlagos artikulációs tempója nem különbözött nagymértékben sem a spontán narratívában mért átlagtól, sem pedig a magyar köznyelvi átlagos artikulációs tempó értékétől.

A legfolyamatosabb beszédprodukció a szóközi beszéd volt. Ebben a szituációban volt a legtöbb ideje a beszélőnek arra, hogy a gondolatait rendezze; de a legnagyobb stresszhelyzetet is ez jelentette a számára, hiszen csoport előtt kellett beszélnie. Az artikulációja pontos volt, megakadásjelenségek nem tarkították a beszédét, az artikulációs tempója a magyar átlagos tempóértékre lassult. Mindezt a szünetek időtartamának jelentős megnyújtása is segítette.

Vizsgálatunk egyetlen beszélő beszédprodukciójára irányult, azonban a tapasztalatok és a szakirodalom szerint az eredmények tipikusnak mondhatók. Mivel a hadarók ritkán keresik fel a logopédust, különösen fontos lenne, hogy a hadaró beszéd (objektív kutatásokkal is igazolható) sajátosságait ne csak a beszéddel foglalkozó szakemberek, hanem minden pedagógus alaposan megismerje, és megfelelő tanácsokkal tudja ellátni a tanítványait. Hiszen a kezeletlen hadarás kihat a beszélő személyiségére, és így az egész életére is.

Irodalom

- CURLEE, R. F. (1996) Cluttering: data in search of understanding. In: *Journal of Fluency Disorders*, 21, 367–371.
- DALY, D. A. (1996) „Cluttering: assessment, treatment planning, and case study illustration. In: *Journal of Fluency Disorders*, 21, 239–248.
- GÓSY, M. (2004) *Fonetika, a beszéd tudománya*. Budapest, Osiris Kiadó.
- GÖLLESZ V. (szerk.) (1990) *Gyógypedagógiai kórtan*. Tankönyvkiadó. Budapest, 378–382.
- KASSAI I. – VASSNÉ KOVÁCS E. (1991) A magánhangzók időtartamviszonyai hadaró beszédben. In: Vassné Kovács E. (szerk.) *Szemelvények a hadarás témaköréből*. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest, 101–112.
- MUSSAFIA, M. (1970) Various aspects of cluttering. In: *Folia Phoniatica*, 22, 337–346.
- MYERS, F. L. – ST. LOUIS, K. O. (Eds.) (1992) *Cluttering: A Clinical Perspective*. Kibworth, England: Far Communications.
- PREUS, A. (1992) Cluttering and stuttering: Related, Different or Antagonistic Disorders? In: Myers, F. L. – St. Louis, K. O. (Eds.) 1992. *Cluttering: A Clinical Perspective*. Kibworth, England: Far Communications, 55–70.
- SUBOSITS, I. (2001) *A beszéd rendellenességei*. Egyetemi Fonetikai Füzetek 30. Budapest.
- VASSNÉ KOVÁCS E. (szerk.) (2001) *A hadarás*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- VASSNÉ KOVÁCS, E. – KASSAI, I. (1991a) A hadaró beszéd tempója és szünetei. In: Vassné Kovács E. (szerk.) *Szemelvények a hadarás témaköréből*. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest, 79–86.
- VASSNÉ KOVÁCS, E. – KASSAI, I. (1991b) A hadaró beszéd dallama. In: Vassné Kovács E. (szerk.) *Szemelvények a hadarás témaköréből*. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest, 93–100.
- WEISS, D. A. (1991): Hadarás. Tünetek. In: Vassné Kovács E. (szerk.) *Szemelvények a hadarás témaköréből*. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest, 57–71.

Iskolai és óvodai koncerteket vállal

a KATÁNG zenekar

Az együttes a kelta és magyar népzene és a klasszikus zene izgalmas ötvözetét játssza, műsoraiban a mesék birodalmába kalauzolja a gyerekeket. Kiemelten fontosnak tartja a gyerekközönség animálását, a belső képek fejlesztését a zene által. Ezáltal a gyerekek alkotóként vesznek részt a koncerteken, a zenét beépítik magukba s nem „csak” kívülállóként hallgatják. Így minden egyes koncert új kalandot jelenthet számukra. A gyerekekkel való kommunikációban a zenekar igazodik az SNI-s gyerekcsoportok igényeihez.

Képek, zene, koncertvideók: www.katang.hu
Információ, koncertszervezés: 06-30/25-66-857

Adószám: 19024251-1-42

A koragyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata

KEREKI JUDIT

judit.kereki@freemail.hu

Absztrakt

A tanulmány a hazai koragyermekkori intervenciók rendszer működését egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül közelíti meg egy 2008-ban lezajlott empirikus vizsgálat adatainak elemzése alapján. A koragyermekkori intervenciók rendszer bizonyos elemeinek – a szűrési-jelzés szakaszának, a koragyermekkori diagnosztikának és terápiás ellátásnak, illetve az intézményrendszernek – a bemutatása mentén olyan összefüggések jelenlétét, illetve hiányát tárja fel, amely segít annak megértésében, hogy mitől működik hatékonyabban, illetve kevésbé hatékonyan a rendszer. A működésbeli hasonlóságok és eltérések mögött rejlő összefüggések felismerése vezet ahhoz az egyik alapvető megállapításhoz, hogy az ellátásba való bekerülésnek igen fontos, ha nem a legfontosabb differenciáló tényezője az egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi-, oktatási- és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége.

Kulcsszavak: koragyermekkori intervenció, kutatás, szűrés, jelzés, diagnosztika, terápia, intézményrendszer

Magyarországon az utóbbi években a születésszám csökkenése mellett évről-évre növekszik a sérülten született, vagy a későbbiekben eltérő fejlődésűnek vagy lassúbb fejlődésűnek mutató gyermekek száma. Az érintett gyermekek életlehetőségeit, és ezzel összefüggésben családjuk helyzetét döntően befolyásolja, hogy időben felismerik-e problémájukat, s bekerülnek-e minél hamarabb a korai ellátásba, és megkapják-e számukra megfelelő terápiás vagy fejlesztő szolgáltatást. Miközben a törvény szabályozza a szűrési rendszerét, rendelkezik a jelzési kötelezettségről, biztosítja az arra rászoruló gyermekeknek a korai fejlesztésben-gondozásban való részvétel jogát, valamint a szülők támogatását és a széleskörű juttatások rendszerét, az információ rendszerint nem jut el az érintettekhez, a szakemberek számára sem átlátható a koragyermekkori intervenciók rendszer, a kliens útja a rendszerben. Ugyanakkor az sem egyértelmű, kinek a feladata pontosan a korai ellátás, hiszen három tárca – az oktatási, a szociális és az egészségügyi – között oszlik meg a terület felelőssége.

A korai életszakaszt pedig kitüntetett figyelemmel kellene kezelni, hiszen minél korábban bekerül egy rászoruló gyermek az ellátó rendszerbe, annál nagyobb eséllyel tudja leküzdeni hátrányait. Ha pedig nemcsak az egyén és a családok, hanem a társadalom szempontjából nézzük ugyanezt a kérdést, látnunk kell, hogy a koragyermekkori intervenció fontosságának megítélésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a megközelítést, amely a preventív jellegű szolgáltatások későbbi költségsökkentő hatásait is figyelembe veszi. A korai életkorban kezeletlen problémák ugyanis olyan következményekkel járnak, amelyeknek megoldása az életút során sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényel a társadalomtól, mint amennyit a korai ellátórendszer hatékony működésébe kellene fektetnie. Makroszinten is célszerű lenne tehát a korai intervenció kérdésének társadalompolitikai prioritást adni.

Bármilyen szintről közelítjük meg a koragyermekkori intervenció kérdését, elengedhetetlen a rendszer működésének ismerete. 2008-ban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megrendelésére, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány megbízásából a Tárki-Tudok Zrt. széleskörű kutatást végzett, amely a koragyermekkori intervenció teljes rendszerének feltárására, működésének átláthatóvá tételére vállalkozott. Ennek a kutatásnak a bőséges adatbázisa lehetőséget szolgáltatott arra, hogy bizonyos adatok másodelemzésével a rendszer működése új megvilágításból, egy anomáliákkal küzdő terület, egy átlagos és egy jól működő hálózat összehasonlításán keresztül legyen megközelíthető. Jelen elemzés arra törekszik, hogy a működés tekintetében háromféle minőséget reprezentáló közigazgatási egységre vonatkozó kvalitatív és kvantitatív vizsgálati anyag elemzésének segítségével, a koragyermekkori intervenció rendszer egyes elemeinek – a szűrés-jelzés szakaszának, a korai diagnosztikának és terápiás ellátásnak, illetve az intézményrendszernek – a bemutatásán keresztül olyan összefüggések jelenlétét, illetve hiányát tárja fel, amely segít annak megértésében, hogy mitől működik hatékonyabban, illetve kevésbé hatékonyan a rendszer.

A területek kiválasztását nemcsak a rendszerszerű működésben látott pozitív vagy negatív folyamatok, hanem a rendelkezésre álló információk használhatósága, bősége, elemezhetősége is meghatározta. A kutatási tapasztalatok alapján anomáliákkal küzdő régióknak mutatkozott Észak-Magyarország, ahonnan a beérkező információk alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megye helyzete tűnt részletesebb elemzésre érdemesnek. A rendszerszerűen jól működő megyékhez tartozik Baranya megye, míg Jász-Nagykun-Szolnok megyében egy jól egyensúlyozó, átlagosan működő hálózat képe bontakozik ki. Az elemzés alapjául gyakorlatilag az alap kutatás során a védőnők, a szülők és az ellátó intézmények körében végzett kérdőíves felméréseknek a kiválasztott közigazgatási egységekre vonatkozó adatai,¹ illetve az érintett megyékben végzett intézményi-, szülői- és védőnői fókuszcsoportos beszélgetések, a szakértői bizottságoknál és a perinatális/neonatális centrumokban felvett strukturált mélyinterjúk, a KSH adatbázis, valamint az alap kutatásból készült zárótanulmány szolgált.

1 Az alap kutatás kérdőíves adatfelvételeiből egyedül a védőnői felmérés tekinthető reprezentatívnak. Az intézményekből a rendelkezésre álló listák (KIR-STAT, Kézenfogva Alapítvány információs füzetek, internet, egyéb információforrások) hiányosságai nem biztosították a teljes intézményi elérhetőséget, s a kiküldött kérdőíveket sem mindegyik intézmény juttatta vissza. A szülői kérdőívek reprezentativitását pedig az kérdőjelezi meg, hogy őket adatvédelmi okokból az intézményeken keresztül lehetett csak elérni, ezért az ellátásba kerülő gyermekekről vannak csak információk.

A fogalomhasználat útvesztői

Koragyermekkori intervenció, korai intervenció vagy korai fejlesztés? Európa fejlettebb országaiban az 1960-as években már komolyan foglalkoztak iskoláskor előtti fejlődési elmaradást mutató gyerekek terápiájával, törekedve az eltérő fejlődési jellemzők korai felismerésére és kezelésére. Akkor ezt a tevékenységet „korai terápiának” nevezték. (CSIKY 2006) A korai intervenció kifejezés azokkal a törekvésekkel párhuzamosan kezdett egyre inkább elterjedni, amelyek Európában és Észak-Amerikában is a tevékenység kiszélesítését, a szülőknek a fejlesztő tevékenységbe való bevonását szorgalmazták. Az 1980-as években egyre világosabbá vált, hogy a sérült gyermek fejlődése érdekében a szülők és a szakemberek együttműködése elengedhetetlen. (BORBÉLY 1995) Ez a gondolkodásmód összekapcsolódik azzal a szemléletbeli nyitással, amely a fogyatékosággal élő embereket az „orvosi” modell helyett a „bio-pszicho-szociális” modell kontextusába helyezi, s ezzel a korai intervenció fogalmát is kitágítja egy szélesebb értelmezés felé, amelyben az egyén sérültségi állapotát, pszichés funkcióit, képességeinek szintjeit szociális környezetébe ágyazottan közelíti meg.

A korai intervenció mellett a koragyermekkori intervenció kifejezés is egyre inkább teret nyert, bár tartalmuk az idők folyamán differenciálódott. Az European Agency for Development in Special Needs Education szervezetnek a koragyermekkori intervenció európai gyakorlatáról 2005-ben megjelent összegző dokumentuma határozottan megkülönbözteti a korai intervenció fogalmát a koragyermekkori intervenció kifejezéstől. Eszerint a korai intervenció minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást magában foglal, amelyben a rászoruló gyermek és családja a nevelési-oktatási folyamat során részesül. A koragyermekkori intervenció ellenben a hat évnél nem idősebb, sajátos nevelési igényű gyermekekre és családjukra fókuszál. (Early Childhood Intervention, 2005).²

Magyarországon a koragyermekkori intervenció alig használatos, a korai intervenció kifejezés bár ismert, mégsem honosodott meg, használata jellemzően leszűkül a korai fejlesztés fogalmára, amely egyértelműen csak az oktatási-nevelési színtérhez köti, miközben az egészségügyi és a szociális szféra is hangsúlyosan érintett a rendszerben.³ A fókuszcsoportos beszélgetésekből kitűnt, hogy a korai ellátó intézményekben dolgozó gyakorlati szakemberek többsége számára a korai intervenció és a korai fejlesztés hasonló tartalmú fogalmak, használatuk attól függ, milyen környezeti kontextusban bukkanak elő, az egészségügyben dolgozók vagy a gyógypedagógusok használják-e őket. A terminológiai tisztázatlanságnak a feloldását kísérelte meg 2005-ben egy szakértői munkacsoport, amely a korai fejlesztés koncepcionális kialakítására tett javaslatában a korai fejlesztés fogalmának megváltoztatását szorgalmazta. Hivatkozva a hazai és nemzetközi szakmai gyakorlatra, javasolta a koragyermekkori intervenció fogalmának bevezetését, hangsúlyozva tartalmában a preventív elemet, s

2 A European Agency for Development in Special Needs Education-nek az Early Childhood Intervention (Koragyermekkori Intervenció) c. dokumentumát magyarra sajnálatosan Korai fejlesztés címmel fordították le, s a szövegben végig következetesen meg is maradnak e mellett a kifejezés mellett. (Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulctényezőzők és ajánlások, 2005)

3 A pedagógiai jellegű megközelítést erősíti az a tény, hogy az 1993-as közoktatási törvény, amely először teszi lehetővé, hogy az arra rászoruló gyerekek 5 éves kor alatt megfelelő speciális segítségben részesüljenek, a korai fejlesztés-gondozás fogalommal fedli le azt a szolgáltatást, melynek keretében ezt megkapják. (Az 1993. évi LXXIX. Ktv.)

célcsoportként megjelölve a születéstől a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő kisgyerekeket és családjaikat. (Értékelemzési Zárójelentés, 2005) Az ellentmondásos fogalomhasználat a különböző fogyatékosági kategóriák, elnevezések, a rehabilitáció, habilitáció, a terápia és fejlesztés különböző értelmezéseinél is felmerül. A szakmán belüli és a különböző szakmák közötti közös nyelv kialakításának elősegítésére ajánlatos lenne egy fogalomtár vagy terminológiai szótár összeállítása, amely a különböző szakterületek munkáját közelebb hozhatná egymáshoz.

A koragyermekkorai intervenció, mint rendszer

A koragyermekkorai intervenció egy átfogó, komplex fogalom, amely a szűken vett intervenciós tevékenységen túl egy olyan rendszert jelöl, amelyben az esélyteremtő, esélykiegyenlítő beavatkozások egymástól időben, szabályozásban, finanszírozásban és az intézményrendszer működése szempontjából is elkülöníthető elemei jelennek meg, úgy mint: 1. a szűrés-jelzés szakasza, 2. a minősítés és diagnosztizálás folyamata illetve 3. az ellátások, juttatások és szolgáltatások rendszere. (KEREKI-LANNERT 2009)

A szűrés-jelzés szakasza a preventív jellegű tevékenységekhez kapcsolható, amennyiben valamilyen káros folyamat vagy esemény bekövetkezésének megelőzését szolgálja. Jelen esetben szűrés alatt elsősorban az életkorhoz kötött, kötelező szűrővizsgálatokat értjük, amelyeket az egészségügy rendszerében végeznek⁴. A szűrés nemcsak a probléma kiszűrését és azonosítását jelenti, hanem szükséges esetben további vizsgálatokra való javaslatot, illetve az egészségügyi-, szociális-, és közoktatási ellátásokba és szolgáltatásokba való továbbirányítást is.⁵ A jelzés során a jelző személy a problémát gyanítva további szűrésre, vizsgálatra küldi a gyermeket, ahol a problémát azonosítják. Elsődleges jelzők lehetnek azok a személyek, intézmények, akik biztosan közvetlen kapcsolatba kerülnek a családokkal (szülész, védőnő, gyermekorvos, bölcsőde, óvoda). Másodlagos jelzők azok a személyek, intézmények, amelyek csak akkor kerülnek kapcsolatba a családdal, ha a szülő felkeresi őket, amennyiben ő maga érzékeli a problémát.⁶

A diagnosztika a probléma, betegség, elmaradás felismerésének, a tünetek alapján való jellemzésének, beazonosításának folyamata. Az orvostudomány mellett a pszichológia és a gyógypedagógia is kialakította saját diagnosztikai eljárásait, amelyet esetünkben a komplex diagnosztikai tevékenységben juttat érvényre. A diagnosztikai vizsgálatok fontossága hangsúlyos, a megfelelő diagnózishoz illeszkedő, minél korábban elkezdett eljárásokban rejlik a sikeresség kulcsa. Ide kapcsolódik a minősítés (jogosultság megállapítása), melynek célja valamely egészségügyi, szociális, közoktatási pénzbeli ellátásra (pl. útiköltségtérítés, emelt összegű családi pótlék) vagy természetbeni juttatásra (pl. gyógyászati segédeszközellátás, közgyógyellátás, szülősegítő

4 Szűréseket a kórházak szülészeti, nőgyógyászati osztályain, az újszülött osztályokon, a perinatális/neonatalis intenzív centrumokban, a veszületett anyagcsere-betegségek laboratóriumi vizsgálatát végző jogosult egészségügyi szolgáltatóknál végeznek, de szűrésre kötelezettek a házi gyermekorvosok és a védőnők is.

5 Megjegyezzük, hogy az egészségügy területén végzett szűrések mellett a közoktatási és a szociális szolgáltatást végző intézményekben végzett szűrések is ehhez a szakaszhoz kapcsolódnak.

6 Ide tartoznak a szakértői bizottságok, a gyermekjóléti szolgálatok, a családsegítő központok, maguk a korai fejlesztő és gondozó központok, a fogyatékosági típusának megfelelő érdekvédelmi szervezetek a falu- és tanyagondnoki szolgálatok.

szolgáltatás), illetve személyes közreműködést igénylő szolgáltatásra (pl. otthoni szakápolás, bölcsődei ellátás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás) való jogosultság megállapítása.

A koragyermekkorai intervenció keretében az egészségügy rehabilitációs illetve habilitációs szakellátást nyújt a 0-6 éves korú gyermekek számára, amely az OEP által finanszírozott. A közoktatási rendszeren belül pedig gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás folyik, amely a közoktatási törvényben szabályozott, normatívával támogatott közoktatási, ezen belül szakszolgálati tevékenység, amelyet a gyermek 5 éves koráig kaphat. A szociális intézményekben is folyik gyógypedagógiai fejlesztés és gondozás (bölcsődék, fogyatékosok-ápoló, gondozó otthonai). Egyéb egyéni képesség-fejlesztést nyújtó szolgáltatás is létezik, amelyet konkrét terápiát folytató, általában civil szervezetek vagy vállalkozások folytatnak.

A korai ellátásra szoruló és abban részesülő gyermekek száma

Az alapkutatás a megfelelő létszámadatok becslése segítségével arra következtetett, hogy jelenleg hazánkban a 6 éven aluliak közül mintegy 9-10 ezer a koragyermekkorai intervenció ellátásra szoruló gyermek, és ebből kb. 5-6 ezer részesül ebben a szolgáltatásban, tehát a rászorulóknak több, mint 30%-a ellátatlan marad. (KEREKI-LANNERT 2009) A védőnői adatbázis alapján a három bemutatni kívánt megyében is becslés adható a 6 éven aluli korai ellátásra szorulóknak és az ellátottak számáról.⁷ (Lásd 1. táblázat)

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

Forrás: Védőnői és intézményi adatbázis, TÁRKI-TUDOK-FSZK.

1. táblázat: A hat éven aluli rászorulóknak és az ellátásban részesülők adatai, 2007

A védőnők megítélése alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megyében jóval alacsonyabb az ellátásba bekerülő rászorulóknak aránya, mint a másik két vizsgált megyében, itt gyakorlatilag a rászorulóknak fele marad ellátatlanul. Baranya megyében az adatok az országos átlaghoz közeli értéket mutatnak, 32% a rászoruló-ellátott arány, míg Jász-Nagykun-Szolnok megye eszerint a jó helyzetben lévő megyék közé tartozik, hiszen a védőnők adatai alapján alig több, mint 20%-os az ellátatlanok aránya.

⁷ A védőnői adatbázis reprezentativitásának biztosítása súlyozás segítségével történt. Mivel a védőnői minta 20%-os volt, az általuk megadott adatokat 5-tel felszorozva kaptuk meg a becsült értékeket.

A védőnői és az intézményi adatbázis 2007-re vonatkozó adatait összevetve azt találjuk, hogy Baranyában több az intézmények által ellátott gyermek, mint a rászorulóknak ítélt. (Lásd 1. táblázat) A magyarázatot erre az adhatja, hogy más közigazgatási egységekből is kerülnek ide gyerekek, kompenzálva a környező területek esetleges ellátásbeli hiányosságait. Az ellátás területi egyenlenségeinek meghökkentő különbségét reprezentáló Budapest mellett⁸ Baranya megye az egyik, amelynek országosan is kedvező mutatói vannak az intézményes ellátás arányait tekintve. (KEREKI-LANNERT 2009) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében háromszor annyi gyermeket ítélnék rászorulóknak, mint Baranyában, s a védőnők szerint a gyerekek fele jut el ellátásba, ugyanakkor a válaszadó intézmények a rászorulóknak becsült számának csak egyharmadát látják el. Védőnői beszámolók alapján sok a diagnosztizálatlan, ellátásba elsősorban szociálisan hátrányos helyzete okán be nem jutó gyermek. Az országos megoszláshoz képest is nagyobb arányt képviselő rászoruló gyermekek jelenléte a legproblémásabb megyék közé sorolja Borsodot. Jász-Nagykun-Szolnok megye „rejtélye”, hogy míg a védőnők szerint majdnem 80%-os az ellátottak aránya, az intézmények adatai a rászorulóknak ítélt becsült létszámához képest csak 13%-os ellátási arányt mutatnak. Ezt az arányt korrigálhatja az a működésbeli jellegzetesség, hogy a másik két megyétől eltérően itt a szakértői bizottság szervezi meg az otthoni ellátást, így ezek az adatok nem is szerepelhetnek az intézményesen ellátottak összesített listájában. Tovább árnyalhatja a képet, ami a fókuszcsoporthoz szülői interjúkból derül ki, hogy a szülők, mivel nem tartják elég széleskörűnek az ellátás kínálatát, más megyék településeire keresik a megoldást. Jász-Nagykun-Szolnok megye az országos kép alapján a „közepesen” ellátottak közé sorolható.

A szűrés és jelzés szintje

A születés után elvégzendő szűrések rendszeréről a jogszabályok a 0-6 éves korosztályra vonatkozóan részletesen rendelkeznek.⁹ Bár a megkérdezett védőnők a törvény rendelkezéseit próbálják betartani, a három vizsgált megyét tekintve határozottan láthatóak szignifikáns különbségek az elvégzett szűrési eljárások vonatkozásában. A szűrési eljárások többségénél korcsoportonkénti bontásban is jellemzően a baranyai védőnők tesznek eleget legmagasabb arányban a törvényi előírásoknak. Országosan jellemző, hogy az elvégzett szűrési arányokat tekintve a 4 évesek háttérbe szorulnak a többi korcsoportéhoz képest, s ez a vizsgált megyékben sincs másképp. A másik tendenciózus jelenség, amely általánosnak mondható az egész országban, a hallásszűrés és a látásszűrés elvégzésének hiányossága. Baranyában ugyan magasabbak a vizsgálati arányok, mint a másik két megyében, ám itt sem tűnik egyenletesen ellenőrzöttnek a két érzékszerv. (Legkevésbé kedvező képet Borsod-Abaúj-Zemplén megye mutat, ahol az esetek többségében a hallást jó, ha egyötödnyien kontrollálják, a látást még kevesebben.) A szűrővizsgálatok elvégzésének arányát természetesen befolyásolja a

8 Budapestben az összes ellátott 6 év alatti gyermek 55%-a kap segítséget, miközben a 0-4 éves népességnek csak 14%-a lakik itt

9 Lásd az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, illetve annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet, illetve a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról ide vonatkozó részei. A 19/2009 (VI.18.) EüM rendeletet ugyan már e két utóbbi rendeletet is módosítja, de a módosítás nem érinti a közölt eredményeket.

tanácsadóban rendelkezésre álló alapfelszereltség és annak állapota is¹⁰. Nem meglepő, hogy a baranyai tanácsadók a leginkább felszereltek, s Borsod-Abaúj-Zemplén megyében mutatja a korai felismeréshez szükséges eszközellátottsággal való elégedettség a legalacsonyabb értéket. Ami még jelzészzerű, és az információáramlást nehezítő körülmény, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (az országos, csaknem 80%-os ellátottsághoz képest) meglepően alacsony arányban találunk számítógéppel rendelkező tanácsadókat (52%). A szűrésekhez használható felszerelés minőségével, mérésre való alkalmasságukkal mindenhol elégedetlenek a védőnők.

A szűrés szintje szorosan összekapcsolódik a jelzés folyamatával. Az alap kutatás eredményeiből az látszik, hogy a védőnők és a szülők vélekedése eltér abban a kérdésben, hogy a gyermek problémáját mikor és ki ismerte fel először.¹¹ A védőnők saját szerepüket elsődlegesnek érzékelik, úgy ítélik meg, hogy leggyakrabban (a gyerekek 37%-ánál) ők jelezték a problémát. Gyakori még szerintük, hogy a szülés után közvetlenül kiderül, hogy a gyermek sérült vagy valamilyen rendellenesség áll fenn (az esetek 30%-ában). A problémás esetek közül szerintük minden 7-iket az első házi gyermekorvosi vizsgálat eredménye alapján jelezték, minden 9-iket a szülő vette észre, és kevesebb, mint egytizedükről tudtak a várandósság alatt. A szülők ellenben úgy értékelik, hogy az egészségügyi dolgozók, természetesen, a várandósság alatt és a születéskor sokkal nagyobb arányban ismerik fel a bajt, mint bárki más (38%). Ez azonban megfordul, mihelyst a baba elhagyja a kórházat. Onnantól kezdve a család, a barátok, ismerősök gyakrabban fedezik fel a rendellenességeket (31%-ban), mint akár a háziorvos vagy más szakorvos (24%), akár a védőnő (3%). (4%-nyian egyéb esetet soroltak fel.) (KEREKI-LANNERT 2009)

A megyéket tekintve a védőnői és a szülői válaszok alapján némi tendenciaértékű eltérés észlelhető a jelzés megítélésében. A védőnői kérdőív válaszai szerint Baranya megyében a szülés után közvetlenül kiderülő problémák (39%) és az első házi gyermekorvosi vizsgálat felismerő szerepe (22%) is jobban hangsúlyozódnak, mint a másik két megyében, mindkét esetben mintegy 10-10%-kal haladva meg a borsodi és a Jász-Nagykun-Szolnok megyei arányokat. Ugyanakkor a baranyai védőnők saját jelző szerepüket mintegy 10%-kal alacsonyabbra értékelik, mint a másik két megyében (26%-ra). A másik értékelhető különbség, hogy a szülők vélekedése szerint Borsod megyében másfélszer annyi az otthon (szülő, család, ismerősök által) felismert probléma (52%), mint akár Baranyában, akár Jász-Nagykun-Szolnok megyében. Messzemenő következtetéseket ezekből a jelenségekből nem vonhatunk le, bár a kvalitatív vizsgálat megerősíteni látszik ezeket az összefüggéseket.

A szülői fókuszcsoportos beszélgetések közül egyedül a baranyai szülők említik, hogy a házi gyermekorvos ismerte fel a problémát, ő irányította szakorvoshoz vagy rögtön a korai fejlesztő központba a gyermeket. (A három megye közül itt vetődik fel csak, hogy a házi gyermekorvos az egészségügyi ellátáson kívül másfajta ellátási formákat is ismerne.) Ugyanakkor a baranyai védőnők utalnak a házi gyermekorvosokkal való jó együttműködésre, pozitív attitűdjük magyarázhatja, hogy a kvantitatív

10 A 49/2004 (V.21.) EszCSM rendelet ezt is szabályozza. (5. számú melléklet a 49/2004. (V. 21.) EszCsM rendelethez)

11 Hozzá kell azonban tennünk, hogy a védőnői mintával szemben a szülői minta nem reprezentatív, ráadásul a magasabb iskolai végzettségűek felülreprezentáltak benne. Ugyanakkor a kérdésekre adott válaszok sem egyértelműen összevethetőek, hiszen a szülőknek több választási lehetőségük volt a kérdések megválaszolásánál.

vizsgálatban a házi gyermekorvos jelző szerepét magasabbra értékelik a sajátjukénál, szemben az országos tendenciával. A szülőkhöz képest sem hangsúlyozzák túl jelző szerepüket, úgy gondolják, nagyjából hasonló arányban észlelik a problémákat. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ellenben a védőnők házi orvosokkal való kapcsolatának egy szövevényesebb, kevésbé egyértelmű, néhol konfliktusokkal terhelt hálójá bontakozik ki, ahol a különböző gyakorlatok akár a két szakma presztízsének szubjektív megéléséről is szólnak. Úgy tűnik, a borsodi védőnők saját kompetenciájukat és a felismerésben betöltött szerepüket jelentősebbnek érzik. Egy részük utalt rá, hogy a házi gyermekorvosok nem minden esetben fordítanak kellő figyelmet a problémás esetekre, gyakran hangoztatják azt, hogy „várjunk még, hátha kinövi”. (A házi gyermekorvosnak a felismerésben és az ellátási lehetőségek szélesebb ismeretében mutatott hiányosságai a Borsod megyei intézményvezetőkkel beszélgetésekben is megjelennék.)

Diagnosztika és terápia

A vizsgált gyermekpopulációt először az egészségügy rendszerében diagnosztizálják. Ahhoz, hogy a gyermek a pedagógiai vagy a szociális intézményhálózatban megfelelő ellátásban részesülhessen, a szakértői bizottság komplex vizsgálatára van szükség. A komplex diagnózis alapján a bizottság a gyermeket sajátos nevelési igényűvé nyilvánítja, aminek birtokában megkapja a szükségleteinek megfelelő ellátást. A diagnosztikán alapuló ellátórendszerek működésének az alapfeltétele, hogy standardizált, komplex diagnosztikai rendszer álljon rendelkezésre, s a diagnosztikai kategóriákhoz rendelt fejlesztőeljárásoknak is szakmailag minőségieknek kell lenniük, a finanszírozási szabályokat pedig a diagnosztikai és fejlesztési protokoll ismeretében kell kialakítani. A megbízható diagnózis felállításához korszerű diagnosztikus eszköztárra és egységes eljárási protokollra lenne szükség. (CSÉPE 2008)

Az alap kutatásból kiderült, hogy a szakértői bizottságok által használt diagnosztikus eljárások többsége elavult, nem standardizált, szerzői jogokat sértő, engedély nélkül használt módszer. Nemcsak az egységes, korszerű diagnosztikai rendszer, de a korai vizsgálati eljárások lebonyolításában fellelhető egységes protokoll is hiányzik. (KEREKI-LANNERT 2009) Vizsgált megyeinkben sincs másképp, a 20-25 féle vizsgálati eljárás döntő többsége a korszerűtlennek mondott módszerek közé tartozik. Az SNI kategória tartalmi megfogalmazásánál sincs egységes protokolláris megfeleltetés, a megjelölés tisztázatlanságát minden bizottság másképpen hidalja át. A vizsgálati eljárás lefolytatása is a legkülönbözőbb módokon szerveződik, a szakemberek létszámát és szaktudását próbálják egyensúlyba hozni a vizsgálatok számával és jellegével. Mindhárom megyét jellemzi a diagnosztika kétközpontúsága. Baranya megyében a szakértői bizottságon kívül a városi korai fejlesztő központban is végeznek komplex vizsgálatot, és széles diagnosztikai repertoárral dolgoznak. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a szakértői bizottság ellenpólusa a kórház gyermek-rehabilitációs osztálya, bár a repertoárja jóval kisebb, mint a szakértői bizottságé. Jász-Nagykun-Szolnok megye két diagnosztikai bázisa a városi és a megyei szakértői bizottság. Az ellátó intézmények is végeznek saját vizsgálatokat, de alapvetően nem jelentenek konkurenciát a szakértői bizottságoknak.

A megyékben működő ellátó intézmények által használt átlagos terápiaszám Baranya megyében a legmagasabb, bár ezt az intézmények jellege is befolyásolja, hisz egyedül Baranyában működik két nagylétszámú, korai fejlesztő központ kategóriába sorolható intézmény, széles terápiai repertoárral. (20-23 féle eljárást alkalmaznak).

A terápiás szolgáltatásokat tekintve gyakorlatilag minden fogyatékosgátpust el tudnak látni a közigazgatási egységben. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az egészségügyi gyermek-rehabilitációs intézmény dolgozik a legtöbb terápiás eljárással (14), melyek között döntően mozgásfejlesztő, egészségügyi jellegű módszerek találhatók. Kérdéses azonban, hogy a megyében hol és hogyan látják el a hallássérült gyermekeket. Jász-Nagykun-Szolnok megyében egyetlen intézmény, az alapítványi fenntartású egységes pedagógiai szakszolgálat dolgozik viszonylag széles terápiás repertoárral (16 féle eljárást használnak), s úgy tűnik, minden fogyatékosági területet próbálnak lefedni. A megye egészében mégis megkérdőjelezhető az érzékszervi sérült gyermekek számára nyújtható megfelelő szintű szolgáltatás, mint ahogy fehér folt az autista kisgyermekek ellátása is.

A koragyermekkorai intervenció intézményrendszere

A koragyermekkorai intervenció intézményes szereplőinek azonosítása segít a teljes rendszer feltárásában, az intézményháló elemei közötti kapcsolat és az egyes elemek funkciójának, működési feltételeinek áttekintésében. Alapvető intézményes szereplőnek tekintünk minden olyan intézményt (illetve annak képviselőjét), amely a sérült, fogyatékos illetve eltérő fejlődésű, vagy fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermekkel fogantatásától kezdve 5 (6) éves koráig kapcsolatba kerül(het).¹²

Egészségügyi szereplők

A koraszülötteket, a kis súllyal születetteket vagy a sérült újszülötteket rögtön az úgynevezett perinatális vagy neonatális centrumokba szállítják.¹³ A vizsgált megyékben az intenzív centrumok munkáját a rendszer többi szereplője egységesen jónak ítéli meg. Ugyanakkor az intézmények vezetői kivétel nélkül elégtelennek tartják munkakörülményeiket, a szükségesnél kevesebb helyiségben, korszerűtlen, rohamosan amortizálódó műszerezettség mellett dolgoznak. A meglévő szaktudást jónak, de a szakemberek létszámát kevésnek tartják, kivéve az egyik Baranya megyei PIC-et, ahol az orvosgárda stabil, a halálozási eredmények és a követéses eredmények is jók. A koraszülött intenzív ellátás mérőszámai a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei PIC-ben a legkedvezőtlenebbek, így pl. az egy ápolóra jutó beteg arány (1:10) országosan a legrosszabb mutató (az országos átlag 1:4).

Tájékozódva a megyék orvos- és védőnői ellátottságáról azt találjuk, hogy a szakorvos ellátottságot tekintve Borsod-Abaúj-Zemplén megye van a legmostohább helyzetben, egy-egy szakterület képviselőjére rendre többszörös (minimum kétszeres, de bizonyos szakterületen négyszeres) gyermeklétszám jut, mint a másik két megyében.

12 Ennek értelmében ide soroljuk a szakorvost, szülészorst, neonatológust, a Perinatális/Neonatális Centrumokat, a kórházak csecsemő- és/vagy újszülött-osztályait, házi gyermekorvosokat, védőnőket, gyermekneurologusokat, egyéb szakorvosokat, a gyermekrehabilitációs intézményeket, gyermekjóléti szolgálatokat, falu- és tanyagondnoki szolgálatokat, családsegítő központokat, gyermek- és ifjúsági pszichiátriákat, szakértői bizottságokat, nevelési tanácsadókat, korai fejlesztő központokat, konduktív terápiát nyújtó intézményeket, bölcsődéket, óvodákat, fogyatékosok ápoló-gondozó otthonait, egységes gyógypedagógiai módszertani központokat, konduktív pedagógiai intézményeket, pedagógiai szakszolgálatokat, nem centumszerűen működő alapítványokat, magánellátókat, fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezeteit.

13 Magyarországon 21 perinatális ill. neonatális centrum működik. Baranya megyében két egyetemi fenntartású perinatális centrumot találunk, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a megyeszékhelyen a kórházban működik az intenzív centrum.

A házi gyermekorvosok tekintetében ugyanakkor éppen Borsod megye tűnik előnyösebb helyzetűnek a másik két közigazgatási területhez képest. (Feleannyi gyermek jut rájuk, mint a másik két megyében.) A védőnőket nézve kiegyenlített a három megye közötti különbség.¹⁴

A szakértői bizottságok szerepe

Az intézményrendszer meghatározó elemét képezik a szakértői és rehabilitációs bizottságok, s döntő szerepük van abban, hogy az általuk sajátos nevelési igényűnek nyilvánított 0-5 éves korú gyermekek a közoktatási és szociális intézményrendszer berkein belül hozzájussanak a megfelelő ellátáshoz.¹⁵ Mindhárom megyében egyaránt jellemzi a szakértői bizottságokat, hogy munkájuk hatékonyságát az elégtelen szakemberlétszám jelentősen befolyásolja, a növekvő esetszám folyamatos leterheltséget eredményez, és meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét. Baranya és Jász-Nagykun-Szolnok megyében egyre korábbi életkorban kerülnek a gyerekek a szakértői bizottság elé. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében azonban a többi megyéhez képest arányaiban és abszolút értékben is kevesebben jutnak el 5 éves kor alatt a szakértői bizottsághoz. A vizsgált újszülöttek száma kevés, inkább a későbbi életkorok felé tolódik el a bekerülés. Ebben szerepet játszhat az a tény, hogy a Miskolcon működő Gyermek Egészségügyi Központ neonatális centrumában terápiás ellátást kapnak a gyerekek, egy éves koruk után pedig a GYEK Rehabilitációs Osztályára utalják őket. Mivel az egészségügyi rendszerben maradvá gondoskodnak a gyerekekről, az intézmény részéről semmi sem indokolja, hogy ebben az életkorban szakértői bizottság elé küldje a kicsiket.

„Papírforma” szerint a gyermek az egészségügyi intézményekből a szakértői bizottságokon keresztül kerül az ellátó intézményekbe. Azokban a közigazgatási egységekben azonban, ahol működik korai fejlesztő központ, a „tipikus”-nak hitt út megfordul, hamarabb jutnak el a gyermekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről az ellátó intézménybe, mint a szakértői bizottság elé. Az ellátó intézmény küldi aztán tovább a gyermeket a szakértői bizottsághoz. Több intézményben a komplex diagnosztikai vizsgálatot is elvégzik, s mivel sokat kell várni a szakértői bizottság vizsgálatára, „saját szakállukra” elkezdik a fejlesztést, hogy ne maradjon ellátatlanul a gyermek. Nincs ez máshogy a vizsgált közigazgatási egységekben sem. Baranya megyében a székhelyen működő városi korai fejlesztő központba érkező gyerekeknek csak kb. 2%-át küldi a szakértői bizottság, döntően egészségügyi szereplők irányítják ide a gyerekeket, illetve a szülők maguktól keresik fel az intézményt. Ugyanakkor a megyei szakértői bizottság keresettségét elősegíti, hogy egy intézményben funkcionál az EGYMI keretében működő korai fejlesztő központtal, amely úgy tűnik, szintén jó kapcsolatot ápol az egészségügy szereplőivel (a PIC-ek, szakorvosok, házi gyermekorvosok és a védőnők is küldenek ide gyerekeket), de szociális intézmények is ajánlják az intézményt. Emellett úgy tűnik, a két intézményegységnek sikerült találni egy olyan formát, amely az egészségügyből való bekerülés és a bizottság szakértői véleményének kézhezvétele között nem hagyja ellátatlanul a gyerekeket. A Borsod-Abaúj-Zemplén megyében is „össze-

14 A KSH 2001-es népszámlálás demográfiai adatainak korcsoportos bontását használva, az öt éves korig megadott megyénkénti lakosság létszámát vetítettem az ÁNTSZ által nyilvántartott adatbázisra, amely a védőnők, házi gyermekorvosok és több szakorvos adatait tartalmazta.

15 Jelenleg az országban összesen 35 szakértői bizottság működik. A három vizsgált megyében négy szakértői bizottság működik, Jász-Nagykun-Szolnok megyében a megyei bizottság mellett találjuk a Szolnok városi szakértői bizottságot.

fonódik” a diagnosztizáló és az ellátó intézmény, kapcsolati hálójuk azonban két lényeges ponton gyengébbnek mutatkozik a baranyai intézményekénél. Egyrészt az egészségügyi rendszer két olyan kulcsfontosságú szereplője, mint a házi gyermekorvos és a PIC szinte semmilyen kapcsolatot nem ápol az intézménnyel, másrészt a szociális intézményrendszer szereplőivel sem alakult ki partneri viszony, s így fontos jelzések nem jutnak el a diagnosztikus centrum felé. Jász-Nagykun-Szolnok megyében mindkét intézménynek ellentmondásos az egészségügyi ellátórendszerhez való illeszkedése. A védőnőkre, a házi gyermekorvosokra tudnak számítani, mint ahogy a kórházi gyermekneurológusra is. Ugyanakkor a PIC-cel a kórházi szüléssel, az újszülött-osztállyal alig van kontaktusuk. Inkább a szociális intézmények működnek fontos jelzőrendszerként. Úgy tűnik, Jász-Nagykun-Szolnok megyében, bár kevesebb a kialakult kapcsolat, a meglévők rendszeresebbek és intenzívebbek.

A szakértői bizottságok csak olyan intézményeket jelölhetnek ki ellátó helyként, amelyek rendelkeznek az Oktatási Minisztérium azonosítójával (OM kóddal), ami alapján az intézmények igényelhetik a gyermek után járó állami normatívát, vagy otthoni ellátást javasolnak. Baranyában a szakértői bizottság és az EGYMI keretében működő korai fejlesztő központ szerepe az ellátás szervezése tekintetében is szinte szétválaszthatatlan, a kompetenciahatárok elmosódnak. A két intézményegység a rendelkezésre álló listán szereplő intézményekkel folyamatos kapcsolatot tart. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a szakértői bizottsággal szintén „szimbiózisban” működő korai fejlesztő központ szakmai irányítása alatt ún. decentrumok működnek. A decentrumokkal funkcionáló megyei hálózatok közül a borsodi az egyetlen, amely nem a szakértői bizottság szervezése mellett működik. A bizottság az ellátási javaslatokat intézményekre teszi, utazótanári ellátást ritkán ajánl. Jász-Nagykun-Szolnok megyében a bizottság az intézményes ellátást preferálja. Lényegesnek tartják, hogy a gyermeket ugyanazon a településen fejlesszék, ahol lakik, de legalábbis a közelben, hogy elkerüljék az utaztatást. Solnok városban a korai ellátás két szinten történik, a bölcsődében és a bizottság által szervezett otthoni ellátásban.

Korai ellátó intézmények

Az országos adatokból kiderül, hogy az intézmények átlagos mérete igencsak szór meggyenként, a nagy létszámú intézmények Budapest mellett elsősorban Baranya megyére jellemzőek (91 gyerek jut egy intézményre átlagosan). (KEREKI-LANNERT 2009). Ugyanakkor a három megye közül Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legalacsonyabb az egy intézményre jutó átlagos gyermeklétszám (15). Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ettől magasabb (38), ami az országos átlaggal (42) majdnem megegyező. A három megyében az intézménytípusonként elkülönített létszámadatok azt mutatják, hogy egy-egy intézménytípusba sűrűsödik a gyereklétszám, Baranya megyében a két korai fejlesztő központ látja el a gyerekek döntő többségét (a gyerekek 94%-át), míg Borsod-Abaúj-Zemplén megyében egészségügyi intézmény, a GYEK gyermek-rehabilitációs osztálya tekinthető súlyponti intézménynek (az ellátottak 78%-át találjuk itt), Jász-Nagykun-Szolnok megyében szociális intézmény, a megszékhelyen levő városi bölcsőde gondozza a gyerekek nagyobb részét (64%-át). Az intézmények által ellátott gyermeklétszámot a korai szakember létszámra vetítve azt kapjuk, hogy a három megye intézményei közül a két baranyai központnak és a borsodi gyermekrehabilitációs intézménynek az átlagos leterheltsége a legmagasabb. (Országosan is magasnak számítanak mutatóik.)

Az intézmények által ellátott gyerekek fogyatékoságtípusok szerinti megoszlása az összevethető adatok alapján az országos tendenciákat tükrözi. Mindhárom megyét jellemzi, hogy a halmozottan fogyatékos gyermekek aránya magasabb a többi fogyatékoságcsoporthoz képest. A szakemberek képzettségét tekintve Baranya megye az, ahol az ellátó intézményekben mindenhol lefedi a szakértelem a fogyatékosági terület megkívánta ellátási szükségleteket. Jász-Nagykun-Szolnok megyében kevés, de széles spektrumon képzett szakembert tudnak alkalmazni, a szükségletekhez igazodó megfelelő végzettséggel. A három közigazgatási egység közül csak Borsod-Abaúj-Zemplén megyében találhatóak olyan intézmények, ahol az ellátásra szoruló fogyatékosági területekhez nem biztosítottak a szakmai kompetenciák.

Rendelet szabályozza a gyermek korai fejlesztésére, terápiás ellátására fordítható óraszámot.¹⁶ Az alap kutatás adataiból kiderül, hogy a nagyméretű intézményekben kevésbé tudják biztosítani a törvény által előírt óraszámokat, s az egy szakemberre jutó ellátott gyerekek száma is lényegesen és szignifikánsan magasabb, mint a törvényi minimumot teljesítők esetében. (KEREKI–LANNERT 2009) Az országos tendenciáknak megfelelően Baranyában a városi korai fejlesztő központban, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig a GYEK gyermek-rehabilitációs osztályán fordul elő nagyobb arányban, hogy kevesebb óraszámot tudnak csak biztosítani.¹⁷ Jász-Nagykun-Szolnok megyében minden gyermeknek biztosítják a megfelelő óraszámot az intézmények. Ugyanakkor a fókuszcsoportos beszélgetéseken mindhárom megye intézményvezetői a törvényi szabályozással szembeni elégedetlenségüknek adtak hangot, életszerűtlennek minősítve az „elvágólág” adható óraszámok jogosultságát, mint ahogy a finanszírozás elégtelenségét is sarkalatos problémának tekintik.

Összefoglalás

Nemcsak a rászoruló és a rendszerbe bekerülő kliens, de a szakma képviselői számára is áttekinthetetlen a koragyermekkorai intervenciók intézmények hálózata, követhetetlen a kliens útja a rendszerben, és nincs egységes protokoll, amely a probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig megfelelően szabályozná ezt az utat. Nagy probléma az információhiány, a szülők tanácstalanok, hová fordulhatnak, ha gyermekük valamilyen rendellenességgel születik, vagy fejlődésében elmaradás mutatkozik. Jellemzően, azokban a megyékben, ahol korai fejlesztő központ működik, a szülők hamarabb jutnak el – akár az egészségügyi ellátásból, akár saját információik alapján – ezekbe az intézményekbe, mint a szakértői bizottság elé. Ezekben az esetekben tehát a szabályozott utak megfordulnak, ami elgondolkodtató a szabályozók életszerűségét illetően. Ugyanakkor, ahol nem működik korai fejlesztő központ, „elaprózódik” a szolgáltatás, és megnövekszik az otthoni ellátás szerepe.

A szűrés rendszerének vizsgálata jellemző különbségeket mutat a megyék tekintetében. A három megye közül Baranya megyében működik legjobban a védőnői szűrőhálózat, a törvények által megadott kontrollpontokat is ők érvényesítik leginkább. Jász-Nagykun-Szolnok megyéről egy kiegyenlítően működő, viszonylag jól odafigyelő, Borsod-Abaúj-Zemplén megyéről egy kevésbé kiegyensúlyozott, bizonyos területeken

16 A 14/1994.MKM. rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról

17 Bár hozzáteszem, az egészségügyi intézményre nem vonatkozik az oktatási törvény szabályozása, csak összehasonlításképpen beszélhetünk az adatokról.

hiányossággal küzdő rendszer képe bontakozik ki. Jelzésértékű, hogy az érzékszervi szűrések a kevésbé kontrollált területek közé tartoznak, remélhetőleg ezen az új vizsgálati protokollok megjelenése segíteni fog. Ugyanakkor az is kiderült, hogy a szűrések során a 4 évesekre kevesebb figyelem irányul. Az összkép alapján megállapítható, hogy szükséges lenne a hazai szűrővizsgálatok egységesítése, megújítása, újabb, korszerűbb protokollok segítségével lehetne a szűrési eljárásokat, kontroll pontokat szabályozni. Korszerű eszközök biztosításával lehetne hiteles és hatékony szűrési rendszert, megfelelő szintű szolgáltatást megvalósítani. Az egységes informatikai háttér kialakítása alapvető lenne a hatékony információáramlás biztosításához. Ez Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, mint láttuk, megoldatlannak tűnik. Am a korszerű technológia nem elég, a szűrési módszerek és az eszközök használatának elsajátításához megfelelő képzés biztosítására lenne szükség.

A jelzőrendszer működése kapcsán a szülők hiányolják a megfelelő tájékoztatást, többnyire azt tapasztalják, hogy az intézményes egészségügyi ellátásból kikerülve első-sorban magukra számíthatnak. Zömében ők ismerik fel a problémát, és szerencsés, ha a védőnővel vagy a házi gyermekorvossal meg tudják beszélni. A vizsgált megyékben a jelzőrendszer működésében, a tájékoztatásban, az információhoz való hozzáférésben megnyilvánuló különbségnek igen fontos differenciáló tényezője az egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi-, oktatási- és szociális intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedtsége, a kapcsolatok intenzitása, minősége. Úgy tűnik, az informális kapcsolatoknak nagy szerepük van az információáramlás elősegítésében, és ezzel a továbblépés lehetőségeinek megteremtésében, a rendszer olajozottabb működésének biztosításában. A jelzés rendszerének szabályozatlansága, illetve a nem életszerű jogszabályok hátráltatják a rendszer működését. A szabályozást az informálisan kitaposott utakhoz lehetne igazítani, a jelzés rendszerét és az ellátásba kerülés útját működőképesebbé téve.

A diagnosztikus eljárások vizsgálata azt a korábbi feltevést igazolta vissza, hogy a szakértői bizottságok munkájában, a korai vizsgálati eljárások lebonyolításában nem lehet fel egységes protokoll. Hiányzik az egységes diagnosztikai rendszer, az alkalmazott diagnosztikus eljárások kétséges hitelességűek, a diagnosztikai tevékenységet végző intézmények többségükben korszerűtlen, nem standardizált, megkérdőjelezhető jogtisztaságú módszereket használnak. A diagnózis felállításánál fontos lenne a korai diagnosztikában jártas szakmai kompetencia biztosítása, mint ahogy a diagnosztikai kategóriákhoz rendelt fejlesztő eljárások szakmai minőségének biztosítása érdekében a korai fejlesztést, terápiát is erre kiképzett szakembernek kellene végeznie. A terápiás eljárásoknak megfelelően illeszkedniük kellene a diagnosztikus tevékenységhez. Baranya megyében kedvezőnek tűnik a helyzet, a két központban is komplex diagnózist biztosító, és a széles terápiás repertoárral működő rendszer jó esélyt biztosít a különböző fogyatékoságú gyermekek megfelelő ellátására. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében megfelelő szakemberek és terápiás eljárások híján kétségesebb bizonyos fogyatékosági területek kiegészítő ellátása. Jász-Nagykun-Szolnok megyében az intézmények által felkínált terápiás lehetőségek nem fedik le teljesen a felismert problémák ellátási szükségleteit.

Az intézményrendszerről összességében elmondható, hogy a korai intervenciók rendszer intézményei többségükben infrastrukturális és szakemberellátottsági gondokkal küzdenek, a szakértői bizottságok és a PIC centrumok különösen leterheltek. Az ellátó intézményeken belül a korai fejlesztő központok és a gyermek-rehabilitációs intézmények átlagos leterheltsége magasabb. A legkiterjedtebb kapcsolati háló a Baranya megyei korai fejlesztő központokat jellemzi, amelyek az egészségügyi és szociális szereplőkkel is kapcsolatban állnak. Az egészségügyi szereplők is tájékozottabbak a

korai fejlesztő központokat illetően, míg a szakértői bizottságról kevesebbet tudnak. Ahol az ellátás súlypontja egészségügyi intézmény (gyermek-rehabilitációs központ), ott a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek pedagógiai jellegű intézményekbe. Ahol nem működik korai fejlesztő központ, ott nagyobb szerepe van a szakértői bizottságoknak, és ismertebbek is. Mindezek a kapcsolódások meghatározzák a kliens útját a rendszerben.

Nyitott kérdés maradt még a szabályozás, a finanszírozás, a képzés, a juttatások rendszerének problémaköre, aminek körüljárása tovább szélesítené a megközelítési lehetőségeket. Mindenesetre bizakodhatunk abban, hogy a koragyermekkori intervenciók rendszerének működésének feltérképezése közelebb visz bennünket e kiemelten fontos terület hatékonyabb, a rászorulókat érdekeit fokozottabban figyelembe vevő, szükségleteikhez és igényeikhez jobban illeszkedő, áttekinthetőbb szolgáltatói hálózat kiépítéséhez.

Irodalom

- BORBÉLY SJOUKJE (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): „...önmagában véve senki sem...”. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai tanárképző Főiskola, 186–198.
- CSÉPE VALÉRIA (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In: Fazekas K.–Köllő J.–Varga J. (szerk.): *Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért*. Ecostat, Budapest, 139–167.
- CSIKY ERZSÉBET (2006): *A korai intervenció gyógypedagógiai-pszichológiai vonatkozásai*. Kézirat az Illyés Gyuláné emlékkötetbe. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- Early Childhood Intervention: *Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations (2005)*. European Agency for Development in Special Needs Education.
- Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés kompetenciájának kialakításáról (2005)*, ISzCsM, Fogyatékosügyi Főosztály. Kézirat.
- KEREKI JUDIT–LANNERT JUDIT (2009) A korai intervenciók intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT. – FSZK. Budapest.
- Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások (2005)*: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű tanulók oktatásának fejlesztéséért.

Jogszabályok

- Az 1993. évi LXXIX. Közoktatási törvény
- A 14/1994.(VI.24.) MKM rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény
- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 1997. évi LXXXIII. törvény
- 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, illetve annak 2005-ös módosítása, a 67/2005. (XII.27.) EüM rendelet a betegség megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltató-sokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhességvizsgálásról
- A 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 19/ 2009 (VI.18.) EüM rendelet a tizenhat éveseknek szervezett ingyenes orvosi vizsgálat megvalósításával és az új Egészségügyi Könyv bevezetésével összefüggő egyes miniszteri rendeletek módosításáról

Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására*

RIBICZEY NÓRA

nribiczey@gmail.com

Absztrakt

Jelen tanulmány azokról a kutatásokról nyújt összefoglalást, melyek a környezet kognitív fejlődésben játszott szerepét igyekeznek feltérképezni. Nem kérdéses, hogy a gyermek intellektuális fejlődésében jelentős szerepet játszanak a környezeti hatások, nem egyértelmű azonban az, hogy a környezet mely aspektusainak van kiemelt szerepe, továbbá, hogy milyen módon lehetséges és érdemes ezeket a környezeti sajátosságokat megragadni, illetve mérni. A tanulmány foglalkozik a szocioökonómiai státusz, és az otthoni környezet minőségének mérésével, továbbá áttekinti a kumulatív rizikópontszámok alkalmazásának hozadékait. Az anya-gyerek interakció egyes sajátosságainak fejlődésben betöltött szerepe is hangsúlyt kap a tanulmányban.

Kulcsszavak: SES, otthoni környezet, kumulatív rizikó, anya-gyerek interakció, kognitív fejlődés

Nem új keletű az az elképzelés, hogy a környezet jelentős szerepet játszik a gyermek értelmi fejlődésében. A szociális környezet befolyását a gyermek intelligenciájának alakulására például már Binet is hangsúlyozta az 1900-as évek elején (HORVÁTH 1991). A kérdéskör tudományos vizsgálatához azonban szükségessé vált olyan mutatók alkalmazása, illetve mérőeszközök fejlesztése, melyek megbízhatóan ragadják meg a környezet kognitív fejlődés szempontjából releváns aspektusait. Bár a fejlődéssel kapcsolatos tudományterületek, mint a fejlődéslélektan, vagy éppen a gyógypedagógia intenzív érdeklődést tanúsít a fejlődésben szerepet játszó környezeti hatások iránt, ezen hatások elemzése és mérése sokáig inkább a szociológia területét gazdagította (SAMEROFF et al. 1993). Jóval több olyan mérőeszköz ismert, mely az individuális különbségek mérésére szolgál, mint a környezetben megfigyelhető különbségek

* A tanulmány megírásához szükséges kutatómunkát az OTKA T 029517 és OTKA T 043637 (témavezető: Kalmár Magda) kutatási pályázatai támogatták. A tanulmány elkészítésekor a szerző az Oktatási és Kulturális Minisztérium Deák Ferenc Ösztöndíjában részesült.

mérésére szolgáló eszközök. Jelen tanulmány azon kutatásokról ad összefoglalást, melyek a környezet egyes aspektusainak szerepét vizsgálták az értelmi fejlődéssel összefüggésben.

Szocioökonómiai státusz (SES)

A kognitív fejlődésben potenciálisan szerepet játszó környezeti hatások megragadására a korábbi vizsgálatok (1965 előttiak) leginkább a család szocioökonómiai státuszát (iskolai végzettségen, foglalkoztatottságon és jövedelmen alapuló pontszám) vonták be változóként különböző kutatásokba. A SES máig elterjedten használt mutató. Az értelmi fejlődéssel kapcsolatos vizsgálatok gyakran használják a szociális háttérre vonatkozó információ megadásaként. A szocioökonómiai státusz és a kognitív fejlődés közötti összefüggés feltérképezésére gyakran használják a korrelációs együtthatót, mely a két változó közötti együttjárást, a kapcsolat szorosságát fejezi ki (értéke -1 és +1 között mozoghat, minél szorosabb összefüggés van két változó között, annál közelebb áll a korrelációs együttható értéke az 1-hez). A SES és az intelligencia közötti korreláció a változó vizsgálati életkorok és eszközök miatt változó értékeket mutat, a legtöbb vizsgálat alapján 0.3-0.4 közötti a korrelációs együttható értéke (SEIFER 2001; PETRILL et al. 2004). Egy több vizsgálat eredményeit összegző elemzés (metaanalízis) szerint (WHITE 1982) a SES a kisiskoláskori intelligenciában megmutatkozó különbségeknek (a varianciának) körülbelül 20%-át magyarázza. A SES és a kognitív fejlettség közötti összefüggés az első évben még nem jellemző, csak a 18-24. hónaptól mutatható ki kapcsolat a két változó között (SEIFER 2001), feltehetően azért, mert ebben az életkorban indul be intenzíven a gyermek nyelvi fejlődése.

Bár a SES a fejlődési kimenetel erőteljes bejósolója (SAMEROFF et al. 1993), mégis számos probléma felmerül alkalmazásával. Elardo és Bradley (1981) szerint a SES és a fejlődési kimenetel közötti kapcsolat a kutatások első lépéseként értelmezhető, azonban további vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy a folyamatokat, a környezet magyarázó erővel bíró komponenseit azonosítani lehessen. Más szavakkal a SES összefüggése bizonyos kimenetekkel még nem mond semmit arról, mi közvetíti, mediálja ezt a kapcsolatot. A SES ugyanis kétségtelenül a fejlődési kimenetel *disztális* prediktora (SAMEROFF et al. 1993), vagyis egy olyan mutató, mely nem közvetlenül hat a gyermek fejlődésére, hanem távolabbi, indirektebb hatással rendelkezik. Így nem megfelelő arra, hogy a családi működésben lévő különbségeket megragadja, és nem tekinthető proximális, feltehetően direkt hatásokkal rendelkező komponensnek sem. A SES egy globális mutató, vagyis nem részleteiben ragadja meg a családi környezetet (AYLWARD 1990). Nagyon nagy különbségek lehetnek a szülői bánásmódban, a gyermekkel való törődésben, a családi interakciókban (stb.) hasonló szocioökonómiai státuszú családok között (SAMEROFF 2005). A SES továbbá egy statikus mutató (KALMÁR 2007), nem képes a környezetben megmutatózó dinamikus változások megragadására sem.

Az, hogy a gyermek szülei milyen társadalmi osztályba tartoznak, több tényezőt keresztül fejtheti ki hatását a gyermekre. A társadalmi státusz befolyással lehet az anyagi forrásokra, összefüggést mutathat a társas támogatottsággal, a stresszteli események előfordulásával, a stimuláció mértékével, és számos más olyan területre is hatással lehet, mely mind befolyásolja, hogy a gyermek milyen környezetben nő fel. Több eredmény ismert arra vonatkozóan is, hogy az alacsonyabb SES kevésbé optimális szülő-gyermek interakcióval jár együtt. Az alacsonyabb társadalmi osztályú anyák és csecsemők

például interakcióik során kevésbé aktívak, főleg verbális téren, mint a középosztálybeli anya-csecsemő párok (FIELD 1980; LEYENDECKER et al. 1997). Az élet első hónapjában az alacsonyabb társadalmi csoportok csecsemői kevesebb verbális stimulációban részesülnek, anyáik az első fél évben ritkábban reagálnak a gyermek szükségleteire, jelzéseire, vagyis kevésbé válaszkésznek mutatkoznak. A korai szemtől-szembeni interakciók során az alacsonyabb SES-ű anyákat kevesebb játéktevékenység jellemzi. Feeley és munkatársai (2000) eredményei szerint szintén megerősítést nyert, hogy az anya magasabb iskolázottsága szenzitívebb és válaszkészebb magatartással jár együtt. A SES tehát ezen interakciós sajátosságokon keresztül is kihathat a gyermek fejlődésére.

Az otthoni környezet minősége

Az 1960-as években már történtek próbálkozások (összefoglalót lásd ELARDO-BRADLEY 1981) olyan interjúk megszerkesztésére, melyek azokat a környezeti sajátosságokat próbálták felmérni, amik a gyermek értelmi fejlődésében potenciálisan jelentős szereppel rendelkezhetnek. Ezek az interjúk kitértek például a gyermekkel való foglalkozás mikéntjére, a játéktárgyak és élmények biztosítására, a fejlődést elősegítő lehetőségekre, összefoglalóan tehát a *stimuláció* mértékére kérdeztek rá. A legelterjedtebb ilyen eszköz a HOME-leltár (Home Observation for the Measurement of the Environment (CALDWELL-BRADLEY 1979). A HOME-leltárt máig széleskörűen használják fejlődéssel összefüggő kutatásokban, a mérőeszköz célja a fejlődésben potenciálisan fontos szerepet játszó tárgyak és események felmérése, a megfigyelés és az interjú technikájának ötvözésével. Kialakítása során törekedtek arra, hogy a mérőeszköz megbízható, és könnyen használható legyen, a korai időszakról kezdve is lehessen alkalmazni, továbbá, hogy a tárgyak, események és tranzakciók széles skáláját mérje fel. Első formája a 0-3 éves korosztály otthoni környezetének felmérését célozta meg (ELARDO-BRADLEY 1981), később óvodáskorú és iskoláskorú gyerekekre is megtörtént kidolgozása.

Alskála neve	Példa egy itemre	Itemek száma
Az anya érzelmi és verbális válaszkészsége	Az anya a látogatás során legalább egyszer megsimogatja a gyermeket.	11
Korlátozás és a büntetés elkerülése	Az anya nem szidja meg a gyermeket a látogatás alatt.	8
A fizikai és időbeli környezet megszervezése	A gyermeket legalább hetente négyszer kiviszi a lakásból.	6
Megfelelő játékok és eszközök biztosítása	A gyermeknek vannak korához illő, tanulást segítő eszközei.	9
Az anya törődése a gyermekkel	Az anya tudatosan bátorítja a gyermek fejlődését elősegítő foglalatosságokat.	6
Napi stimuláció változatosságának lehetőségei	Az anya minden nap foglalkozik valamennyit a gyermekkel.	5

1. számú táblázat. A 0-3 éves kor között alkalmazható HOME-leltár alskálái, példák az itemekre. (Elardo-Bradley 1981)

Elardo és Bradley (1981) longitudinális kutatás során vizsgálták, hogy az otthoni környezet minősége vajon mennyire alkalmas a gyermek későbbi értelmi fejlettségének bejósolására. Összevetésként a csecsemőkorban felvett fejlődési tesztek (Bayley Fejlődési

Skála) előrejelző erejét is mérlegelték. Eredményeik szerint a 6 hónapos korban felvett HOME-leltár szorosabb összefüggést, vagyis magasabb korrelációt (0.54) mutat a 3 éves kori Binet IQ-val, mint a 6 hónapos kori Bayley Fejlődési Skála (0.28). Eszerint a korai időszakban felmért otthoni környezet minősége alkalmasabb a későbbi fejlődési szint bejósolására, mint a korai időszakban felvett fejlődési teszt eredménye. A 12 hónapos korban felvett HOME leltár szintén erősebb összefüggést mutat a 3 éves kori Binet IQ-val (0.59), mint a 12 hónapos kori Bayley Mentális Fejlődési Index (0.32). A HOME pontszámok az 54 hónapos kori Binet pontszámok 25-40%-át magyarázták. Bradley (1989) eredményei szerint az első életévben a HOME mutatók és a fejlődési tesztek relatíve gyengén függenek össze, azonban a 12 hónapos korban felvett HOME-leltár a 2 és 3 éves kori fejlődési kvocienssel, illetve IQ-val közepesen korrelál.

Bradley (1989) továbbá beszámol arról, hogy a HOME-leltár alkalmas arra is, hogy az ezzel a mérőeszközzel szerzett információk alapján elkülöníthetőek azon alcsoportok, akiknek 6 hónapos és 4,5 éves koruk között nőtt, stabilan maradt, vagy csökkent a teljesítménye. A HOME alsókálái közül a gyermek kognitív fejlettsége azokkal a környezeti jellemzőkkel mutatott legerősebb összefüggést, melyek az otthoni környezet kognitív aspektusait ragadták meg: játék, bevonódás, eszközök biztosítása

Magyar mintán is találhatóak vizsgálatok a HOME-leltár és intelligencia közötti összefüggések feltérképezésére. György (1984) 6 éves gyermekeknél nem talált jelentős összefüggést a HOME-leltár és a gyermek intelligenciaszintje között. Mindezek mellett azonban a verbális intelligencia (VQ) és a HOME-leltár összpontszáma között, valamint a cselekvéses intelligencia (PQ) és a fizikai büntetés kerülése közötti összefüggések jelentősnek mutatkoztak. A vizsgálat mindössze 40, többnyire magas SES háttérű gyermek bevonásával zajlott, így a relatíve gyenge összefüggések általánosíthatósága kérdéses.

Egy másik hazai vizsgálat (KALMÁR-BORONKAI 2001) erőteljesebb összefüggést mutatott ki a HOME-leltár és az IQ között koraszülött gyerekek követéses vizsgálata során. A 8, 9 és 10 éves korban mért IQ szignifikánsan összefüggött az egyidejű HOME összpontszámmal. A legfontosabb tényezőknek a következők mutatkoztak: aktív tevékenység ösztönzése, érzelmi légkör, fejlődést elősegítő tárgyak és élmények, valamint a családtagok részvétele a gyermek életében. Ezek az alsókálák mind a stimuláció valamilyen aspektusát foglalják magukban, jelezve, hogy a stimulációnak kiemelkedően fontos szerepe van az intellektuális fejlődésben. A SES mint mutató, ilyen finom különbségeket, mint például a családon belüli stimulálás mértéke, nem képes felmérni.

Környezeti rizikó

A környezeti rizikó és fejlődési kimenetel kapcsolatát megcélzó kutatásokban ismét egy másfajta megközelítéssel találkozunk a környezeti hatások megragadását illetően. A kontextuális rizikó felmérésére Sameroff és munkatársai (1993) a Rochester Longitudinális Kutatásban egy többszörös rizikó indexet alkalmaznak. Ez az index ragadja meg tulajdonképpen azt, hogy mennyire optimális, avagy éppen potenciális negatív hatásokkal bíró a gyermek környezete. A többszörös rizikó index számítása 10 dimenzió mentén történik, ahol a család 0 vagy 1 pontszámot kap, aszerint, hogy az adott rizikó jelen van, vagy sem az adott családban. Minden egyes rizikófaktor esetében jól definiált, hogy mi alapján kapja a család a 0 vagy az 1-es értéket. A 10 rizikófaktor a következők: kisebbségi csoporthoz tartozás, a családfő foglalkoztatottsága, anyai

iskolázottság, a család mérete, az apa hiánya, stresszteli életesemények, szülői attitűdök és fejlődésről való tudás, anyai szorongás, anyai mentális egészség, interakció. Ezen dimenziók közül némelyiknél egyszerű kategóriákat alakítottak ki (pl. a középiskolát el nem végző anyák az iskolai végzettség tekintetében rizikópontszámot kaptak), más szempontoknál kérdőívek alapján állapították meg a rizikó meglétét (pl. szorongás). Az interakció rizikófaktor mérlegelése megfigyeléses vizsgálatokon alapult. Mint látható ebben a rizikópontszámban disztális, közvetett hatással rendelkező (pl. iskolázottság) és proximális, közvetlenebb hatással bíró (pl. interakció) változók is szerepelnek.

Sameroff és munkatársai (1993) 153 családot követett a gyermek 18 éves koráig. A fentiekben leírt többszörös rizikó pontszám és a gyermek intelligenciaszintje közötti összefüggéseket elemezve eredményeik arra utalnak, hogy a 4 és 13 éves kori intelligenciában mutatkozó különbségek (variancia) egyharmadát – felét magyarázza a rizikópontszám. Az egyidejű összefüggéseket (azonos életkorban megfigyelhető rizikó pontszám és intelligencia) tekintve a használt módszertől függően: 4 éves korban a rizikószint az intelligencia varianciájának 34-50%-át, 13 éves korban 37-50%—át magyarázza. A 7 vagy annál több rizikóval rendelkező családból jövő gyerekek IQ-ja átlagosan 30 ponttal alacsonyabb, mint a rizikómentes családok gyerekeinek intelligenciaszintje. Mindezek azért lényeges eredmények, mert a rizikóindexekben a gyermek viselkedése egyáltalán nem szerepelt (pusztán a környezetre vonatkozott a rizikó, csak az interakció szempont esetében szerepelt a gyermek partnerként, de viselkedését ott sem rögzítették). Vagyis anélkül, hogy a gyermeket vizsgálták volna, a gyermekek intelligenciájában megmutatózó eltérések igen nagy százalékát képesek voltak bejósolni. Továbbá a 4 éves kori rizikópontszám még akkor is jelentős bejósolója volt a 13 éves kori IQ-nak, ha a SES, az etnikai hovatartozás, az anyai IQ és a korábbi IQ pontszám hatásait az elemzések során kiszűrték.

A Rochester Longitudinális Kutatás további eredménye (SAMEROFF 2005), hogy az élet első évében (12 terület összegzése alapján, köztük fejlődési skálák eredményeit is mérlegelve) kompetensnek tartott gyerekek nem rendelkeztek 4 éves korban magasabb intelligenciaszinttel. Az első évben megfigyelhető kompetencia tehát nem mutatkozott prediktívnek a 4 éves kori IQ-ra nézve, míg a többszörös rizikó pontszám ezzel szemben bejósoló erővel bírt. A magas környezeti rizikóval jellemzett családok gyermekeinél 24-szer nagyobb eséllyel mutatkozott 85 alatti IQ, mint az optimális környezetben nevelkedő gyerekek esetében (Sameroff és mtsi, 1987). Abban az esetben, ha a 4 éves kori IQ alapján képezték csoportokat, akkor már igaz volt, hogy a 4 éves korban magasabb intelligenciaszinttel rendelkező gyerekek átlagosan magasabb IQ-val rendelkeztek 18 éves korukban. Azonban a környezeti rizikó kontrollálásával, hatásának kiszűrésével már csak igen csekély különbség mutatkozott a korábbi kompetens és nem kompetens gyerekek között a 18 éves kori IQ tekintetében. A későbbi életévek összevetése alapján pedig kiderült, hogy a 13 éves korban magas IQ-val rendelkező magas rizikószintű környezetben élő gyerekeknek 18 éves korban alacsonyabb volt az IQ-juk, mint azoknak, akiknek alacsonyabb volt az IQ-juk 13 éves korban, de alacsony környezeti rizikójú családokban nevelkedtek. Mindezen eredmények a kedvezőtlen környezeti hatások jelentős szerepét demonstrálják a gyermek intelligenciája tekintetében.

Anya-gyerek interakció

A környezeti hatások megragadásának egy további lehetséges módja a családi környezetben megjelenő interakciók, ezen belül is elsősorban az anya-gyerek interakciónak a megfigyelése. A csecsemő és gondozója közötti interakció minősége potenciális előrejelzője a fejlődési kimenetelnek (ROCISSANO-YATCHMINK 1983; COHEN-PARMELEE 1983).

Az anya-csecsemő interakció tanulmányozása több elméleti keretből bontakozott ki: egyrészt a kötődéseméletből (BOWLBY, 1969), másrészt a gyermek és környezete közötti kétirányú interakciókat hangsúlyozó tranzakcionális elméletből (SAMEROFF-SEIFER et al. 1987; 1993; SAMEROFF 1998; 2005). Bornstein és Tamis-LaMonda (2006) az anya-gyerek interakció 4 legfontosabb funkcióját a következőképpen ragadja meg: a szociális megismerés elősegítése, a kötődés kialakítása, a nyelvsajátítás és az érzelmszabályozás. Ebből a rövid felsorolásból is kitűnik, hogy az anya-gyerek interakció számos szociális-, érzelmi-, kognitív- és nyelv-fejlődésbeli funkcióval rendelkezik. A szülő-gyerek interakció tanulmányozása a korai életévekben azért is igen jelentős, mert a csecsemő tapasztalatainak döntő többsége ekkor még szinte csak a családi interakciókból származik. Azokban a helyzetekben, ahol a viselkedésre (és nem a személyek percepcióira) vagyunk elsősorban kíváncsiak, valamint olyan kérdéskörökben, ahol a személyek önbeszámolója alapján az információszerzés lehetetlen vagy nehezített, akkor a legjobb adatszerezési mód a megfigyelés (KUMAR 2005). Egy csecsemő esetében nyilván nem lehet önbeszámolón alapuló technika alkalmazására gondolni, de a szülői oldalról is nehezített lehet az önbeszámolót igénylő adatszerezés, például kooperáció hiánya miatt, vagy mert egy nem tudatos viselkedést szeretnénk feltérképezni, vagy, ha objektív információkat azért nem tudunk szerezni, mert azt az anya involváltsága, vagy elfoglaltsága akadályozza.

Empirikus adatok az anya-gyermek interakció kognitív fejlődésben játszott szerepével kapcsolatban

A támogató szülői viselkedés gyermekre gyakorolt jótékony hatását már számos vizsgálat kimutatta (pl. COWAN et al. 1991; PETTIT et al. 1997; TAMIS-LEMONDA et al. 2001). Más-más kifejezésekkel és fogalmakkal találkozhatunk azonban azon a téren, hogy a támogató viselkedés mely aspektusát ragadják meg a kutatások. Ilyen gyakran vizsgált szülői interakciós viselkedés például a *szenzitivitás*, vagyis az a képesség, hogy a szülő mennyire érzékeny a gyermek jelzéseire; *válaszkészség*, vagyis mennyire reagál megfelelő módon ezekre a gyermeki jelzésekre; vagy a *melegség*, mely arra vonatkozik, hogy mennyire szeretetteljes, érzelmileg hozzáférhető a szülő a gyermek számára.

Landry és kutatócsoportja (1998) három fontos anyai viselkedést emel ki, melyek elősegítik a gyermek tanulását szociális interakcióikban. Az egyik a gyermek *figyelmének* (és érdeklődésének) *fenntartása* mely összefügg az explorációs játék magasabb szintjével, és a nyelvi fejlettséggel (ROCISSANO-YATCHMINK 1983) koraszülött és időse született gyermekeknél egyaránt. A másik komponens az *irányítás*, mely során az anya megmondja, vagy megmutatja gyermekének, hogyan reagáljon, vagy válaszoljon egy kérésre. Az irányítás különböző életkorokban különböző irányú összefüggést mutat a

gyermek szociális fejlődésével: csecsemőkorban pozitív, kisgyermekkorban viszont negatív kapcsolatban állnak egymással. Végül harmadik facilitáló szülői komponensként az anyai meleg *szenzitivitást* emelik ki.

Adaptív interakciós viselkedés	Szerzők	A gyermek életkora az interakció megfigyelése és a kognitív fejlettsége mérésekor
Válaszkészség	Bornstein, Tamis- LeMonda 1997	5 hónapos kori interakció, 13 hónapos kori kognitív fejlettség
	Cohen, Parmelee 1983	2 éves kori interakció és 5 éves kori IQ
	Landry et al. 2001	6 hónapostól 4 éves korig megfigyelt interakció és 4 éves kori kognitív és szociális fejlettség
	Beckwith, Rodnig, Cohen 1992	1-24 hónapos kor közötti interakció és 12 éves kori IQ
	Bakeman, Brown 1980	20 hónapos kori interakció, 3 éves kori kognitív és szociális fejlettség
Anyai szenzitivitás	NICHHD 1999	6 és 24 hó interakció, 3 éves kognitív és nyelvi fejlettség
Kölcsönös figyelem, pozitív szociális interakció	Beckwith, Cohen 1980	1-8 hó közötti interakció és 2 éves kori fejlődési kvóciens (DQ)
Pozitív érzelmek	Estrada et al. 1987	4 éves kori interakció és 6 éves kori IQ
Szinkronicitás	Rocissano, Yatchmink 1983	2 éves kori interakció és egyidejű nyelvi fejlettség

2. számú táblázat - Az interakció minősége és a gyermek kognitív fejlettsége közötti kapcsolat – empirikus bizonyítékok

A 2. számú táblázat néhány olyan kutatás eredményeit mutatja be, melyek empirikus úton bizonyították egyes szülői interakciós sajátosságok és a gyermek egyidejű, vagy későbbi életkorban mért kognitív fejlettsége közötti összefüggést. A táblázat alapján látható, hogy például az anyai válaszkészséget több kutatás is olyan interakciós sajátosságként azonosította, mely a gyermek fejlődési kvóciensével, illetve IQ-jával összefüggést mutat. A táblázatból az is leolvasható, hogy az anyai válaszkészséget több életkorban is vizsgálták (1 hónapostól 2 éves korig), és a kimenetelként vizsgált fejlődési-, illetve intelligenciaszint mérése is vizsgálatonként más-más életkorban történt. Ezek alapján összefoglalhatjuk, hogy a konzisztens válaszkészség, a szenzitivitás, a kölcsönös figyelem és pozitív érzelmek, valamint az interakció szinkronicitása, összehangoltsága adaptív szülő-csecsemő interakciós sajátosságoknak tekinthetőek.

Érdeemes néhány fogalmat részletesebben megvizsgáljunk a 2. számú táblázatból. Az anyai válaszkészség, vagyis az anya azon képessége, hogy gyorsan, adekvát módon, és megbízhatóan válaszol a gyermek jelzéseire, úgy tűnik, általánosan összefügg a gyermek értelmi fejlődésével. Bornstein és Tamis-LeMonda (1997) azonban részletesebb vizsgálat alá veti ezt a fogalmat. Eredményeik szerint az anya válaszkészsége az 5

hónapos csecsemő nondistressz állapotaira (nyugalmi helyzetben megfigyelt viselkedés, a gyermek nem a kellemetlen állapotról jelez) bizonyult előrejelző értékűnek a későbbi kognitív képességek alakulásában. Azok a csecsemők, akiknek gondozója 5 hónapos korukban nondistressz állapotokra válaszkészebbnek mutatkozott, nagyobb figyelmi terjedelemmel és komplexebb szimbolikus játékkal voltak jellemezhetőek 13 hónapos korukban. A csecsemő distressz állapotaira történő anyai válaszkészség (a csecsemő kellemetlen állapottal kapcsolatos jelzéseire irányuló anyai reagálás) ezzel szemben nem jelezte előre a későbbi kognitív kompetenciát. Ezek az eredmények megkérdőjelezzik azt a feltevést, hogy az anyai válaszkészségnek általános befolyása lenne a csecsemő tanulási mechanizmusára. Csak bizonyos típusú válaszkészség mutatkozott előrejelző értékűnek a kognitív kompetenciára nézve, vagyis a szerzők szerint az anyai válaszkészség *specifikus* és *indirekt* hatással van a csecsemő fejlődésére.

A szülő-gyerek interakció gyermeki fejlődésre tett hatását vizsgálva külön kutatási területet képez a tanítási helyzetben jelentkező viselkedésmódok feltérképezése. Az anyai tanítói viselkedés kapcsán egy sokat vizsgált komponens, mely a gyermek fejlődésében fontos szerepet játszhat: az állványozás (scaffolding). Az állványozás Vigotszkij (1978) szociális-konstruktivista megközelítésébe illeszkedő fogalom, Wood, Bruner és Ross (1976) nevéhez köthető. Arra a folyamatra vonatkozik, mely során a gyermeket egy nála kompetensebb egyén (akár idősebb testvér, vagy éppen a szülő) segíti egy feladatmegoldásban. Mindez történhet egy részfeladat megoldásával, vagy más irányító vagy támogató viselkedéssel, így a gyermek a kapott segítséggel képes megoldani az adott feladatot, amire egyedül, segítség nélkül nem lett volna képes. Ezáltal fejlődnek a gyermek képességei, és később az adott feladatot már önállóan fogja tudni végrehajtani.

Az állványozás konstruktuma tovább differenciálható (lásd például MASCOLO 2005), az azonban bizonyos, hogy többféle viselkedésben manifesztálódhat, mint például a modellálás, bátorítás nyújtása új stratégiák alkalmazására, vagy a probléma szegmensekre bontása. A szülői interakció minősége fontos lehet abból a szempontból is, hogy nem pusztán az adott feladat kivitelezéséhez segíti hozzá a gyermeket, hanem ezen túl ahhoz is támpontot ad, hogy hogyan tanuljon a gyermek, mire irányítsa figyelmét (SMITH-LANDRY et al. 2000). Az állványozás fogalmához az is hozzátartozik, hogy a megfelelően „állványozó” szülő alkalmazkodik a gyermek képességeihez: ahogy a gyermek ügyessége nő, úgy csökkenti a támogatás mértékét. Fidalgo és Pereira (2005) eredményei szerint például az anyák módosítják állványozási stratégiáikat a gyermek életkorának, kognitív és nyelvi fejlettségének megfelelően. Az anyai állványozás mértéke kimutatható kapcsolatban áll a gyermek későbbi problémamegoldó készségével (PRETT-SAVOY-LEVINE 1998), iskolai teljesítményével (MATANAH et al. 2005), és általános kognitív szintjével (SMITH-LANDRY et al. 2000).

A szociális interakciók és a gyermek kognitív fejlődése között *kétirányú* kapcsolatot feltételezhetünk (HARTUP 1985), vagyis nem pusztán az interakció minősége hat ki a gyermek fejlődésére, hanem a gyermek fejlettségi szintje is kihat arra, hogy milyen interakcióban fog részesülni. Az állványozás kérdéskörénél maradva például azt mondhatjuk, hogy a hatásoknak nem pusztán azzal az irányával kell számolnunk, hogy az anyai állványozás előremozdítja a gyermek fejlődését. Emellett az is igaz, hogy sokszor a gyermek kezdeményezi a szülő közreműködését, amikor egy feladatba belekezdett (társ által facilitált problémamegoldás), ez a kezdeményezés azonban gyakoribb a (szociálisan) kompetensebb gyermekek esetében.

Bár jóval több empirikus adat létezik arról, hogy az anya-gyerek interakció bizonyos aspektusai kapcsolatban állnak a gyermek kognitív fejlődésével, nem hagyhatjuk

figyelman kívül az apa-gyerek interakciók nagyfokú szerepét sem a fejlődésben. Ugyanúgy, ahogy az anyai viselkedés tekintetében láttuk, az apák szenzitivitása, válasz készsége és az általuk nyújtott stimuláció mértéke összefüggést mutat a gyermek kedvezőbb fejlődési kimeneteleivel (BLACK-DUBOWITZ et al. 1999; KELLEY et al. 1998; TAMIS-LEMONDA et al. 2004). Sőt mi több, Martin, Ryan és Brooks-Gunn (2007) kutatása alapján úgy tűnik, hogy azok a gyerekek teljesítettek legsikeresebben a matematikai és nyelvi feladatokban 5 éves korukban, akiknek mind anyjuk, mind apjuk támogató interakciós viselkedéssel volt jellemezhető. A legalacsonyabb teljesítmény ezzel szemben azokat a gyerekeket jellemezte, akiknek mindkét szülője alacsony fokú támogatást nyújtott számukra.

További jelentős környezeti komponensek

Természetesen a fentiekben áttekintett környezeti hatásokon túl számos más aspektusa is megragadható a szülőségnek, vagy akár a tágabb környezetnek, mely detektálható hatással van a gyermek kognitív fejlődésére. A teljesség igénye nélkül ezen aspektusok közül csak néhányat érintünk. Egyrészt vannak a szülőségnek olyan kognitív aspektusai, melyek kapcsolatban állnak a gyermek fejlődésével, ilyen például a szülő énhatékonyság érzése, vagyis magabiztossága a szülőszerepben, abban való hite, mennyire jól látja el szülői feladatait. A szülői viselkedés és a gyermek kognitív fejlődésének kapcsolatát mediálja a szülői énhatékonyság-érzés (COLEMAN et al. 2002; BRODY-FLOR et al. 1999; COLEMAN-KARRAKER 1997; JONES-PRINZ 2005). A fejlődésről való tudás szintén olyan komponense a szülőségnek, mely kihatással van a gyermek fejlődésére (pl. HESS-TETI et al. 2004). A szülők ismeretei a gyermeki fejlődés folyamatáról befolyásolják azt, hogy a szülők hogyan értelmezik gyermekük viselkedését, ez a tudás továbbá a gyermekkel való interakció milyenségére és minőségére is hatással lehet, ezen keresztül pedig a gyermek kognitív fejlődését is befolyásolja. Annak az ismerete például, hogy a gyermekek bizonyos fejlődési mérföldköveket átlagosan milyen életkorban érnek el, befolyásolhatja az anya viselkedését, így hatással lehet a gyermek fejlődésére.

A szülői attitűdök hasonló úton fejthetik ki hatásukat. Benasich és Brooks-Gunn (1996) koraszülöttek anyáinál vizsgálták az anyai koncepciók és fejlődésről való tudás hatását a gyermek fejlődésére. Az anyai attitűdöket a gyermek 12 hónapos korában mérték, majd megnézték, hogy ez mennyiben magyarázza a gyermek intelligenciáját 3 éves korban. A fejlődésről kategorikus szinten gondolkodó anyák a gyermek viselkedését egyszerű módon, egy tényező mentén magyarázták, szerintük adott viselkedésért vagy a genetika vagy a környezet felel, de ezek nem egyszerre meghatározóak. A perspektivikus szinten gondolkodó anyák finomabb, interakciós természetű magyarázatokat adtak gyermekük adott viselkedésére. A fejlődésről való anyai tudás és a gyermeknevelési koncepciók a gyermek 12 hónapos korában jó előrejelzői voltak az otthoni környezetnek, a gyermek későbbi viselkedési problémáinak, és kisebb, de szignifikáns mértékben a gyermek intelligenciájának is. A perspektivikusabb szinten gondolkodó anyák gyerekei 3 éves korban valamivel magasabb intelligenciaszinttel rendelkeztek, mint a kategorisztikus gondolkodású anyák gyerekei. A 12 hónapos korban felvett HOME összpontszám azonban erősebb előrejelzője volt a 3 éves kori intelligenciának. A szerzők megállapítása szerint az anyai koncepciók a gyermek fejlődéséről és a gyermeknevelésről meghatározzák, hogy az anya hogyan strukturálja gyermeke

környezetét, és ezáltal fejtenek ki hatást a fejlődési kimenetelre. Ezt támasztja alá az erős összefüggés a 12 hónapos kori anyai koncepciók és a 36 hónapos HOME összpontszám között.

Más vizsgálatok szerint (LANDRY et al. 2001) az anyák elképzelései gyermekük fejlődési szükségleteiről befolyásolhatják az anyai válaszkészséget is. Sőt, a szülő elgondolásai gyermeke fejlődéséről, valamint attitűdje gyermeke iránt a játéktevékenység során használt anyai technikákkal is összefüggést mutat (LANDRY et al. 1996). Az anya tudása a gyermek fejlődéséről és a pozitív szülői attitűd a gyermek felé összefüggésben áll a kedvezőbb anyai figyelemirányító stratégiákkal, melyek a gyermek tanulási folyamatira serkentően hatnak. Ez az összefüggés a magas biológiai rizikójú, koraszülött, és súlyosabb komplikációkkal világra jött csecsemők esetében különösen szorosnak mutatkozik. Landry és munkatársai (1996) kutatásában optimálisabban irányították a gyermek figyelmét azok az anyák, akik arról számoltak be, hogy örömben részesíti őket gyermekük, valamint akik úgy vélték, gyermekük saját érdeklődéssel rendelkező individuum.

A tágabb környezet szocializációban és kognitív fejlődésben betöltött szerepe sem elhanyagolható, ám ezek feltérképezésére jelen munka nem vállalkozhat. Az ökológiai modellben való gondolkodás (BRONFENBRENNER 1992), vagyis a gyermeket érő hatások rendszerszintekben való figyelembevétele, a direkt és az indirekt hatások együttes mérlegelése a mikrokörnyezet elemeitől a makrokörnyezeti hatásokig, fontos szemléleti keretet adhat a fejlődésben szerepet játszó környezeti hatások rendszerezett áttekintéséhez. Nem kérdéses például, hogy az intézményes szocializáció is formálja a gyermek kognitív fejlődését, Burchinal és munkatársai (2000) kutatási eredményei például arra vonatkozóan szolgálnak empirikus bizonyítékkal, hogy a magasabb színvonalú korai intézményes ellátás a gyermek magasabb kognitív és nyelvi fejlettségéhez vezet.

Környezeti hatások és kognitív fejlődés – az időtényező szerepe

A szülői viselkedés vizsgálata sokszor olyan szemléletet sugall, mintha a szülőség és sajátosságai időben stabil, statikus tényezők lennének (LANDRY et al. 1998), holott fontos annak tanulmányozása, hogy a szülői környezet változásai hogyan hatnak a gyermek fejlődésére.

A szülő-gyermek interakció időbeli változásai nyilvánvalóan részben a gyermek egyre gyarapodó viselkedésszertőrájával, fejlődő képességeivel vannak összefüggésben. A gyarapodó szociális készségek (gesztusok, vokalizáció, figyelemirányítás, együttműködés, engedelmesség, nyelvi készségek, egyre aktívabb interakciós partnerként viselkedés, kezdeményezés – csak, hogy az első 3 év egyes fejleményeit említsük), az anyai viselkedés modifikációját kívánják meg (LANDRY et al. 1998). A szociális készségek fejlődése ugyanakkor részben attól függ, hogy az anya viselkedése mennyire alkalmazkodik a gyermek változó képességeihez, az anyai viselkedés illesztése a gyermek képességeihez visszahat a gyermek fejlődésére. A gyermek fejlődése és az anyai alkalmazkodás interaktív folyamatáról érdemes tehát beszélni.

Vajon mennyiben befolyásolja a gyermek fejlődését a korai időszakban tapasztalt anya-gyermek interakció, vagy netán inkább az egyidejű szülői viselkedésnek van

nagyobb szerepe a fejlődésre nézve? Bornstein és Tamis-LeMonda (2006) 3 modellt ír le, melyek különböző válaszokkal szolgálnak ezeket a kérdéseket illetően. (1) A „Korai tapasztalatok modell” szerint a kezdeti tapasztalatok egyedülálló hatást gyakorolnak a gyermek későbbi fejlődésére. Az (2) „Egyidejű környezet” szerepét hangsúlyozó megközelítés ezzel szemben amellet érvel, hogy a későbbi tapasztalatoknak van nagyobb hatása melyek a korai tapasztalatok hatásait módosíthatják, felülírhatják. A (3) „Kumulatív/additív/stabil környezet” elképzelés kombinálja az előző két felvetés állításait, mondván, hogy kumulatív hatásokkal kell számolnunk, azonban figyelembe kell venni, hogy a környezet mennyire konzisztens, stabil. Eszerint tehát mind a korai, mind a későbbi tapasztalatoknak szerepe van a gyermek kognitív fejlődésében, de a leginkább megragadható hatása annak lesz, ha adott dimenzió mentén stabilitást mutat a gyermek környezete.

Landry és kutatócsoportja (2001) eredményei az utóbbi elképzelést támasztják alá. 6 hónapos koruktól 4 éves korukig követték koraszülött és időre született gyermekeket, az anya-gyermek interakció megfigyelése 6, 12 és 24 hónapos (korai időszak), valamint 3 és 4 éves korban (késői időszak) történt, mindennapi tevékenységek során és szabad játék helyzetben. Az anyákat négy csoportra osztották, attól függően, hogy milyen válaszkészség jellemezte őket a korai és a késői vizsgálati időpontban (magas-magas, alacsony-alacsony, magas-alacsony és alacsony-közepes). Ezek a csoportok nem függtek össze a csecsemő fejlődési rizikójával, de összefüggtek az anyai iskolázottsággal és életkorral, valamint a szocioökonomiai státusszal. Kedvezőbb kognitív előmenetel mutatkozott azoknál a gyerekeknél, és főként azoknál a koraszülötteknél, akiknek konzisztensen válaszkészként jellemezhető anyjuk volt. Alacsonyabb mértékű fejlődés mutatkozott kognitív téren azoknál a gyerekeknél, akiknek anyja csak a kezdeti időszakban volt válaszkész, összehasonlítva a későbbiekben is magas válaszkészséggel jellemezhető anyák gyerekeivel. A legkedvezőtlenebb fejlődési kimenetelt a konzisztensen alacsony válaszkészségű anyák gyerekeinél figyelték meg. Ezen eredmények tehát arra utalnak, hogy nem pusztán a korai időszakban megtapasztalt anya-gyermek interakció hatásával kell számolnunk, hanem az egyidejűvel is. Továbbá arra is utalnak az eredmények, hogy a konzisztens válaszkészségből a koraszülött gyerekek többet tudtak profitálni, mint időre született társaik, úgy tűnik nagyobb szükségük volt az anya válaszkészségének megtapasztalására, mely visszajelzést nyújtott számukra, hogy viselkedésükkel a várt hatást el tudják érni. Mindezek a környezetet kompenzáló szerepre, a biológiai adottságok és a környezet közötti interakciók meglétére is utalnak.

Összefoglalás

Mint láthattuk, különböző megközelítések léteznek a környezet kognitív fejlődés szempontjából releváns aspektusainak megragadására. A *3. számú táblázat* összefoglalást nyújt arról, mely környezeti aspektusok milyen mértékű összefüggést mutatnak a fejlődéssel. A táblázat bemutatja a különböző kutatásokból nyert eredményeket, melyek a szocioökonomiai státusz, a HOME-leltár, valamint a többszörös rizikó pontszám és az intelligencia közötti korreláción alapulnak. Fontos felhívni a figyelmet azonban arra, hogy a korrelációs együtttható nem a legjobban használható mutató a prediktív változók erejének mérésére. A *3. számú táblázat* pusztán azt szemlélteti, hogy az egyes életkorokban milyen erősségű összefüggés tárható fel az egyes környezeti hatások és a későbbi intelligencia között.

Környezeti tényező és a vizsgált életkor		Korreláció	Kimeneteli változó	Hivatkozás
		0.3-0.4	Kisiskoláskori IQ	Seifer (2001)
SES	2. életévtől	0.54 – 0.59	IQ 3 éves korban (Binet)	Elardo -Bradley-Caldwell (1975)
HOME	Első életév	0.63	IQ 4,5 éves korban (Binet)	Bradley-Caldwell (1976)
	Két éves	-0.58	IQ 4 éves korban (WPPSI)	Sameroff et al. (1993)
Többszörös környezeti rizikó	4 éves	-0.62	IQ 13 éves korban (WISC-R)	

3. számú táblázat: A SES, a HOME-leltár és a Többszörös környezeti rizikó összefüggése a gyermek IQ-jával

Mindezek mellett láthattuk, hogy a szülő-gyermek interakció mely jellegzetességei kapcsolhatók a gyermek intelligenciájának alakulásához. Ezen eredmények fontos üzenettel szolgálnak a fejlődésben lemaradt, vagy rizikós környezetben felnövő gyermekek számára tervezett prevenciós és intervenciós programok kidolgozásához, hiszen olyan környezeti aspektusokat azonosítanak, melyekre a beavatkozások irányulhatnak, legyen szó szülőtréningről, vagy éppen hátránykompenzáló, felzárkóztató programokról.

Irodalomjegyzék

- AYLWARD, G. P. (1990): Environmental influences on the developmental outcome of children at risk. *Infants and young children*, 2, 1–9.
- BAKEMAN, R., BROWN, J. V. (1980): Early interaction: consequences for social and mental development at three years. *Child Development*, 51, 437–447.
- BECKWITH, L., COHEN, S.E. (1980): Interactions of preterm infants with their caregivers and test performance at age 2. In: T. M. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A. M. Sostek (Eds.), *High risk infants and children: Adult and peer interactions*. NY: Academic Press. p. 155–179.
- BECKWITH, L., RODNING, C., COHEN, S. (1992): Preterm children at early adolescence and continuity and discontinuity in maternal responsiveness from infancy. *Child Development*, 63, 1198–1208.
- BENASICH, A. A., BROOKS-GUNN, J. (1996): Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: associations with family and child outcomes. *Child Development*, 67, 1186–1205.
- BLACK, M. M., DUBOWITZ, H., & STARR, R. H. (1999). African American fathers in low income, urban families: Development, behavior, and home environment of their three-year-old children. *Child Development*, 70, 967–978.
- BORNSTEIN, M. H., TAMIS-LEMONDA, C. S. (1997): Maternal responsiveness and infant mental abilities: specific predictive relations. *Infant Behavior and Development*, 20 (3), 283–296.
- BORNSTEIN, M. H. TAMIS-LEMONDA, C. S. (2006): Mother-infant interaction. In: Bremner, G., Fogel, A. (Eds.): *Blackwell Handbook of Infant Development*. Blackwell Publ. 269–296.
- BOWLBY, J (1969): *Attachment and loss*. New York, Basic Books.
- BRADLEY, R. H. (1989): The use of the HOME Inventory in longitudinal studies of child development. In: Bornstein, M. H., Krasnegor, N. A. (Eds.): *Stability and continuity in mental development*. LEA, Hillsdale, New Jersey. 191–215.

- BRADLEY, R., CALDWELL, B. (1976): The relationship of infant's home environments to mental test performance at fifty-four months: follow-up study. *Child Development*, 47, 1172–1174.
- BRODY, G. H., FLOR, D. L., GIBSON, N. M. (1999): Linking maternal efficacy beliefs, developmental goals, parenting practices, and child competence in rural single-parent African American families. *Child Development*, 70 (5) 1197–1208.
- BRONFENBRENNER, U. (1992). Ecological systems theory. In. Ross Vasta (Ed.): *Six theories of child development: Revised formulations and current issues*. London: Jessica Kingsley Publ., 187–249.
- BURCHINAL, M. R., ROBERTS, J. E. RIGGINS, R., ZEISEL, S. A., NEEBE, E., BRYANT, D. (2000): Relating quality of centered-based child care to early cognitive and language development longitudinally. *Child Development*, 71 (2), 339–357.
- CALDWELL, B. M., BRADLEY, R. (1979): *Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock: University of Arkansas.
- COHEN, S.E, PARMELEE, A.H. (1983): Prediction of five-year Stanford-Binet Scores in preterm infants, *Child Development*, 54, 1242–1253.
- COLEMAN, P. K., KARRAKER, H. (1997): Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18, 47–85.
- COLEMAN, P. K., TRENT, A., BRYAN, S., KING, B., ROGERS, N., NAZIR, M. (2002): Parenting Behavior, Mothers' Self-Efficacy Beliefs, and Toddler Performance on the Bayley Scales of Infant Development. *Early Child Development and Care*, 2002, Vol. 172 (2), 123–140.
- COWAN, C. P., COWAN, P. A., HEMING, G., & MILLER, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 79–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ELARDO, R., BRADLEY, R.H. (1981): The Home Observation of Measurement of the Environment (HOME) Scale: A review of Research. *Developmental Review*, 1, 314–321.
- ELARDO, R., BRADLEY, R., CALDWELL, B. (1975): The relations of infant home environments to mental test performance from six to thirty six months: A longitudinal analysis. *Child Development*, 46, 71–76.
- ESTRADA, P., ARSENIO, W. F., HESS, R. D., & HOLLOWAY, S. D. (1987). Affective quality of the mother-child relationship: Longitudinal consequences for children's school-relevant cognitive functioning. *Developmental Psychology*, 23, 210–215.
- FEELEY, N., GOTTLIEB, L.N., & ZELKOWITZ, P. (2000): Infant, mother and contextual predictors of the quality of mother-VLBW infant interaction, *Poster presented at: International Conferences on Infant Studies, Brighton*.
- FIDALGO, Z., PEREIRA, F. (2005): Socio-cultural differences and the adjustment of mothers' speech to their children's cognitive and language comprehension skills. *Learning and Instruction*, 15, 1–21.
- FIELD, T. M. (1980): Interactions of preterm and term infants with their lower- and middle-class teenage and adult mothers. In.: T. M. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A. M. Sostek (Eds.), *High risk infants and children: Adult and peer interactions*. NY: Academic Press. 113–132.
- GYÖRGY, I. M. (1984): A HOME-leltár hazai alkalmazásának tapasztalatai. Módszer a családi környezet hatásának mérésére. *Pszichológia*, 4, 577–595.
- HARTUP, W.W. (1985): Relationships and their significance in cognitive development. In.: Hinde, R.A., Perret-Clermont, A., Stevenson-Hinde, J. (Eds.): *Social Relationships and Cognitive Development*. Clarendon Press, Oxford. 66–82.
- HESS, C. R., TETI, D. M., HUSSEY-GARDNER, B. (2004): Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Applied Developmental Psychology* 25 (2004) 423–437.
- HORVÁTH GY. (1991): *Az értelem mérése*. Tankönyvkiadó, Bp.
- JONES, T., L., PRINZ, R. J. (2005): Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341–363.
- KALMÁR M., BORONKAI J. (2001): Az otthoni környezet minőségének szerepe koraszülött gyerekek hosszú távú értelmi fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56, 387–410.

- KALMÁR MAGDA (2007): *Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyerekek követésének tanulságai.* ELTE Eötvös Kiadó.
- KELLEY, M. L., SMITH, T. S., GREEN, A. P., BERNDT, A. E., & ROGERS, M. C. (1998). Importance of fathers' parenting to African-American toddler's social and cognitive development. *Infant Behavior & Development*, 21, 733–744.
- KUMAR, R. (2005): *Research Methodology: A Step-by-Step Guide for Beginners.* Sage Publications.
- LANDRY, S. H., GARNER, P. W., SWANK, P. R., BALDWIN, C. D. (1996): Effects of maternal scaffolding during joint toy play with preterm and full-term infants. *Merrill-Palmer Quarterly*, Vol. 42, No. 2. 177–199.
- LANDRY, S. H., SMITH, K. E., MILLER-LONCAR, C. L., SWANK, P. R. (1998): The relation of change in maternal interactive styles to the developing social competence of full-term and preterm children. *Child Development*, 69, 1, 105–123.
- LANDRY, S. H., SMITH, K. E., SWANK, P. R., ASSEL, M. A., VELLETT, S. (2001): Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?, *Developmental Psychology*. 37, 3, 387–403.
- LEYENDECKER, B., LAMB, M.E, SCHÖLMERICH, A. (1997): Studying mother-infant interaction: The effects of context and length of observation in two subcultural groups. *Infant Behavior and Development*, 20 (3), 325–337.
- MASCOLO, M. F. (2005): Change processes in development: The concept of coactive folding. *New Ideas in Psychology*, 23, 185–196.
- MARTIN, A., RYAN, R., M., BROOKS-GUNN, J. (2007): The joint influence of mother and father parenting on child cognitive outcomes at age 5. *Early Childhood Research Quarterly* 22, 423–439.
- MATTANAH, J. F., PRATT, M. W., COWAN, P. A., COWAN, C. P. (2005): Authoritative parenting, parental scaffolding of long-division mathematics, and children's academic competence in fourth grade. *Applied Developmental Psychology*, 26, 85–106.
- NICHD Early Child Care Research Network.(1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35, 1297–1310.
- PETRILL, S. A., PIKE, A., PRICED, T., PLOMIN, R. (2004): Chaos in the home and socioeconomic status are associated with cognitive development in early childhood: Environmental mediators identified in a genetic design. *Intelligence* 32, 445–460.
- PETTTT, G. S., BATES, J. E., & DODGE, K. A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68, 908–923.
- PRATT, M. W., SAVOY-LEVINE, K. M. (1998): Contingent Tutoring of Long- Division Skills in Fourth and Fifth Graders: Experimental Tests of Some Hypotheses about scaffolding. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 2, 287–304.
- ROCISSANO, L., YATCHMINK, Y. (1983): Language skill and interactive patterns in prematurely born toddlers. *Child Development*, 54, 1229–1241.
- SAMEROFF, A. J., SEIFER, R., BAROCAS, R., ZAX, M., GREENSPAN, S. (1987): Intelligence Quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*. 79. 343–350.
- SAMEROFF, A. J., SEIFER, R., BALDWIN, A., BALDWIN, C. (1993): Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*. 64, 80–97.
- SAMEROFF, A. J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102, 1287–1292.
- SAMEROFF, A. J. (2005): The Science of Infancy: Academic, Social, and Political Agendas. *Infancy*, 7(3), 219–242.
- SEIFER, R. (2001): Socioeconomic status, multiple risks, and development of intelligence. In: Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L.: *Environmental effects on cognitive abilities.* Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 59–81.

- SMITH, K. E., LANDRY, S. H., SWANK, P. R. (2000): Does the Content of Mother's Verbal Stimulation Explain Differences in Children's Verbal and Nonverbal Cognitive Skills? *Journal of School Psychology, Vol. 38, No. 1, 27–49.*
- TAMIS-LEMONDA, C. S., BORNSTEIN, M. H., & BAUMWELL, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development, 72, 748–767.*
- TAMIS-LEMONDA, C. S., SHANNON, J. D., CABRERA, N. J., & LAMB, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2- and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child Development, 75, 1806–1820.*
- VYGOTSKY, L. S. (1978): *Mind in society.* Cambridge., MA: Harvard
- WHITE, K. R. (1982): The relation between socioeconomic status and academic achievement. *Psychological Bulletin, 91 (3) 461–481.*
- WOOD, D. J., BRUNER, J., ROSS, G. (1976): The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17, 89–100.*
-

Kedves Kollegák!

A MAGYE tagdíja megváltozott!

Előfizetés 2010-ben:

aktív dolgozók számára **2800 Ft/ év**

nyugdíjasok számára **1800 Ft/év**

Kérjük tagjainkat, hogy a 2010.évi tagdíjat a **11707024-20094959** számú OTP számlára szíveskedjenek átutalni.

Egyéni megkeresésre csekket küldünk
(MAGYE 1071 Budapest, Damjanich u. 41-43.).

A tudomány mint alapfogalmaink folytonos újragondolása

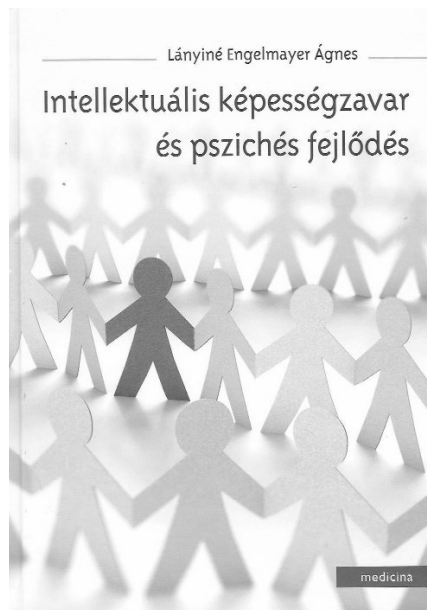
LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES:

Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés

(BUDAPEST, MEDICINA, 2009, 374 OLDAL)

Ottlik Géza írja a *Prózában* egy helyütt, hogy mindenki életében vannak könyvek, melyek feltétlenül rátalálnak. Az ilyen könyv mindenképpen megérkezik az emberhez, próbáljuk bár, nem tudjuk megkerülni a vele való találkozást, heverhet akár időtlen idő óta olvasatlanul az asztalunkon valamelyik kupacban, folytonosan hat ránk és alakít így is, és előbb vagy utóbb elolvastatva magát beavatkozik az életünkbe. Azt jelentené mindez, hogy a könyv kezdeményez, teremt meg a találkozás feltételeit és mikéntjét, és az ember legfeljebb felismeri és elfogadja a hatást, amit szükségszerűen gyakorol a sorsára, gondolkodására, értékeire. Nincs hát ez sem másként, mint az *Iskola a határon* első fejezetének címéül vett textusban: a szabadság titkos belső szerkezete eleve az embernek rendeltetett, akarva-akaratlanul a sajátja, attól függetlenül az övé, hogy felismeri-e és elfogadja-e, hogy él-e vele, avagy sem. Non est volentis.

A számunkra persze most nem az irodalmi műalkotás közvetítette belátások, hanem a szaktudományos gondolkodás szabadsága a kérdés. A szaktudományos gondolkodásról pedig azt szoktuk hinni, hogy egészen más működései vannak, objektivitást és distanciát feltételez, hogy nem függhet személyközi meghatározottságoktól. Ha így van, bajban vagyok. A most szóban forgó könyv szerzője a saját pályámra a legnagyobb hatást gyakorolt-gyakorló egykori tanárom, akinek gondolatai, megnyilvánulásai, mozdulatai rétegről-rétegre rakódtak le bennem, már régen nem ellenőrizhetően és kideríthetően hatást gyakorolva a saját gondolataimra, megnyilvánulásaimra és mozdulataimra.



Tudom a könyvét úgy olvasni és ismertetni, hogy független maradok ezektől a hatásoktól, hogy nem lesz az olvasat és az ismertetés elfogult? Megengedik mindezt a tudományosság kritériumai? Igen, megengedik. A hermeneutika vagy a recepcióelmélet modelljeiben gondolkodva, a hatástörténeti tudat kialakulásának mechanizmusai mentén haladva ugyanis éppen hogy nem az ilyesfajta előzetes viszonyulások, tudások, prekoncepciók kikapcsolásával, hanem – ellenkezőleg – ezek tudatosításával, termékennyé tételével vagy zárójelbe helyezésével juthatunk el saját értelmezésekig és olvasatokig, s mindez nemcsak a klasszikus értelmező tudományok esetében lehet igaz: sokak szerint a természettudományok pozitívista-analitikus metodológiai kánonjában sem beszélhetünk a megfigyelő és a megfigyelt jelenség teljes függetlenségéről. (Hogy a pszichológia melyik kánonba illeszkedik, arra most nem térnék ki, régi vita ez, és semmiképpen nem tekinthetjük lezártnak.)

A fentiekből most két dolog következik. Az egyik, hogy nem akarom az *Intellektuális képességszavar és pszichés fejlődés* című könyv kapcsán olvasatomból kikapcsolni azokat a tudásokat és kontextusokat, melyek a szerzővel, Lányiné Engelmayer Ágnessel való eddigi találkozásaimkor kialakultak bennem. Azért nem, mert a szövegbe és a rajta keresztül közvetítendő jelentésekbe, pontosabban az egész végső olvasatba – ha vele kezdjük, akkor már folytassuk is Ottlikkal – maradandó szavatosságként beleivódnak, belecserződnek, belepácolódnak mindazok a jelentések, melyeket az ő szakmai és emberi tartásáról, értékválasztásairól, életének eseményeiről, a gyógypedagógiai pszichológia terén kifejtett eddigi munkásságának gyakorlati és teoretikus vonatkozásairól, korábbi munkáiról tudhatok és gondolhatok. Mindezekkel összefüggésben, ezeket a kontextusokat az értelmezésbe bevonva kellett olvasnom ezt a könyvet, olyan befogadóként, akinek megadatott nem csupán a szöveghez viszonyulnia, hanem vannak, lehetnek előzetes tudásai és tapasztalásai a szerző életének és gondolkodásának háttérmozzanatairól is.¹ A másik következmény, hogy ez a könyv az én olvasatomban nem csak, vagy inkább: több mint pszichológia, az értelmezésem sem marad meg tehát a szoros diszciplináris keretek között – nem is tehetné, nem vagyok pszichológus –, eleve tágabb, a magát multidiszciplináris társadalomtudományként értelmező gyógypedagógia nézőpontjából fog közelíteni.

Hát, akkor kezdjük. A könyv egy kis ideig feküdt az asztalomon, néha beleolvasgattam, ide-oda lapozva belekaptam egy-egy részbe, módszeresen, az elejétől a végéig, aztán egy oda-vissza majd' két napig tartó külföldi vonatúton tanulmányoztam és jegyzeteltem végig. És lám, a könyv megtalálta elolvasásának lehető legjobb helyzetét és körülményeit, mert szinte metaforaként is hatott egy idő után az úton levés, az Európa nyugati felébe tartás, majd onnan hazatérés közbeni olvasása. Ez a könyv ugyanis minkét irányban fontos közvetítő szerepet játszik, és teljes korpuszára jellemző, hogy folyamatosan ügyel az állandó kétirányú reflexióra, azon kölcsönhatások felismerésére és kiaknázására, melyek a megszületésétől európai beágyazottságú és meghatározottságú magyar gyógypedagógiát és gyógypedagógiai pszichológiát jellemzik, és amelyeknek Lányiné egész eddigi tudományos karrierje során kitüntetett figyelmet szentelt.² Lenyűgözően széles spektrumban ismeri és ismerteti egyfelől a tárgya

1 Most és itt csak egy interjúra utalhatok: Lányiné Engelmayer Ágnes. In Bánfalvy Cs. – Szauder E. – Zászkaliczky P.: *Gyógypedagógus-történetek*. Budapest, ELTE BGGYFK–Eötvös Kiadó, 2006, 73–102.

2 Lásd példaként a Gordosné Szabó Annával írt tanulmányt: *Wissenschaftliche Beziehungen in der deutschen und ungarischen Heil- und Sonderpädagogik im 20. Jahrhundert*. VHN 63 (1992) 2, 167–180.

szempontjából releváns nemzetközi szakirodalmat (az előszóban, immáron harmadszor, megint olvashatjuk az eredetiben olvasás fontosságára rávezető életrajzi adalékot), a kötet végén közölt, nem kevesebb mint 33 oldalas irodalomjegyzékben ott sorjáznak a téma német és angol nyelvű alpművei a legújabb fejleményekig. Az „európai helyzetkép” felvázolásának igénye végigkíséri a kötet egyes fejezeteit.

Másfelől végigkíséri és mindvégig megkísérli ez a munka, hogy közvetítse és beágyazza a nemzetközi tudományos diskurzusba a hazai szakirodalom eredményeit is. Ismerve a honi akadémiai világ merev hierarchiájának oly sok területére és személyére jellemző arisztokratikus gőgöt, különösen tiszteletre méltó, már-már megható az a teljességre törekvés, ahogyan szaktudományának vitathatatlanul legnagyobb hazai képviselője igyekszik az egyes kérdéskörök újabb hazai publikációit, voltaképpen tanítványainak munkásságát akár a jelentősebb szakdolgozatokig bezáróan reflektálni gondolatmenetében, kínosan ügyelve arra, nehogy valaki és valami kimaradjon. Iskola nincsen tanítványok nélkül, és a valóban iskolateremtő mesterek tudják ezt. (Azóta többször fordult már velem elő, hogy az egy illeszkedő témában szakirodalmi ajánlást kérő hallgatónak egyszerűen azt mondtam, menjen le a könyvtárba, keresse meg Lányiné új könyvének vonatkozó fejezetét, az apparátushoz felhasznált irodalom minden bizonnyal a téma szinte teljes körű jelenlegi bibliográfiáját jelenti.) Igazán eredményessé akkor válhatna persze ez a szándék, a magyar szakirodalmi eredmények igazán akkor jelenhetnének meg a nemzetközi diskurzusban, ha lehetőség nyílna valamelyik jelentős külföldi kiadónál idegen nyelven is megjelentetni ezt a könyvet. Színvonala, megírtsága, naprakészsége, teoretikus szintje van olyan, mint a világnyelvek irodalmának nagy összefoglaló munkáié, a szövegben is sokszor idézett, legismertebb német, angol vagy amerikai szerzők monográfiáié. Ez a könyv bármelyik nagy kinti kiadónál megjelenhetett volna és nagy publicitást váltana ki, ugyanakkor ezt a könyvet csak Lányiné Engelmayer Ágnes írhatta meg éppen így, a külföldi és a magyar szakmai tradíció különös dialektikus kölcsönhatásából tekintve témájára, ezért gondolom, hogy komoly befogadókésztségre számíthatna a Lajtán túl is.

Nemcsak a fenti állandó kettős mozgás dialektusa jelöli ki azonban az értelmezés kereteit, hanem egy további, ennél egyszerűbb és statikusabb, mondhatni lineáris kettősség is jellemzi a könyvet. Két nagy, jellegében, szándékában, építkezésében, még szerkesztési-stiláris eszközeiben is eltérő részből áll ugyanis, melyek szinte külön-külön, önálló kötetekként is megállnák a helyüket. Kronológiai szempontból is adhatunk erre persze magyarázatot, hiszen az első nagy egység irodalmi előzménye pontosan beazonosítható a szerző egy korábbi munkájában.³ Annak a könyvnek a címe eleve magában foglalta az „I. kötet” megjelölést is, utalva arra, hogy majd folytatás következik, a gyógypedagógiai pszichológia szóban forgó szakterületére vonatkozó tudásösszegzésnek lesznek még olyan vonatkozásai és szempontjai, amelyeknek kidolgozásra kell kerülniük a teljesebb kép érdekében. Több mint egy évtized telt el azóta, nem lehetett tehát egyszerűen egy második kötetet írni, az új részek kidolgozásával párhuzamosan el kellett végezni a már 1996-ban publikált fejezetek aktualizálását is. Olvasóként azt gondolom, jól jártunk ezzel a „kettő az egyben” koncepcióval. Nem egyszerűen kissé átírt, újrairodalmazott szöveget olvashatunk ugyanis a mostani könyv első tematikus egységében sem, jelentős átszerkesztésre és revideálásra kerültek ezek a tartalmak is, egyes ma már meghaladottnak ítélt részek és kérdések kikerültek a szövegből, más

3 Értelmi fogyatékosok pszichológiája. I. kötet. Régi nézetek új megközelítésben. Budapest, BGGYFK, 1996.

vonatkozások új elemként jelentek meg és a gondolati struktúra is átrendeződött, szervezettebbé formálódhatott, így a kapcsolódás a teoretikusabb első és a praktikusabb második részek között.

A tudományt alapfogalmainak folytonos újragondolása viszi előre. Már a cím is hangsúlyozza ezt, hiszen a korábbi első kötet „értelmi fogyatékoság” főfogalmával szemben az „intellektuális képességzavar” terminust részesíti előnyben, amihez a főszöveg voltaképpen kezdete előtt pontos definíciót közöl a szerző. Ez a váltás nem előzmény nélküli Lányiné szakirodalmi munkásságában, mondhatni gondos előkészítés után jelenik most meg a terminológiai újragondolás programatikusságával.⁴ És nem véletlenül neveztem programatikusnak ezt a szándékot, amennyiben átgondolt, szisztematikus váltást javasol a jelen hazai szaktudományos szóhasználatában nap mint nap tapasztalható terminológiai káosz rendbetétele érdekében. Pontosan tudja, hogy a változásokra utaló különböző megjelölések (sérülés, fogyatékoság vagy éppen képességzavar, akadályozottság stb.) preferálása vagy elutasítása nem stílári kérdés, nem kellene lealacsonyodnia a „kinek mi szimpatikus” vagy „ki mit tart pejoratívnak” kérdésfeltevésék szintjére, mert terminológiai síkon arra kell választ találnunk, hogyan tudjuk a lehető legpontosabban definiálni, sőt diagnosztizálni – a különbségeket nem elkenve, de a korábbi deficitorientált paradigmák normalitás-konceptióitól mégis elszakadva – azokat az eltéréseket, melyeket fejlődésben, funkcionális működésben, képességekben, vielkedésben tapasztalunk a mindennapos életben. A WHO klasszifikációs rendszerei iránymutatásul szolgálnak e téren, különbséget téve a bármilyen okból bekövetkező változások különböző szintjei között: az ember bio-pszicho-szociális egység, testi-organikus, funkcionális és társas jellemzői által meghatározottan. Ha valakire azt mondunk „sérült”, akkor az anatómiai struktúráiban fellelhető eltérésekre (szervi, idegrendszeri elváltozásaira), ha azt mondunk „fogyatékos”, akkor a megváltozott működéseire (egyes funkcióinak vagy képességeinek zavarára), ha azt mondunk „akadályozott”, akkor társas helyzetének (beilleszkedésének vagy részvételének) meghiúsulására utalok. A magyar szóhasználatra a leginkább ható nagy világnyelvek terminusai: impairment – disability – handicap, vagy Schädigung – Beeinträchtigung – Behinderung viszonylag tisztán differenciálják e szintmegjelölések között, a hazai szakirodalom viszont gyakorta elveszik e rendszerben és bábeli szintű nyelvi-stilári zűrzavarral bizonyítja gondolati bizonytalanságait, nem is beszélve a jelzős vagy határozós körülíró szerkezetek bonyodalmaival kapcsolatos tisztázatlanságokra. Lányiné könyve megpróbál rendet tenni e kérdésben, amikor a kurrens angol megfelelő alapján kiváltani javasolja a korábbi „értelmi fogyatékoság” kifejezést az „intellektuális képességzavar” terminussal. A szövegben persze előfordul mindkét megoldás, néhol szinonimaként, néhol párhuzamosan megjelölve is, de minden esetben érződik, hogy alapos megfontolás után, az aktuális kontextus függvényében döntött a szerző az egyik vagy a másik változat mellett, és hogy hosszabb távon a címben javasolt új terminus mellett tör lándzsát. (Kérdés persze, elfogadottá válik-e majd az e kifejezéssel egyedül lehetséges grammatikai szerkezet – „intellektuális képességzavart mutató” –, illetve hogy más populációk megjelölésére gyökeret verhet-e ugyanez a terminus a magyarban, olyan egységes rendszert teremtve, ami a mintául vett angol nyelv esetében – intellectual disability, hearing disability, physical disability és így tovább – ismeretes, és amilyen egységes terminológiát a németben is megtalálhatunk. Jőmagam kételkedem ebben.)

⁴ Lásd például az öt éve megjelent általa szerkesztett kötetet: *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2004, 171 oldal.

A könyv első nagy tematikus egysége az intellektuális képességzavar/értelmi fogyatékoság értelmezési lehetőségeit járja körül tudományközi és történeti vetületben. Itt, már az induláskor szövegszerűen is beigazolódni látom a korábban már említett intuíciónkat: ez a munka több mint pszichológia, pontosabban gyógypedagógiai pszichológiai témaválasztását, attitűdjét és módszertanát mindvégig egy sokkal tágabb keretrendszerben helyezi el, lám, a gondolatmenet indulása is az intellektuális képességzavart mutató/értelmi fogyatékos embereknek a mindenkori társadalmakban betöltött helyére, antropológiai és morális státusára és ezek rendkívüli törtékenységére, veszélyeztettségére helyez hangsúlyt. Ez persze semmiképpen nem meglepő, az egészen tág humanisztikus horizont, az ember méltóságáért érzett felelősség Lányiné egész eddigi gondolkodásában ott húzódik a háttérben.⁵ Az olyan pszichológust, aki túlmegy a steril tudományos érdeklődésen, aki a megismerést is a segítségnyújtás szolgálatába kívánja állítani, nem csak kliensének pszichés működései, képességstruktúrája, tesztprofilja érdekli, az embert nem redukálja funkcionális mintázatokká és nem csak az idegrendszerét nézi, hanem egészszemes emberként, mindenkori kulturális és társas beágyazottságával, sorsával, méltóságával tiszteli. Tudja, hogy nem elég mérnie és elemeznie az embert, meg is kell érintenie és részt kell vállalnia emberi sorsában, létproblémáinak megoldásában. (A könyv egész szerkezete erre a szándékra épül, az első nagy egység leíró-elemző szaktudományos fejezetei után ezért következik aztán a második, új fejlődéslélektani rész, amiben majd végig ez a rendkívül gyakorlatias, személyre szabott, segítőközpontú szemlélet vonul végig. És akkor itt most vissza is vonom a korábbi meglátás sugallta kérdést: attól, hogy a könyv két nagy egysége nagy különbségeket mutat, és hogy külön-külön kötetként is megállná a helyét, a most említett holisztikus szemlélet, a segítő attitűd és orientáció miatt jó döntés volt egybentartani, egységes szöveggé kezelni a művet, és így adni az olvasó kezébe.)

Az eszmetörténeti részben gazdagon és elemzően sorjáznak egymás után az intellektuális képességzavarra/értelmi fogyatékoságra vonatkozó elméletek, először egy nagyon tág, a társ- és határtudományok felé tekintő interdiszciplináris megközelítésben, majd a saját tudományterület, a pszichológia legjelentősebb iskoláinak és a témával foglalkozó legjelentősebb képviselőinek felfogásait ismertetve. Ezután a jelenség definiálásának szempontrendszerével, a differenciáldiagnózis határainak viszonylagosságával foglalkozó fejezetek és alfejezetek következnek, mindvégig abból a mai álláspontból reflektálva a korábbi elképzelésekre és meghatározásokra, hogy bármilyen súlyos képességzavar esetén sem mondhatunk le a fejlődés, a tanulás, a képzés lehetőségéről, mert a negatív tudományos leírások negatív következményekkel, diszkriminálással és diszkreditálással, akár az egzisztenciális fenyegetettség rémével jártak egyes korokban és társadalmakban. A pszichometriai fejezetben átfogó és árnyalt képet kapunk az intelligenciaelméletekről, az intelligencia mérésének és mérőeszközeinek problémájáról, az értelmi fogyatékoság pszichometriai kritériumainak szerepéről a definíciókban és hatásokról a szelekciós mechanizmusokra. Ismertetésre kerülnek az adaptív magatartás eltérései/zavarai, a szociális kompetenciák mérésére létrehozott eljárások és skálák. Kitér a gondolatmenet a kóros háttér organikus és nem-organikus elemeire és ezek komplex összefonódására, az öröklés–környezet vita szempont-

5 Másodirodalomként ajánlom Illyés Sándor: A humanisztikus vonulat Lányiné Engelmayer Ágnes munkásságának 1994-ig terjedő szakaszában című tanulmányát. In Zászkaliczky P. (szerk.): „...önmagában véve senki sem...” Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből. Budapest, BGGYTF, 1995. 11–26.

rendszerére és a két tényezőcsoport elemeinek szétválaszthatatlanságára, végül igen jelentős teret szentel a modern definíciók tárgyalásának és elemzésének. A tematikus egységet a gyakoriságra és az epidemiológiai háttértényezők feltárására vonatkozó fejezet zárja, ami a hozzáférhető legfrissebb statisztikai adatok, a nemzetközi és hazai nyilvánartartási rendszerek aktuális állapota alapján beszél az incidencia- és prevalenciaértékekről, becsülve ezek jövőbeni változásának trendjeit is.

Itt érkezünk el – körülbelül a könyv egész terjedelmének felénél – a már korábban is többször említett váltáshoz, változik a rendezőelv, a felépítés, a szempontok súlyozottsága, sok tekintetben még a beszédmód is: a fejlődéslélektani fő rész, szemben az előző egység sok adatot és statisztikát, táblázatokat, definíciókat felsorakoztató elemzéseivel, megfordítja a perspektívát, változik az értelmezési koncepció, fordul mintegy a képarány: az intellektuális képességzavart mutató/értelmi fogyatékos ember kilép a statisztikai standardok és az általános definíciók személytelenségéből és szinte hús-vér valóságában megjelenik előttünk családjával és életkörnyezetével együtt, s bemutatott ideáltipikus biográfiája mentén úgyszólván életszagúvá válnak a továbbra is tudományos igényességgel tárgyalt fejlődéslélektani jelenségek és fogalmak. Ez a rész már nem csak a kutatóknak és a szakembereknek szól, de a szülőknek és mindenki másnak is komoly segítséget jelenthet akár a mindennapos élet konkrét helyzeteinek megoldásában is. (Néha eszembe jutott, nem lett volna-e inkább olvasóbarát éppen ezért megfordítani a két egység sorrendjét, először megnyerni az érdeklődőket a témának, és eligazítani őket az eltérő fejlődés sajátosságaiban és az ezekre adható válaszlehetőségekben, és ezután továbbvezetni azokat, akik tágabb és analitikusabb összefüggésekre is kíváncsiak. Talán igen, talán nem, a szerző nyilván alaposan meggondolta a szerkezetet, és azért az érzékelt váltás nem csapásszerű, inkább szemponteltolódásokat jelent, hiszen az életközelség és a humanisztikus megközelítés végig ott húzódott a korábbi fejezetek mögött is.) Az olvasó szeme előtt, különösen, ha vannak ilyen tapasztalatai, szinte megjelenik egy család, ahová megérkezik egy gyermek, aki nem olyan, mint amilyennek várták. Az ő életútja mentén rendeződik már el a szöveg és tárgyval mindazokról a jellegzetességekről, diagnosztikus és terápiás lehetőségekről, akár az intézményes megsegítés egészen konkrét szintereiről és az igénybe vehető különböző egészségügyi, gyógypedagógiai vagy akár szociálpolitikai segítségéről, melyek ma és itt elérhetőek.

E főrész első fejezetei a korai diagnosztizálás lehetőségeivel és korlátaival, a lehetséges elváltozások okaival és jellegével, a diagnózissal való szembesülés nehézségeivel és a szakember traumafeldolgozást segítő lehetőségeivel foglalkoznak, néha szinte már útmutató- vagy eljárási protokoll-szerűen pontos iránymutatásokat adva. (Ezért gondolom, hogy ebből a szövegből nyugodtan ki lehetne emelni különböző részeket különböző olyan olvasóöröknek, akik nemigen szoktak a Medicina Könyvkiadó katalógusában vagy szakkönyvtárakban böngészni: lehetne csinálni belőle szülői könyvét, az első megmondásban részt vevő szakemberek útmutatóját, és még, ahogyan halad előre a szöveg az életút mentén, sokaknak sok mindent.) Tárgyalja a szülői reakciókat és tanácsokat ad a gyászreakciók pszichológiai megsegítésére, majd áttér a koragyermekkorai intervenció és a fejlesztési programok jellemzésére és elemzésére, egészen konkrét magyarországi keletkeztörténetet vázolva fel az intézményes ellátás kialakulásának, mai működésének, erősségeinek és hiányosságainak vonatkozásában, és megint és újra: konkrét, kézzelfogható gyakorlati tanácsok sorát vonultatva fel az eltérő fejlődésű kisgyermek és szülei megsegítésében. S csak ezután, miután ismertette a segítségnyújtás lehetőségeit, azután tér át a következő alfejezetekre, melyek

képességterületekre bontva ismertetik a a fejlődési sajátosságokat – ennél a tudatosan vállalt szerkesztési elvnel és sorrendnel ékebb bizonyíték nincs és nem is kell Lányiné szaktudományos orientációjának korábban már említett emberközponúságára. Ez az a viszonyulás, amit tanítványként oly sokan megtanulhattunk tőle, ha csak részleteiben, töredékesen, sokszor reménytelenül elégtelenül is: a következetesen képviselt tudáson túl azt is, hogy mire való a tudás.

Ahogy nő az elképzelt gyermek, úgy haladnak a következő fejezetek mindvégig következetes precizitással előre és tárgyalják a fejlődés és az intézményes ellátás lehetőségeit. Előbbi esetében mindvégig hangsúlyozza, hogy folyamatosan figyelniük kell az elmaradások persze minél pontosabb megismerésén-diagnosztizálásán túl az adott gyermek erősségeire is, utóbbi vonatkozásában pedig álláspontja talán kritikusan integrációbarátnak lenne mondható. Ezen azt értem, hogy mindig a konkrét gyermek és családja helyzetében dönthető és döntendő el a kérdés, nem pedig ideológiák vagy doktrínák mentén. Ugyanez jellemzi aztán a tankötelezettség időszakának tárgyalását is, melyben pontos képet kapunk a szakértői vizsgálatok problematikájáról és lehetőségeiről, egészen konkrét fejlődéslelektani vizsgálatok ismertetéséig bezárólag. A differenciáldiagnózis bemutatását megint csak a tanácsadásra vonatkozó követelmények követik. Tárgyalja a tanulási jellegzetességeket, a viselkedéssjegyekben tapasztalható sajátosságokat, az intézeti ellátás rizikófaktorait és elkerülendő ártalmait. Külön fejezeteket szentel azoknak a témáknak, melyek a hazai szakirodalomban – vagy azért, mert tabunak számítottak, vagy azért, mert nem vizsgálták elégséges mértékben – hiánytémáknak számíthatnak, mint amilyenek a hospitalizációs ártalmak, a szexualitás, az abúzusok témakörei. A felnőttkor tárgyalásának vezérelvévé az életminőség kérdésköre emelkedik, kitérve a legújabb szakmai vagy akár jogi fejleményekre is, mint amilyen például a támogatott döntéshozatal megjelenése. Ebből a perspektívából szemléli és tekinti át a felnőtt fogyatékosok ellátásának változásait, a normalizációs elv és a deinstitutionalizációs programok megjelenését, az életminőség-vizsgálatok tapasztaltait. Megint és újra: a konkrét ember konkrét és professzionális megsegítésének szándékával, hiszen részletes iránymutatásokat ad például az egyéni fejlesztési tervek kidolgozására nézve, ismerteti a pályaválasztás pszichológiai aspektusait, az idősor sajátos és ellátandó szükségleteit.

A befejező rész két konkrét klinikai kép, a Down-szindróma és a Williams-szindróma tárgyalása. A kognitív és más pszichés fejlődési és képességbeli sajátosságok bemutatása vagy a pszicholingvisztikailag leírható tünetek ismertetése itt is belesimul egy nagyon tág, holisztikus, az élet egészének minőségére kérdező szemléletbe. Hogy miért pont, vagy inkább miért csak ez a két kép kerül az egész könyv zárásaként ismertetésre, abban bizonytalan maradtam, kissé hirtelen és lekerekítetlenül záródik így az egész kötet főszövege. Jó lenne a következő kiadásban, folytatva a tendenciát, egy „III. kötet”...

Mint a könyvnek, a recenzióknak is véget kell érnie egyszer. Azt kívánom, minél többeket találjon meg ez a kötet, gyógypedagógusokat, pszichológusokat, társzszakmák képviselőit, szülőket és érdekvédőket, érdeklődő laikusokat: mindenki fog találni benne dolgokat, melyek segíthetik tudományos érdeklődésének kielégítésében, szakmai tudásának építésében és reflexiójában, kompetenciáinak növelésében, a segítségnyújtásban és a segítség igénybevételeknek lehetőségeiben, de végül és leginkább, mindezek mögött: értékeinek és emberszemléletének kiteljesítésében. Az emberebbé válásban.

Budapest, 2010. február 9.

Zászkaliczky Péter

TOREY HAYDEN:

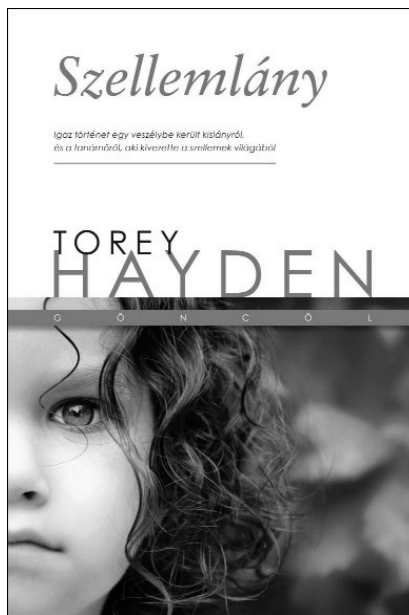
Szellemlány

(BUDAPEST, GÖNCÖL KIADÓ, 2008, 348 OLDAL)

Igaz történeteket mindig máshogyan olvas az ember. A *Szellemlány* pedig ékes példája annak, hogy hiába a képzelet az, amely képes a végtelen burjánzásra, mégis néha a valóság a legelképzelhetlenebb. Torey Hayden – amerikai fejlesztő pedagógus és gyermekpszichológus – tíz éve írta ezt a regényt, amely ránézésre lehetne akár egy szentimentális női lélekfolyás, vagy napon lapozgatós limonádé, de nem az. Ahogy a szerző is megfogalmazta: „mintha a történetek csupán undorító keverékei lennének Stephen Kingnek és a National Enquirer nevű bulvárlapnak.” Torey-nak nem volt könnyű dolga, hogy a szakmájában történeteket hitelesen, ízlésesen és veritékszagtól mentesen tárja az olvasók elé.

A könyv ott veszi fel a pedagógus élete fonalát, amikor egy biztos, jól fizető klinikai állást hagyott azért a spontán fellelkesülésért, amit egy poros és nyugodt kisváros, Pecking apróhirdetése jelent számára. A kihívás, hogy a kutatómunkát felváltsa egy viselkedészavarokkal küzdő, hús-vér osztály vezetése, lassan addigi tudásának visszaigazolását és fordulópontját is jelenti. Torey rendkívüli részletgazdagsága és érzelmi intelligenciája nyomán átélhetjük, milyen keserves munkával jár valakinek elnyerni és megtartani a bizalmát, illetve türelmesen felépíteni vagy kordában tartani labilis személyiségeket. A fiatal nő speciális osztályába négy gyerek jár: Reuben, a kilencéves angyalarcú és talpraesett autista; Philip, a visszamaradott és görcsös hatéves; a hiperaktív és obszcénül szókimondó nyolcéves indián, Jeremiah; illetve a könyv főszereplője, a szelektív némaságba burkolódzó Jadie. Az okos, görnyedten zárkózott kislányt az erre specializálódott Torey képes az iskolában először megszólaltatni – ám miután nem csak zavarbaejtően kék szemei beszélnek, minden egyre bonyolultabb lesz. Kiderül, hogy van rosszabb annál, mint amikor egy gyerek hazudik, és ezzel nehezíti segítői életét: ha a gyerek igazat mond. Méghozzá olyat, amit hallani sem volna szabad soha, nemhogy átélnie.

Az első bátortalan suttogás, majd az üvöltő pánik – megindul a pszicho-horrorba illő kirakós homályos és sokkoló darabjainak összeillesztése, amely nem fukarkodik vérrrel,



ondóval, sátánizmussal és vudubabával. Nem véletlen, hogy a kiadó is csupán a tizenötödik változattal tudott megbékélni. Semmilyen tanárnőt nem vérteneznek fel azzal a képességgel és hatalommal, hogy eldöntse, egy gyermek borzongató kísértethistóriája csupán a képzelet, vagy néhány pedofil konkrét játéka. Mint ahogyan azzal sem, hogy miként lehet presztízsét is kockára téve olyan okok után kutatni, amelyek messze-menőleg elrugaszkodnak a legmodernebb felfogású tanári szakkönyvektől is. Torey joggal feltételezi ugyanis, hogy Jodie szavai túllépnek a médiumokból összeillesztett montázsokon, és érzékletesen leíró felidézéseihez valóban előbb találhat választ fekete mágiával foglalkozó könyvekből, mint a polcán heverőkből.

A vérbeli lélektani krimin túl olyan témákat is érint a könyv, hogy szabad és érdemes-e magányunk feloldásáért cserébe másokra önteni mentális dézsánkat – illetve ragaszkodni gyávaságból emberekhez, munkához vagy véleményhez. Különféle habitusú személyiségek perspektíváiból világosodik meg az egyre sötétebb történet, és már az is önmagában egy tanulmány, hogy ezek az emberek túl tudnak-e lépni a csehovi sémán, és ne beszélés, hanem építő jellegű megbeszélés legyen a találkozásaikból.

A szakmának gyakorlati, liberálisán gyerekfókuszú útmutatóként is szolgáló könyv egyetlen zavaró eleme a – szappanoperákban is előszeretettel alkalmazott – fejezetzáró mondatok hatásvadászata. Ám mivel nem fikcióról van szó, az olvasó hiába lapoz egyre izgatottabb izsonnyal az egyértelmű hepiendre szomjazva: az utolsó oldalak sem tettek pontot az ügy végére, holott Hayden évtizedes csúszással írta a *Szellemlányt*. A kis Jodie elbeszélésfoszlányaiban szerepel macskabél, testvéri szeretet, Dallas-karakterek és pókok, ám az író sosem merészkedik az olcsó leírások aknamezejére: alázattal, választékos aprólékossággal vezeti végig a gyanút a valószínűsíthető bűncselekményig. Nem csoda, hogy az eseteit sorra felelevenítő szerző mindig felkapaszkodik a bestseller-listákra – kevesen lennének képesek ilyen összeszedett irodalmisággal visszaadni mindazt, amit már olvasni is csak komoly lelki erővel lehet.

Tóth Noémi

 [Vissza a tartalomhoz](#)

BUDAYNÉ DR. BALKAY SAROLTA–DR. BÓDÖR JENŐ:

Egyéni korrekció

(BUDAPEST, NEMZETI TANKÖNYVKIADÓ, 8. KIADÁS, 2009)

A hazai pedagógiai, tankönyvkiadási programban is egyedülállónak mondható, hogy egy iskolákban használatos könyvet – ráadásul munkatankönyvet – immár lassan három évtizede (1980-tól) változatlan kiadásokban megjelentessenek, sőt 2008-ban újra tankönyvvé nyilvánítsanak.

E munka az „Egyéni korrekció az általános iskolák előkészítő osztálya számára”, melyet a múlt század utolsó évtizedeiben alkotó három neves gyógypedagógus-

pszichológus készített. Sajnos már egyikük sem érthette meg a harmincadik évfordulót. A szerkesztő Dr. Szabó Pál, a korrekciós osztályok propagátora, az Országos Pedagógiai Intézet főmunkatársa volt, a szerzők: Budayné Dr. Balkay Sarolta és Dr. Bődör Jenő a gyógypedagógiai tanárképző tanárai, a pszichológiai tudományok kandidátusai, jelentős életművet, publikációkat felmutató kutató gyógypedagógusok voltak. Illő, hogy külön megemlékezzünk róluk, tevékenységükről e mű kapcsán is.

Kis munkájuk immár akár klasszikusnak is mondható. Az egész országban széles körben elterjedt és használt, a gyermekek, nemcsak a sérülten fejlődők, de az iskolára felkészítésben részesülő óvodások is szívesen oldották/oldják meg feladatait.

A címe még a hetvenes-nyolcvanas évek gyógypedagógiai szóhasználatát idézi, utalva a gyógypedagógiai tevékenység hiányokat pótló, kompenzáló jellegére. Azóta újra felbukkantak – és szívesen használtak – „a kiegészítő fejlesztés”, „a terápiás eljárás” kifejezések. A tanterveket helyettesítő Irányelvek (2000 és 2005) szövegei összevetésével érzékelhető ez utóbbiak térnyerése, és végül a változások a dokumentumokban „pedagógiai és egészségügyi célú rehabilitáció” kifejezéséig jutottak, mondván a sajátos nevelési igényű tanulókkal (ez is új elnevezés!), folytatott munka egész nevelési-oktatási rendszerét átfogó, hosszú távú habilitációs, rehabilitációs célok és feladatok határozzák meg. Van ebben az érvelésben régi gondolat, amely felett el kellene gondolkodni, és új, az, hogy a rehabilitációs tevékenységet meghatározó tényezők között megjelentek a társadalmi integráció egyre erősebben érvényesülő „kívánalmai”.

Jelen esetben, a mi bemutatott munkánkban azonban a kezdet, a pszichikus funkciókban az iskolába lépéskor jelentkező elmaradások, fejletlenségek felszámolásáról, hiányok bepótlásáról, kijavításáról van szó.

Fontos és hálás feladat ilyen munkában dolgozni, ez is lehet hosszú élete titka. Fontos, mert így segíti elő, hogy az „elmaradózó gyermek” (ahogy régebben szép szóval neveztek az enyhébben sérült, tanulási gondokkal küzdő tanulókat) felzárkózzon, elérje az iskolára felkészültség szintjét: figyelmével, emlékezetével, gondolataival, megkülönböztető észlelésével, vagy akár finom mozgásai, rajzolása, téri tájékozódása fejlesztésével. Hálás, mert mindezt a gyermek színes, játékos, érdekes, hozzá közelálló cselekvések szintjén, a Piaget leírta művelet előtti, sőt még a szenzo-motoros fejlődési szintből alig kinőve végzi. Megfelelően alkalmazva akár a súlyosabban sérültek, az értelmi akadályozottsággal élő gyermekek fejlesztésének is kiváló eszköze.

A munkafüzet nyolcféle cselekvéses tevékenység keretében foglalkoztat, mellékletével játékos feladatokra ad lehetőséget. Egyaránt alkalmazható csoportos munkában és egyéni fejlesztésben. Részletes bemutatására úgy véljük nincs szükség – ismertsége okán.

Ez a munka különleges értéke a magyar újkori gyógypedagógiának, magas felkészültségű gyógypedagógusok ajándéka a segítségre szoruló gyermekeknek éppen úgy, mint a megmérettetést szívesen vállaló, játszani és dolgozni szerető iskolára készülő bármelyik kisgyermeknek.

Dr. Hatos Gyula

HATOS GYULA:

Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük

(BUDAPEST, APC STÚDIÓ, 2008., 4. ÁTDOLGOZOTT, IDŐSZERŰ KIEGÉSZÍTÉSEKKEL BŐVÍTETT KIADÁS)

„Emberség és szaktudás” a kezdő alcíme Hatos Gyula új könyvében a nevelői magatartásról szóló fejezetnek. Hitvallás is lehetne a hosszú pálya tudományos eredményeit összefoglaló, a gyógypedagógiai gyakorlat köré rendeződő munkának. Mi, akik a magyar gyógypedagógiai szakirodalomban először Hatos Gyula nevét ismerhettük meg avval a népszerűséggel kapcsolatban, akiknek nevelésére készültünk, ismét megújult látásmóddal kiegészítve kapjuk kézhez a főiskolai tanár tudását. A Gyógypedagógiai Kar névadójához hűen, a politikailag korrekt kutatásetikai elvek alapján „tevékenységével a veszélyeztető jelenségek kiküszöbölésére, az esélyegyenlőtlenségből származó hátrányok megszüntetésére törekedve hívja fel a figyelmet, a rendelkezésére álló tudományos eszközökkel.” A teljes gyógypedagógiai gyakorlatot átfogó témák – annak jellegéből fakadóan – elsősorban a pedagógiai pszichológia, a tanulás, nevelés, fejlesztés kérdései köré rendeződnek. Részletesen tárgyalja az együttnevelés, a befogadás problémáit, megkülönböztet szociális és „perszonális integrációt”. Ez utóbbi fogalomról írja: „azt a képességet jelenti, amellyel az egyén akadályozottsága ellenére megtalálja identitását, és ellensúlyozni tudja a társadalmi szerepekben őt gyakran sújtó kiszolgáltatottságot, félreállítást.”

A nevelési célok, területek, módszerek fejezete a „problematikus nevelési szempontokat” egy demokratikus társadalomra, befogadó környezetre vonatkoztatja. Felhívja a figyelmet arra, hogy abban a sajátos szituációban, amelyben az értelmileg akadályozott gyermekek nevelése zajlik, nem könnyű megtalálni a helyes nevelési célokat és utakat. Vallja, hogy a beilleszkedési, integrációs képesség fejlesztése „vezető cél” az akadályozott tanulók nevelésében. A társadalmi hatásokat nevelési célból tekinti, az egyént gazdagító hatások, a közösség által nyújtott többlet oldaláról. Európai tapasztalatokra hivatkozva óv attól, hogy a szakmai elemzés kiindulópontja a „nevelői szükséglet” legyen.

Izgalmas fejezete a könyvnek a kognitív fejlődés új szemléletét bemutató rész. Az észlelés, a figyelem, az emlékezés, a gondolkodás jellegzetességei a gyakorló pedagógus számára különösen „feladják a leckét”. Hogyan tanítható!? – kérdezi a csoportban tanító szakember nap mint nap az iskolában. Az értelmileg akadályozott gyermekek és felnőttek ugyanis a gondolkodás területén kerülnek legtávolabb nem akadályozott társaiktól. Ahogy a szerző írja: „nagyon sok pszichés jelenség – a mai értelmezések szerint – esetükben nem közvetlen, hanem közvetett kapcsolatban van az intelligencia fogyatékoságával.”

A könyvben az életkori vertikum is megjelenik a kérdések horizontális szemlélete mellett: a csecsemő – és a kisgyermekkor, az intézményhálózat az óvodától a felnőttek otthonáig, az iskoláskor a kezdetektől a felnőttkorig. A korai segítségnyújtással kapcsolatban – hazai tapasztalatokat idézve – hívja fel a figyelmet arra, hogy a „korai” jelző nem jelent meghatározott időpontot, sőt, gyermekenként nagyon eltérő lehet. Lényege inkább „a megfelelő idő”, azaz akkor kell indulnia a beavatkozásnak, amikor a fejlődésben mutatkozó zavar felismerhető, érzékelhető, tehát a legkorábban, egyes esetekben már a megszületés után.

A „gyógypedagógiai nevelési és oktatási intézmény” mint a népesség szempontjából legátfogóbb intézmény az értelmileg akadályozottak számára is, Hatos Gyula bemutatásában módosul napjainkban. Az iskola ebből a szempontból az „élet tere”, és nem elsődlegesen ismereteket nyújtó, „műveltséget” adó intézmény. Az iskolai élet így a tudás és szociális magatartás alakulásának sajátos ötvözetét adja. Az akadályozott gyermekek és fiatalok pedagógiai ellátásával kapcsolatos nemzetközi gyakorlat szerinti alapkövetelmények, sajátos vonások: „a képzés legyen egyénre szabott, helyileg elérhető, terjedjen ki minden speciális szükségletű személyre”, beleértve a terápiás szükségletek, egyéni nevelési igények kielégítését is.

A könyvben új fejezetrészeket találunk az iskolai tanítás és tanulás gyakorlatára vonatkozóan. Hangsúlyt kap az ismert követelmény, „a fejlődésnek való megfelelés”, melyet a pedagógiai pszichológia kezdetei óta vallanak a szakmában – az iskolai gyakorlatból mégis gyakran hiányzik. A szerző tapasztalatát bizonyítja, hogy jelzi: „a tanulók iskolai terhelése feleljen meg az értelmi fejlettség fokának”. Az oktatásban ugyancsak fokozott jelentőségű a célok strukturálása az értelmileg akadályozott gyermekek számára. (Itt jegyzendő meg, hogy ama „egyéni differenciálás” a gyógypedagógiai iskolák és tanáraik speciális tudása, mely éppen az ép fejlődésű gyermekek tanárai között metodikailag és szervezésben egyaránt nehezen megvalósíthatóknak tűnik...) Ahogy Hatos Gyula is írja: „a tanárnak a tervezés során részletekbe menően kell a cselekvés struktúráját, illetve egy-egy fogalmat elemezni. Végiggondolni, hogyan tudja világossá tenni a fogalom jegyeit, illetve a cselekvéssor lépéseit, végrehajtásának algoritmusait azon a szinten, amely a tanulók értelmi fejlettségének megfelel.”

A transzfer alkalmazásával kapcsolatban emlékeztet arra, hogy az „értelmi fogyatékosok” régi tanításában – éppen, mert a velük foglalkozók nem hittek abban, hogy képesek rá –, a gyógypedagógiai tanárok nem is készítették fel a gyermekeket az ismeretek változatos, új formákban történő alkalmazására, hanem a meghatározott cselekvésekre „szoktatást” helyezték előtérbe. Ehelyett a tanítást napjainkban úgy kell megszervezni, hogy sok alkalmat adjon a „teljes és értelemszerű” cselekvésre.

A multidiszciplináris szemléletnek megfelelően a műben helyet kap az értelmi akadályozottság korszerű meghatározása, osztályozások, szindromaleírás. A megközelítés irányultsága: szociális és etikai kérdések, antropológiai alapok, az értelmi akadályozottság megkülönböztetése más állapotoktól stb., valamint a „társadalmi befogadás” történeti áttekintése. Ez utóbbi téma – érzékeny más nézőpontokat érintvén, ugyancsak fontos része a könyvnek. Az un. alapfogalmak az értelmi fogyatékosok területén állandó mozgásban, változásban – és remélhetőleg pozitív fejlődésben vannak. Hatos Gyula látásmódja ezekben a kérdésekben is világos, derűs, a hazai pedagógiai folyamatokat, a gyakorló gyógypedagógust segíteni szándékozó. A könyv egységisége, hogy állításainak bizonyítására a hazai szakmunkákra és saját vizsgálataira bőséggel – és jogosan – hivatkozik. A párhuzamok és kitekintések, a külföldi példák, perspektívák, eredmények ugyancsak igazolják a szerző konzekvenciáit.

A közel 350 szerzőre hivatkozó, és 205 fogalmat tartalmazó kötet gyakorlati szemléletű, azaz „élő emberek” rajzolódnak ki valamennyi megállapítása mögött, enciklopédikus gazdagságú munka. A 14 részre osztott tartalom szoros belső logikát tükröz. Az egyszerre szerteágazó és egyben tömör szerkezet nemcsak áttekinthető, de tananyagként is világos. Nyelvezete, stílusa is a gyakorló kutató-oktató tudósé. A tanulást segítő szerkezeti elemek (mint például kiemelések, segítő és összefoglaló kérdések) kezelhetővé teszik a felnőtt tanuló számára is.

A könyv formai kivitele igényes. Az újszerű látásmódot jelző az esztétikus borító – különleges; többértékes tartalommal.

Vágó Éva Anna

Mozgásjavító Kupa

Gondolatok a para-diák úszósportról, az utánpótlás-nevelésről egy uszodaavató ünnepség kapcsán

Bevezetés és előzmények

Több mint száz év telt el azóta, hogy Rothfeld Dávid „A haladás útján” című előadásában nemzetközi gyakorlatra hivatkozva kifejti, hogy „nekünk is gondoskodni kell feleinkről” (...) „egyesült erővel alakítsuk meg a »Nyomorék gyermekek menház-egyesületét« (7). Ez a menhely a mai budapesti Mozgásjavító Általános Iskola EGYMI és Diákotthon jogelődje.

A ma már több mint 100 éves intézmény folyamatosan szolgálja a mozgáskorlátozott gyermekek iskolai oktatását, a kornak megfelelő korszerű és gyakran új gyógypedagógiai módszerekkel.

Az elmúlt évtizedek gyakorlata, a korszerű gyógypedagógiai és rehabilitációs módszerek alkalmazása és nem utolsósorban az iskolában tanulók mozgásszervi állapotának változása az intézményt új szakmai kihívások elé állította. Az intézménynek választ kellett adnia a mozgáskorlátozott gyermekek-tanulók többlépcsős ellátási igényére azokban az esetekben is, amikor az egyes tanulók integrált nevelésére – a tanulók nagyon súlyos mozgásállapota miatt – nem volt lehetőség. Teret és módot kellett adnia a legsúlyosabban sérült mozgáskorlátozott gyermekek részére is a tanulásnak, az önálló felnőtt életre történő felkészülésnek. Mindezt egységes nevelési-oktatási folyamatba integrált rehabilitáció és gyógypedagógiai megsegítés útján; olyan pedagógia rendszerbe ötvözve, amely az *otthon, tanulást, és az önálló életre* felkészülést többlépcsős formában, mégis egységesen valósítja meg. Nádas igazgató szavaival élve „második esély”-t adni minden ott tanuló diák számára. Az intézményt egyben olyan szakmai központtá kellett alakítani, amely mintául szolgálhat nemcsak a sajátos gyógypedagógia intézmények részére, hanem az integrációban tanuló mozgáskorlátozott diákok megsegítésére, a pedagógus társadalom módszertani felkészítésére is. A Lajta Béla által tervezett régi iskola átépítése, bővítése, új épületekkel való kiegészítése minden bizonnyal a mozgáskorlátozott gyermekek és fiatalok ellátásának nemcsak környezeti feltételeiben, hanem a korszerű gyógypedagógiai megsegítés több szinten való biztosításával a társadalmi integrációt előkészítő központja lesz (9).





A régi és az új épület találkozása

A százéves alapítását 2003-ban ünneplő Mexikói úti „mozgásjavító iskola” életében új korszak kezdődött azzal, hogy 2009 őszén többlépcsős ünnepsorozatral adták át a fenti koncepció alapján átépített iskola eddig elkészült új épületeit. A rekonstrukció első szakasza több mint 9000 négyzetméterrel bővítette az eredeti intézményt.

Az új épület 2007-2009 között épült a kormány és Budapest Fővárosi Önkormányzata támogatásával. Az eddig elkészült épülettömböt 2009. november 5-én adta át *Bajnai Gordon, a Magyar Köztársaság miniszterelnöke* az iskola tanulóinak és munkatársainak.



„Zsibongó”

A „Mozgásjavító Gyermek- és Ifjúsági Központ” bázisát ünnepségén részt vettek továbbá Budapest Főváros Önkormányzatának képviselői, a tervezők és az építők, valamint a szakma hazai képviselői.

Az új iskola épületében összesen 11 tanterem, 3 szaktanterem, egy 25 méteres, versenyek rendezésére is alkalmas uszoda, valamint két tanmedence, egy tornaterem és három tornaszoba, egy színházterem, szép tágas ebédlő és közösségi zsbongó készült el, számos kiszolgáló helységgel, új betegszoba részleggel. A tanulók részére 12 fős apartmanokat alakítottak ki, 4x3 ágyas szobákkal, két különböző berendezésű fürdőszobával, mosóhelységgel, közös nappalival és közös konyhával. Az apartmanok elrendezése, berendezése és életének megszervezése a családi életet legjobban megközelítő koncepciót tükrözi, a tanulók önálló felnőtt életre felkészítését szolgálva. Ebben az épülettömbben kapott helyet az integrációban tanuló mozgáskorlátozott gyermekek, tanáraik és szüleik segítésére az intézmény Módszertani Központja is (8).

A rekonstrukció második szakaszában az Uzsoki Kórház régi épülete, az átépítendő Medgyes-ház további 3000 négyzetméterrel fogja bővíteni az intézmény területét. Ezekben az épületekben kap majd helyet a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, a mozgáskorlátozott fiatalok részére kialakított sakkközépiskola, valamint további apartmanok és kiszolgáló helységek.

Nem vagyok hivatva és nem célokom mindezek részleteiről most beszámolni. Az uszoda ünnepélyes átadása vezetett beszámolóim megírására és az ehhez kapcsolódó néhány szakmai kérdés leírására.

Az uszoda mint sportlétesítmény

A „Mozgásjavító Gyermek- és Ifjúsági Központ” 2009. december 12-én ünnepélyes keretek között nyitotta meg az intézmény új uszodáját.

A fedett medence 25 méter hosszú, 4 pályával, feszített víztükörrel, úszóversenyekre is technikailag felkészített, elektromos időmérővel és kijelzéssel ellátott létesítmény. A medence 90 cm-től 180 cm mély, és a 180 cm mélységű oldalon rajtkóval kialakított részről lehet rajtolni. A víz hőfoka 31 fok. Az uszoda megközelítése akadálymentes és a medencébe jutást két hidraulikus emelő segíti. Az uszodában két másik tanmedence is van, amely a terápiás foglalkozásokra és úszásoktatásra alkalmas kialakítású, karzatról lehet az eseményeket megfigyelni.

Az uszodában az úszómesteren kívül segítő szakszemélyzet is van. A foglalkozásokat megfelelően felkészült szakemberek, úszóedzők és mozgásnevelő terapeuták végzik.



Az uszoda bárom medencéje (a két kis medence terápiás célokat szolgál)

Nádas Pál igazgató úr tájékoztatása szerint az elkövetkező években a hazai parasport úszó utánpótlásának segítése érdekében az uszoda nyitott lesz úszóversenyek rendezésére, vagyis nemcsak a saját diákok, hanem más intézmények tanulói, versenyzői részére is. Ezt a célt hivatott elősegíteni, hogy az intézmény mozgásnevelőiből, szakembereiből pályázati úton 26 fő végezte el az úszóbíró képzést a Budapesti Úszószövetségnél, a jövőendő úszóbírók a megnyitó úszóverseny során tették le vizsgáikat.

Mozgásjavító Kupa

A uszoda megnyitása ünnepélyes keretek között zajlott. Az ünnepélyességet *integrált úszóverseny rendezésével* emelték. A mozgás és látássérült sportolók, valamint integráltan tanuló mozgáskorlátozott diáksportkörök képviselőiből alakult csapatok versenyével (49 versenyző) nyitották meg az új uszodát és próbálták ki az uszoda technikai adottságait.

Az úszóverseny a parasport-integrációt igyekezett megvalósítani azáltal, hogy a versenyzők különböző szakterületeket, különböző fogyatékosági csoportokat és különböző szervezeti formákat képviseltek. Tagjai részben sajátos gyógypedagógiai intézmények diáksport egyesületeiből tevődtek össze (Mozgásjavító Diák Sport Egyesület, Gyengénlátók Diák Sportegyesület, Vak Diákok Sportegyesület), részben integráltan nevelt tanulók csoportjaiból álltak, pl. Pécs, Békéscsaba, Vác küldöttei, valamint a Vizicsikók Sportegyesület képviselői.

A versenyt 25 méteren mell- és szabadúszásban rendezték. A futamokba való besorolást a nevezési lapon szereplő nevezési szintek alapján szervezték, a futamok beosztását, a pályabesorolást az időeredmények alapján számítógépes sorsolással végezték. Az új uszoda elektronikus időeredmény mérését és a rangsorolást kézi időméréssel ellenőrizték.

Az úszók kategorizálása, osztályba sorolása

Az eddigi hazai és nemzetközi gyakorlatban hosszú évekig a Intersportinvalid nemzetközi szervezet által kidolgozott, az ún. kompenzált időeredmények alapján történt az úszóeredmények rangsorolása (1.3.). Ennek a lényege, hogy mozgásszervi állapot felmérése alapján kapott ún. bónusz pontok módosították az úszó időeredményét és ennek alapján történt a versenyzők rangsorolása. A későbbi években az IPC (International Paralympic Committee =Nemzetközi Paralimpiai Bizottság) által kialakított 10 kategóriás funkcionális tesztek alapján versenyeztették a felnőtt úszókat a nemzetközi és hazai gyakorlatban egyaránt (2). A gyermekkorú mozgáskorlátozottak úszóversenyait a hazai gyakorlatban a kettő kombinációja szerint rendezték, két alapkategóriában – cerebralparesis és az egyéb eredetű mozgásszervi betegségek – és azon belül alkalmazták a szorzószámos rangsorolást, pl. a „Sportolj velünk!” országos bajnokságokon. (3. 4.)

A Mozgásjavító Kupa verseny kiírása az IPC meghatározott szabályai követésével, de a helyi adottságok és lehetőségek, valamint a diáksport előkészítése és az utánpótlás nevelés elősegítése érdekében módosult és új koncepciót alakított ki. A rendezők ezzel a rendszerrel kívánják elősegíteni az úszó diáksport fejlődését.

A versenyt nem sérültségi és nem nemek szerinti bontásban írták ki, nem életkorhoz kötötték, hanem a *saját időeredményekhez viszonyított időeredmény-javulást* választották a rangsorolás alapjának. A három eseményre tervezett versenyrendszer így versenyszámonként, a saját időeredmények alapján kialakított táblázatos pontértékek alapján fogja rangsorolni az egyéni teljesítményeket (a következő két verseny időpontja 2010 tavaszán lesz). Az eredmények nyilvántartása a versenyző akkreditációs kártyáján történik.

A rendezők véleménye szerint ezzel a rendszerrel céljuk az egyéni fejlődés értékelése, a sportszerűség növelése és a felkészülés előkészítése az IPC által meghatározott szabályok szerinti versenyzésre.

A megnyitó eseményei

Az ünnepélyes megnyitóra a parasport szakmai vezetőinek – akik mint elődök, segítették a hazai para-úszóspport eddigi eredményeit – és paralimpikonok részvételével került sor. Megnyitó beszédet mondott dr. Sós Csaba, a Magyar Paralimpiai Bizottság Úszó Szakosztály vezetője, a Semmelweis Egyetem Testnevelés és Sporttudományi Kar tanszékvezető tanára.

A meghívott vendégek között volt többek között Sors Tamás, a 2008. évi pekingi paralimpia aranyérmes versenyzője, Zámbo Diána paralimpiai aranyérmes úszó (Atlanta), Kézdi Réka és Adámi Zsanett jövődó paralimpiai reménységek, a Mozgásjavító Általános Iskola volt növendékei és számos régi paralimpikon.

Az uszoda nemzetiszínű szalagját dr. Sós Csaba, Benczúr Miklósné dr. mint szakmai képviselő, valamint Sors Tamás és Tory György paralimpikonok vágta át. A szalag-



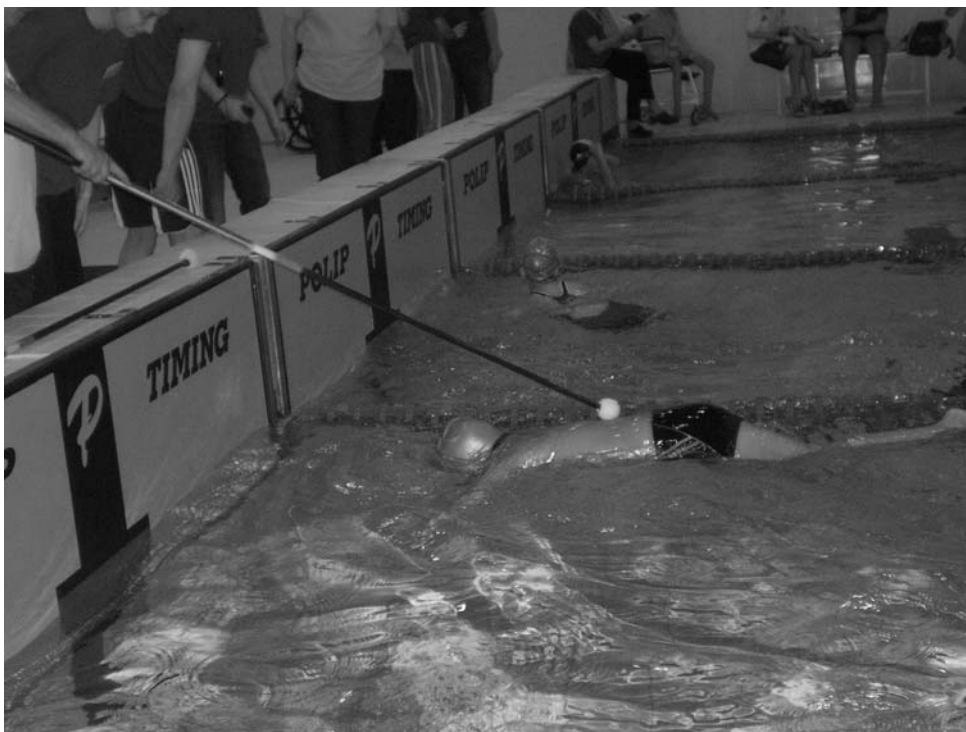
Felkészülés a rajthoz!

átvágás után következett az ún. nyitófutam a volt és reménybeli paralimpikonok – Sors Tamás, Becsey János, Kézdi Réka és Adámi Zsanett – részvételével.

Az uszoda új lehetőség a hazai para-úszósport fejlesztésére

A Mozgásjavító Kupa célja nemcsak az uszoda ünnepélyes felavatása volt, hanem alkalmasságának kipróbálása úszóversenyek rendezésére is.

Az új uszoda célja – Nádas igazgató tájékoztatása szerint – korszerű technikai adottságaival és kiegészítő tanmedencével korszerű feltételeket biztosítani a helybéli uszodai mozgásnevelésre, a helyi diákok vízhez szoktatására és szubakvális tornájára, a tanulók úszás-előkészítésére és úszástanítására, versenyzési lehetőségek biztosítására. Az uszoda teljesen akadálymentes, magas szintű technikai felszereltsége segíti a mozgáskorlátozott diákok-felnőttek uszodai nevelését a legsúlyosabban sérült személyek részére is. Ezt a célt szolgálja az uszoda terápiás célra kialakított két kismedencéje. Az uszoda 4 sávú versenyzésre is alkalmas 25 méteres medencéje a tervek szerint a tanulók úszás oktatását és versenyzést kívánja segíteni. Az uszoda nyitottságával nemcsak az intézeti diákok uszodai mozgásnevelését, úszásoktatását kívánja megoldani, hanem a lehetőséget akar adni mások részére is a versenyzésre. Ennek előkészítése érdekében az eseményhez kapcsolódott egy olyan versenyzési rendszer kidolgozása is, amelynek



Látássérült úszósportban alkalmazott fordulást, vagy a célba érkezést jelző koppintó

célja a folyamatos versenyzésre való lehetőség megteremtése fogyatékos gyermekek részére. Ezzel az úszás megszerettetésén túl a para-úszósport utánpótlás irányított fejlesztését is célul tűzték ki, lehetőséget teremtve a hazai úszósport fejlesztéséhez technikai és szakmai vonatkozásban egyaránt.

Összefoglalva az új uszoda mint sportlétesítmény egyben lehetőséget ad a fogyatékos gyermekek úszósportjának fejlődésére, elősegíti a para-úszósport utánpótlás nevelését.

Az utánpótlás-nevelést az intézmény új utak keresésével, új lehetőségek biztosításával kívánja támogatni azáltal, hogy megfelelő technikai környezetben lehetőséget ad mások számára is az igénybevételre; rendszeres versenyzési lehetőséggel, felkészült szakemberekkel segítve, hogy minél több fogyatékos gyermek, iskolai tanuló tapasztalja meg az úszás örömét, sikerét. Erre szolgált az új rendszer alapján elindított Mozgásjavító Kupa is.

„Önmagunkat legyőzni az egyetlen és tökéletes győzelem” – mondta Engelhardt Katalin úszó-paralimpikon, a Mozgásjavító Általános Iskola valamikori növendéke. (6)

Az intézmény igazgatójának, Nádas Pálnak és minden munkatársának szívből gratulálok és kívánom, hogy az Engelhardt Katalin által megfogalmazottak alapján vigyék győzelemre elképzelésüket, és valósuljon meg a következő 100 évre a mozgáskorlátozott gyermekek gyógypedagógiai megsegítésének „második esély” iskolája.

Benczúr Miklósné

Irodalom

- BENCZÚR MIKLÓSNÉ (1984): Úszó-Interkupa szabályai. In: Benczúr Miklósné (szerk.): *Mozgáskorlátozottak sportja*. Kézikönyv. Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, Testnevelési és Sportbizottsága, Budapest.
- BENCZÚR MIKLÓSNÉ (1992): Kombinált osztályok funkcionális jellemzői és a régi osztályok szerinti besorolás. In: *Mozgáskorlátozott sportolók osztálybesorolása*. Magyar Mozgáskorlátozottak Sportszövetsége. Kézikönyv. Budapest.
- BENCZÚR MIKLÓSNÉ (2002): Az iskoláskorú mozgáskorlátozott gyermekek sportjának kialakulásáról. *Fejlesztő Pedagógia*, 13. évfolyam, 4–5. szám. 16–18.
- BENCZÚR MIKLÓSNÉ (2005/a): A mozgáskorlátozott gyermekek sportjának kialakulása. In: Nádas Pál (szerk.): *Paralimpiai történetek*. MPB. 67–75.
- BENCZÚR MIKLÓSNÉ (2005/b): Esélyegyenlőség a mozgáskorlátozott személyek sportjában. In: Nádas Pál (szerk.): *Paralimpiai történetek*. MPB. 75–80.
- ENGELHARDT KATALIN (2002): Önmagunkat legyőzni az egyetlen és tökéletes győzelem. *Fejlesztő Pedagógia*, 13. évfolyam, 4–5. szám.
- ROTHFELD DÁVID (1902): A haladás útja. Előadás. In: Tóth György (szerk.) (1978): *Szemelvénygyűjtemény a "Gyógypedagógia történet"-hez III*. Tankönyvkiadó, Budapest. 13.).
- www.mozgasjavito.hu: Sajtótájékoztató. Házavató, Mozgásjavító Gyermekek és Ifjúsági Központ.

IN MEMORIAM

Subosits István (1929–2009)*



Subosits István, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola nyugalmazott tanszékvezető főiskolai tanára, 2009. október 20-án, életének 80. évében elhunyt. Családtagjai, barátai, kollégái és tanítványai kísérték utolsó útjára a budapesti Fiumei úti temetőben 2009. november 4-én 9 órakor.

Subosits István 1929. december 24-én, a község tanítójának gyermekeként született a Veszprém megyei Alsóiszkázon. Tanítói képesítést Pápán, 1951-ben szerzett. Ezt követően a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán tanult, diplomáját 1954-ben kapta meg. 1955 és 1959 között a nagykanizsai gyógypedagógiai iskolában tanított, emellett számtalan pedagógiai-pszichológiai ismeretterjesztő cikket írt a Zala Megyei Hírlapba. 1959-ben pedagógia és magyar szakon szerzett okleveles középiskolai tanári képesítést az ELTE Bölcsészettudományi Karán. 1959-től 1961-ig a Művelődési Minisztériumban országos szakfelügyelői munkát végzett.

1961-ben kezdte oktatói munkáját a Gyógypedagógiai Tanárképző főiskolán. 1972 és 1987 között a Fonetikai és Logopédiai Tanszék tanszékvezetője volt. 1993 decemberében vonult nyugdíjba. 1996 és 2001 között az ELTE BTK Fonetikai Tanszékének óradó tanára. 2003-ban a Szegedi Tudományegyetem előadó tanára. 1956-ban kötött házasságot, amelyből egy leánygyermek született.

Szakmai-tudományos tevékenységét Kempelen Farkas Emlékéremmel, MTA Jubileumi Emlékéremmel, kiadói nívódíjakkal ismerték el. Két cikluson át az MTA Alkalmazott Nyelvészeti Bizottságának tagja és az MTA Fonetikai Munkabizottságának titkára volt.

Pedagógiai hitvallását így foglalta össze: „... vallom, hogy a legfontosabb: megízleltetni a tanítvánnyal a felfedezés örömét, kialakítani bennük a tények iránti alázatot, a kellő szerénységet, s elültetni bennük az egészséges kétely magvát. Kutatni csak akkor szabad, ha az embert szellemi izgalom, a tudatban való rendteremtés szenvedélye hatja át.” (*Magyar nyelvész pályaképek és önvallomások*. 57. Subosits István. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Fonetikai Tanszék, 1999, 7.)

Subosits tanár úr nemzedékek megbecsült tudós tanára volt. Előadásai szakszerűek, logikusak, egyben érzelmekben gazdagok voltak. Mindig érezni lehetett, hogy amit mond, meggyőződéséből fakad. A teatralitást kerülte. De nemcsak oktató, hanem a diákokat megbecsülő, hozzájuk őszinte érdeklődéssel forduló ember is volt. Aki a

* Előző számunkban technikai okok miatt a megemlékezés eleje kimaradt. Elnézésüket kérjük!

Bethlen téri folyosón beszélgetett velem, meglepetéssel tapasztalhatta, hogy nem csupán szakterületének kiváló ismerője, hanem legalább annyira jártas a szépirodalomban, a történelemben és a mindennapok történéseiben is.

Többek között ezeket a tárgyakat hallgathatták tőle tanítványai: Fonetika, Magyar nyelv, Beszédpedagógia, Beszédakusztika, A nyelvi közlés alapjai, Gyermek- és ifjúsági irodalom, Logopédia, A történelemtanítás módszertana.

Subosits István a magyar gyógypedagógia XX. századi műveléséből is jelentősen kivette részét. Egyike volt azoknak, akik a gyógypedagógiát nem elszigetelt területek egymástól független halmazának fogták fel. Ha áttanulmányozzuk szakirodalmi munkásságát, csupa ma is érvényes téma kifejtését olvashatjuk, kezdve a kisegítő iskolai tanulók metaforaértelmezésétől a siketek szájról olvasásán, Kossuth Lajos szociálpolitikai nézetein át a fonetika és logopédia számos alapvető kérdéséig. Publikációinak száma (könyvek, tanulmányok, recenziók) meghaladja a kétszázat.**

Kedves tanítványa és munkatársa, Ajtony Péter így méltatta egy őt bemutató munkában: „Aligha akad olyan ember a mai gyógypedagógus nemzedékben, aki ne ismerné 'a Subót'. Igen, így leírva, névelővel és becézve: 'a Subó'. A becéző nevek sok mindent elárulnak a névadók és névviselő viszonyáról. Ez a becenév mindenekelőtt a tisztelet és a megbecsülés összekapcsolódását mutatja. Mert bizton leírható: Subosits Istvánt, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola nyugalmazott tanárát mindenki tiszteli és nagyra becsüli a szakmában és a szakmán kívül is, s ezt tudásával, szakértelmével és magatartásával vívta ki az elmúlt évtizedek során.”

Ajtony Péterhez bátran csatlakozhatunk mi is. Subosits Istvánt, 'a Subót', Pistát megőrizzük magunkban, gondolatait, szellemiségét átadjuk tanítványainknak.

Lórik József

** Subosits István teljes publikációs listája előző számunkban olvasható.

KITÜNTETÉSEK, ELISMERÉSEK

 [Vissza a tartalomhoz](#)

Hiller István oktatási és kulturális miniszter, Dr. Szüdi János közoktatási szakállamtitkár és Dr. Manherz Károly felsőoktatási és tudományos szakállamtitkár az alap-, közép-, felsőfokú oktatási és szakoktatási területen végzett magas színvonalú munkáért, valamint a pedagógiai gyakorlatot segítő kiemelkedő tudományos tevékenységéért

APÁCZAI CSERE JÁNOS-DÍJAT adományoz

Nagyné Dr. Réz Ilonának, az ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai Szolgáltató Intézmény igazgatójának.

Hiller István oktatási és kulturális miniszter, Dr. Szüdi János közoktatási szakállamtitkár és Dr. Manherz Károly felsőoktatási és tudományos szakállamtitkár a magyar neveléstudomány eredményeinek felhasználása területén kiemelkedő tevékenységet folytató pedagógusok és neveléstudomány kutatók munkájának elismeréseként

KISS ÁRPÁD-DÍJAT adományoz

Dr. Janza Károlynénak, a Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet pedagógiai szakértőjének.

Hiller István oktatási és kulturális miniszter és Dr. Szüdi János közoktatási szakállamtitkár kiemelkedő gyógypedagógiai munkáért

ÉLTES MÁTYÁS-DÍJAT adományoz

Buda Barnának, a nyíregyházi Göllesz Viktor Speciális Szakiskola és Általános Iskola igazgatójának; *Dékány Juditnak*, az ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai Intézmény gyógypedagógusának, logopédusnak, igazságügyi szakértőnek; *Dérczyné Somogyi Veronikának*, a Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Diákotthona és Gyermekeotthona igazgatójának; *Gátas Jánosnének*, a soproni Tóth Antal Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény gyógypedagógusának; *Serfőzőné Deák Katalinnak*, a salgótarjáni Illyés Gyuláné Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Egységes Pedagógiai Szolgálat intézményegység-vezetőjének.

Minden kitüntetettnek jó egészséget és további munkájához sok örömet kíván a **Gyógypedagógiai Szemle** szerkesztősége.

KÖSZÖNTÉS

2009. november 13-án Pozsonyban, a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete (MAGYE) testvéregyesületének, a Spoloènost pre Speciálnu a Lieèebnú Vychovu (SSLV) na Slovanska fennállásának 40. évfordulóján több szlovák és öt külföldi (egy cseh, egy bajor és három magyar) gyógypedagógus-kolléga kapott kitüntetést.

A magyar kitüntetettek: **Gordosné dr. Szabó Anna, Kamper Antal és Murányi Sándor.**

A Jubileumi Közgyűlésre meghívott kitüntetettek közül személyesen is jelenlevő Murányi Sándor (az Illyés Gyuláné Óvoda, Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Egységes Pedagógiai Szakszolgálat igazgatója) vette át a kitüntetéseket (plakett és oklevél).

Idézet az oklevelek „köszönetnyilvánítás és elismerés” című, magyarra fordított szövegéből.

„... évek múltak, Ön visszatekint munkája eredményeire, tevékenységére. Nem akármilyen tevékenység volt ez. Olyan, amelynek során személyesen járult hozzá, hogy a szlovák speciális és gyógypedagógia szakterületén, a főiskolai képzésben, de a gyakorlati munka területén is előrelépés következhetett be. Részt vállalt tevékenységével a fogyatékos személyekkel való komplex törődésből, hogy nevelésük, oktatásuk, a munka területén való érvényesülésük éppúgy megoldódjék, mint személyes életük minőségének javulása.

Köszönetünket fejezzük ki az Ön szakértő tevékenységéért, de ezen túlmenően a Szlovák Köztársaság Speciális- és Gyógypedagógiai Egyesületében való aktív fellépése miatt is.

Tisztelettel fejezzük ki elismerésünket Önnek Szlovákia Speciális- és gyógypedagógiájának szakterületén kifejtett aktív munkásságáért.”

Magister Ján Hucik PhD

Elnök

A Szlovák Köztársaság Speciális- és Gyógypedagógiai Egyesülete

A MAGYE Elnöksége szívből gratulál a kitüntetetteknek!

Gereben Ferencné Dr.

A MAGYE főtitkára

Kedves Kollégák!

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete – ebben az évben a Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társasággal közösen – 2010. június 24-26. között DEBRECENBEN rendezi a XXXVIII. Országos Szakmai Konferenciáját, amelynek keretémája

„Hagyomány és megújulás a gyógypedagógiában, a fogyatékos személyek megsegítésében”
Bárczi Gusztáv születésének 120 éves évfordulója emlékére

Ez évi konferenciánkat a hazai gyógypedagógia jeles személyiségének nevét viselő debreceni Bárczi Gusztáv Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény (4024 Debrecen, Budai Ézsaiás u. 2.) szervezi Szabó Imre igazgató úr és munkatársai közreműködésével. Előre is köszönjük munkájukat.

Kérjük, gondosan olvassák el az előzetes tájékoztatót, megkönnyítve ezzel a szervezők munkáját és az időbeni jelentkezést! A megnehezült gazdasági helyzetben ugyanis elsősorban a szálláskiadással foglalkozó szolgáltatók más elvárásokat támasztanak, mint ahogy ezt korábbi rendezvényeink esetében megszoktuk.

* * *

Konferencia-ügyintézés: Almásiné Kaplonyi Ágnes
e-mail: barczy@barczy-debr.sulinet.hu • subject: magye • Tel/fax: 52-531-690, Tel: 52-349-064

Konferenciainformációt közlő honlapok: www.gyogypedszemle.hu
www.magye-1972.hu (honlapmegújítás folyamatban)
e-mail: magye.1972.17@gmail.com

* * *

ÚJ! ÚJ! ÚJ tudnivalók szállásfoglalásról:

Az egyetemi és főiskolai kollégiumok csak akkor tudják garantálni a szálláshelyeket, ha ezt előre, hivatalosan – az igényelt szobák számának feltüntetésével – 2010. MÁJUS 15-ig megrendeli a MAGYE. Ilyen körülmények között a szállásfoglalást csak azoknál tudják vállalni a szervezők, akik középiskolai kollégiumi körülményeket is elfogadnak. Ezeket az igényeket a résztvevőknek a **KOLLÉGIUMI SZÁLLÁS-REGISZTRÁCIÓ** postai vagy /letöltést követő/ elektronikus úton történő megküldésével, tehát a megadott határidőig jelezni kell! A regisztrációhoz szükséges adatlapot lapszámunk **MELLÉKLET**-ében ill. a honlapokon találják meg, de ügyeljenek arra, hogy a kollégiumi regisztráció visszaküldése nem nélkülözi a véglegesítés alatt álló Jelentkezési lap továbbítását 2010. május 15-ig!

A szállodák nagy többsége csak személyre szóló vagy hivatalos szerv megrendelésére garantálják a szobafoglalást olyan módon, hogy szobafoglalási előleg befizetését – ez általában 30%-a a szállásdíjnak – kéri a megrendelőtől. Akik tehát „minőségibb” ellátást szeretnének, maguk intézik szálláshelyük lefoglalását. Ehhez a GYOSZE vagy a MAGYE honlapján megjelenítjük a kínálati listát, ezenkívül az internet nyújt segítséget az egyéni szállásfoglaláshoz. **A JELENTKEZÉSI LAP** visszaküldésének határideje 2010. május 15.

* * *

A konferencia csütörtöki plenáris előadásairól, valamint a szombati nap szakmai tartalmáról a honlapok a tavasz folyamán tájékoztatást fognak nyújtani. Igen érdekes, tartalmas program ígérkezik, amely a gyakorlat, a tudomány, a szakemberképzés és az ellátás kérdéseit érintve hívja tagjainkat a közös gondolkodásra.

A péntek délelőtti szakosztályi ülések programját a szakosztályvezetők szervezik, előadási igényt náluk kell jelezni. A plenáris rendezvénynek a Kölcsény Művelődési Központ, a szakosztályi üléseknek a Kölcsény Ferenc Református Tanítóképző Főiskola ad helyet. A plenáris rendezvény a harmadik napon a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat dísztermében lesz.

Kérjük előadóinkat, hogy előadásuk megírt változatát hozzák magukkal, hogy újraélesszük a konferencia-kiadványok régmúlt hagyományát. Ez a szándék a tavalyi évben sajnos nem realizálódott.

A MAGYE Vezetősége – az Egyesület gazdasági helyzetét, a GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE előállítási költségeit, valamint az egyéb működési költségeket áttekintve 2010. február 5-i ülésén úgy határozott, hogy 2010-ben

- aktív dolgozók számára **2800 Ft/ év**
- nyugdíjasok számára **1800 Ft/év** éves tagdíjat állapít meg.

Kérjük tagjainkat, hogy a 2010.évi tagdíjat a **11707024-20094959** számú **OTP** számlára szíveskedjenek átutalni. Egyéni megkeresésre csekket küldünk. (MAGYE 1071 Budapest, Damjanich u. 41-43.)

Az éves tagdíj részeként tagjaink számára megküldött GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE zavartalan postai továbbítása céljából kérjük, hogy a LAKCÍMVÁLTOZÁST az Egyesület e-mail címére (magye.1972.17@gmail.com) vagy postai címére (1071 Budapest, Damjanich u. 41-43.) jeleznék szíveskedjenek. Ennek hiányában a lap kézbesítését biztosítani nem tudjuk.

Alapszabályunk értelmében 2010. május 7-én küldöttgyűlést tartunk. Ennek keretében történik az Egyesület jogszerű működését biztosító megújított alapszabály elfogadása, majd 2010 őszén ennek alapján a Vezetőségválasztás lebonyolítása.

A MAGYE számára folyósított 1% adatai: Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, adóigazgatási szám: 19024251-1-42

Viszontlátásra júniusban, Debrecenben, a XXXVIII. Országos Szakmai Konferencián!

*Gereben Ferencné dr.
A MAGYE főtitkára*

KOLLÉGIUMI SZÁLLÁS-REGISZTRÁCIÓ

Név (nyomtatott betűvel):

Telefon: e-mail:

Lakcím

irányítószám: megye:

település: utca: házszám:

Bejelentem részvételi szándékomat a MAGYE XXXVII. Országos Szakmai Konferenciájára.

Szállást kérek

Kollégiumban:	23-án éjszaka (szerda)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
	24-én éjszaka (csütörtök)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
	25-én éjszaka (péntek)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

.....
aláírás

A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2009-ben

Vissza a tartalomhoz 

Eredeti közlemények

<i>Barthel Betty – Bognár Alíz – Rácz Katalin – Fodorné Dr. Földi Rita:</i>	Alapozó Terápia kontra értelmi akadályozottság?	1.	26. o.
<i>Bóna Judit:</i>	Nyújtások a dadogó és az ép spontán beszédben	1.	20. o.
<i>Czeizel Barbara:</i>	A kora gyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője	2-3.	153. o.
<i>Csákvári Judit:</i>	A közös figyelmi helyzet (<i>joint attention</i>) jelenségének különböző megközelítései, jellegzetességei látássérülés és autizmus spektrum zavar esetén	1.	2. o.
<i>Dékány Judit:</i>	Tanulási sikeresség és matematikai kompetencia	5.	356. o.
<i>Ferenczi Szilvia Györgyi:</i>	Elmélet-e a „Tudatelmélet”?	2-3.	112. o.
<i>Ferenczi Szilvia Györgyi – Kalmár Magda:</i>	A temperamentum és a fejlődés kapcsolata koraszülött és időre született kisgyermekeknél	4.	202. o.
<i>Fischer Gabriella:</i>	Az integrációval kapcsolatos attitűdök kutatása	4.	254. o.
<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Tanulási sikeresség – (anya)nyelvi kompetencia	2-3.	89. o.
<i>Gósy Mária:</i>	Gyermekek anyanyelvi kompetenciájáról	2-3.	81. o.
<i>Győri Miklós:</i>	A tudatelméleti képesség változatossága autizmusban és implikációi az atipikus megismerésre és tanulásra nézve	2-3.	96. o.
<i>Dr. Kiss Szidónia – Dr. Orbán Réka:</i>	Viselkedészavaros és tanulási zavaros gyermekek inkluzív oktatása	1.	33. o.
<i>Lukács Ágnes:</i>	Megismerő képességek Williams-szindrómában	4.	218. o.
<i>Majoros Alíz Edit:</i>	Semmirekellők, naplopók... avagy az iskolai integráció egy dél-magyarországi kistérségben	4.	239. o.
<i>Mede Perla:</i>	Az alternatív pedagógiák mint esély és kihívás az értelmileg akadályozottak gyógypedagógiájában	2-3.	129. o.
<i>Mohai Katalin:</i>	Procedurális tanulási nehézségek fejlődési diszlexiában	1.	11. o.
<i>Mohai Katalin:</i>	A diagnosztika szerepe a sikeres fejlesztésben	5.	331. o.
<i>Pajor Emese:</i>	Braille olvasászavar	5.	343. o.

<i>Pásztor Éva:</i>	A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének hazai működése című zárójelentés alapján felvetett gondolatok	2-3. 141. o.
<i>Rozsos Kata – Krémer Balázs:</i>	Fogyatékos gyereket nevelni: szerep és csapda	4. 230. o.
<i>Szabó Csilla:</i>	Implicit/explicit folyamatok figyelemzavaros és hiperaktív (ADHD-s) és olvasási zavarral küzdő gyermekeknél	5. 321. o.

A gyakorlat műhelyéből

<i>Gyüre Zsuzsa:</i>	Eséllyel a nyelvoktatásban – avagy diszlexiás tanulók idegen nyelvtanításának lehetőségei a logopédia támogatásával	5. 362. o.
<i>Kissné Kőrösi Anna – Jubász Katalin:</i>	Szakmai előkészítő és alapozó tantárgyak oktatása a sályi Mozsásjavító Általános Iskola, Előkészítő Szakiskola és Diákotthonban	2-3. 161. o.
<i>Molnár Katalin:</i>	Számítógép az iskolapadban	1. 38. o.
<i>Radicsné Szerencsés Terézia:</i>	Romano Zsanipe (Cigány tudás) A kiskőrösi tanítást kísérő roma projekt bemutatása	4. 269. o.

Könyvismertetés, újdonságok

<i>Bicsákné Némethy Terézia:</i>	Apró lépések	2-3. 172. o.
<i>Csányi Yvonne:</i>	Gawrilow, Catherina: Figyelemzavar, hiperaktivitás (ADHS)	5. 375. o.
<i>Danczi Csaba László:</i>	Marton Klára (szerk.): Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája	5. 374. o.
<i>Dr. Farkas Miklós:</i>	Bánfalvy Csaba: Az integrációs cunami. Tanulmányok a fogyatékos emberek iskolai és társadalmi integrációjáról	1. 51. o.
<i>Farkasné Gönczi Rita:</i>	Brian Butterworth and Dorian Yeo: Dyscalculie Guidance	5. 376. o.
<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Szakadékból a fényre	2-3. 170. o.
<i>Gordosné Szabó Anna – Lányiné Engelmayr Ágnes – Mesterházi Zsuzsa:</i>	Grundriss der gesamten Heilpädagogik auf psychologischer Grundlage	2-3. 173. o.
<i>Dr. Hatos Gyula:</i>	Fejlesztő iskola – speciális didaktika	4. 278. o.
<i>Kas Bence:</i>	Lukács Ágnes – Király Ildikó – Racsmány Mihály – Pléh Csaba: A téri megismerés és a nyelv	1. 54. o.
<i>Dr Papp Gabriella:</i>	Inklúziós index. Útmutató az inkluzív iskolák fejlesztéséhez	4. 281. o.

A gyógypedagógia története

Gordosné Szabó Anna: Láttelet egy átalakuló szakterületről **2-3.** 174. o.

Figyelő

<i>Benczúr Miklósné:</i>	A Magyar Tudomány Ünnepe 2008	2.	60. o.
<i>Földes Tamásné:</i>	Gondolatok a XV. Soproni Logopédiai és Pedagógiai Napok Konferenciáról	2-3.	181. o.
<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Új fejezet a hazai gyógypedagógusképzésben	4.	296. o.
<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Göllesz Viktor megemlékezés	5.	381. o.
<i>Horti Andrea – Rosta Katalin:</i>	Esély, Lehetőség, Tehetség, ELTE	2-3.	190. o.
<i>Kemény Gabriella:</i>	Minőség a korai fejlesztésben	2-3.	185. o.
<i>Kövér Imre:</i>	Együtt-Egymásért rendezvények Sajósenyén	4.	294. o.
<i>Marton Ildikó:</i>	A logopédia új otthona	5.	380. o.
<i>Mede Perla:</i>	Beszámoló	2-3.	187. o.
<i>Nagyné dr. Réz Ilona:</i>	Vándorkiállítás	5.	377. o.
<i>Nagyné Vánkay Katalin:</i>	Speciális szakiskolások Szakma Kiváló Tanulója versenye Szegeden	2-3.	188. o.
<i>Pénzes Éva:</i>	A finn csoda magyar szemmel – Tanulmányút a finnországi Ouluban	4.	284. o.
<i>Raskoványiné Babochay Edit:</i>	Magyar sikerek a Speciális Olimpián	1.	64. o.
<i>Virányi Anita:</i>	A hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlősége a flamand oktatásban	4.	287. o.

In memoriam

<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Dr. Méhes József (1920-2009)	5.	387. o.
<i>Lőrík József:</i>	Subosits István (1929-2009)	5.	388. o.
<i>Mezeiné dr. Isépy Mária:</i>	Révay György (1926-2009)	5.	385. o.
<i>Mibalovics Jenő:</i>	Okos László	1.	67. o.
<i>Szakály Ernő:</i>	Harsányi Csaba	2-3.	191. o.

Hírek, információk

<i>Benczúr Miklósné.:</i>	Mozgásfogyatékos-ság-ügyi Szakosztály 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 305. o.
<i>Bujdosóné Arató Adrienne:</i>	Hallásfogyatékos-ság-ügyi Szakosztály beszámolója 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 297. o.
<i>dr. Eigner Bernadett:</i>	Pszichopedagógiai Szakosztály 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 302. o.
<i>Febérné Kovács Zsuzsa:</i>	Beszámoló a Logopédiai Szakosztály üléséről 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	5. 400. o.
<i>Földes Tamás:</i>	Felnőttfogyatékos Szakosztály beszámoló 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	5. 397. o.
<i>Gereben Ferencné dr.:</i>	Etikai kérdések a gyógypedagógiában – A „Gyógypedagógiai Etikai Kódex” tervezete	2-3. 193. o.
<i>Dr. Hatos Gyula:</i>	Értelmileg akadályozottak pedagógiája 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 309. o.
<i>Melegné Steiner Ildikó:</i>	Iskolaegészségügyi és Korai Fejlesztés Szakosztály 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 299. o.
<i>Őszi Tamásné:</i>	Autizmus Szakosztály 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	4. 301. o.
<i>Sum Ferenc:</i>	A Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Szakosztály 2009. június 25-27. Mosonmagyaróvár	5. 403. o.

Köszöntés

<i>Szerkesztőség:</i>	Brunszvik Teréz-Díj, Kiss Árpád-Díj, Éltes Mátyás-Díj	1. 69. o.
<i>Szerkesztőség:</i>	Junior Prima Díj, Bárczi Díszoklevél, Bárczi Emlékérem, Egyesületi Munkáért, Justitia Regnorum Fundamentum Díj	4. 317. o.

Tisztelt Olvasók!

<i>Gyógypedagógiai Szemle szerkesztősége:</i> Kedves Olvasók!	5. 406. o.
---	-------------------

Table of Contents

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Csányi, Yvonne – Zsoldos, Márta</i> : The educational typology of dysphatic hearing impaired students	1
<i>Radványi, Katalin – Mede, Perla – Regényi, Enikő Mária</i> : Institutions of school-age children with intellectual disability – results of a survey	14
<i>Bóna, Judit</i> : Is a clutterer always cluttering? – Results of acoustic-phonetic analyses	24
<i>Kereki, Judit</i> : Anomalies and Good Practice of the Early Childhood Intervention System in Hungary	32
<i>Ribiczey, Nóra</i> : Environmental effects on intellectual development – different approaches to measure relevant aspects of the environment	46

BOOKS AND NOVELTY

Mrs. Lányi Engelmayer, Ágnes: Intellectual disability and mental development (<i>Zászkaliczky, Péter</i>)	61
Torey Hayden: Ghost Girl (<i>Tóth, Noémi</i>)	68
Mrs. Buday dr. Balkay, Sarolta – dr. Bődör, Jenő: Individual correction (<i>Hatos, Gyula</i>)	69
Hatos, Gyula: Education and life of people with intellectual disability (<i>Vágó, Éva Anna</i>)	71

OBSERVER

Movement-improve Cup (<i>Mrs. Benczúr, Miklós</i>)	73
--	----

IN MEMORIAM

Subosits, István (<i>Lőrík, József</i>)	80
---	----

HONOURS AND REWARDS	82
---------------------	----

NEWS FROM THE LIFE OF MAGYE	84
-----------------------------	----

Editorial and contributors in 2009	87
------------------------------------	----