

ESZTERHÁZY KÁROLY EGYETEM

NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

A Doktori Iskola vezetője: Dr. Pukánszky Béla, DSc, egyetemi tanár

A Doktori Iskola programigazgatója: Dr. Bárdos Jenő, DSc, professor emeritus

NAGYNÉ KLUJBER MÁRTA

**A MOZGÁSTERÁPIÁS ELJÁRÁSOK IRÁNTI IGÉNYEK ÉS AZOK
IGÉNYBEVÉTELÉNEK LEHETŐSÉGEI A PEDAGÓGIAI
SZAKSZOLGÁLATI INTÉZMÉNYEKBEN**

DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS

Témavezető:

Dr. Estefánné dr. Varga Magdolna, PhD, professor emerita

Eger, 2019

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A doktori értekezésem formálódásához sokan hozzájárultak, amiért szeretném számukra kifejezni köszönetemet.

Elsőként témavezetőmnek, Dr. Estefánné dr. Varga Magdolnának köszönöm, hogy szakmai tanácsokkal, javaslatokkal támogatta a kutatási téma letisztulásának folyamatát és a kutatás szervezésénél felmerülő problémák megoldását.

Köszönöm az Eszterházy Károly Egyetem Pedagógiai Karán, különösen a Neveléstudományi Intézetben oktató kollégáknak bátorító visszajelzéseiket, továbbá köszönöm a Fizikai és Élelmiszerfizikai Tanszék oktatójának, Dr. Vanyó Józsefnek a matematikai statisztikai számítások ellenőrzésében nyújtott segítségét.

Hálával tartozom az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán Reményi Tamásnak, aki gyógypedagógiai tanulmányaim során az általa tartott szemináriumokon felkeltette az érdeklődésemet a szenzoros integrációs terápia iránt, valamint biztatott, hogy Erasmus-ösztöndíjjal ezen a területen végezzem szakmai gyakorlatomat. Nem csak életre szóló tapasztalatokat nyújtott számomra ez a döntés, hanem további, külföldi tanulmányutak alapja lett, illetve tudományos érdeklődésem központi területévé is vált. Szeretném továbbá Rega Schaefgen támogatását is megköszönni, aki a németországi Zentrum für Interdisziplinäre Sensorische Integration intézmény vezetőjeként mentorálta gyakorlatomat és tudományos munkámban is végig a háttérben nyújtott szakmai tanácsokat. Továbbá Korcsák-Gorzó Erzsébet számára szeretnék köszönetet mondani, aki a hamburgi Zentrum für Kindesentwicklung intézmény orvos munkatársaként a terápiás ellátási rendszerekben segített tájékozódni.

Köszönöm a Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat vezetőjének, Balázsné Csuha Mária főigazgató asszonynak a szakmai beszélgetéseket, aki az intézményrendszer működésének megismerésében magasszintű szakmai rálátásával segített eligazodni, illetve a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálatban Mosányi Emőke főigazgató asszonynak, aki lehetővé tette, hogy találkozzam a pedagógiai szakszolgálatok vezetőivel a kutatás lefolytatásához. Köszönöm a pedagógiai szakszolgálatok munkatársainak a kutatásban való részvételüket.

Végül szeretném megköszönni a családomnak, hogy háttérrel biztosítottak számomra, különösen férjemnek, amiért a dolgozat elkészítésének még a legnehezebb időszakában is mellettem állt.

TARTALOMJEGYZÉK

I. BEVEZETÉS	4
II. A MOZGÁS SZEREPE A TANULÁSI KÉPESSÉGEK FEJLŐDÉSÉBEN	10
II.1. A MOZGÁS SZEREPE A FEJLŐDÉSBN	10
II.2. A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A MEGISMERÉS	13
II.3. A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A TANULÁSI ZAVAROK.....	16
II.4. A MOZGÁSOS KÉSZSÉGEK ÉS AZ ISKOLAI TANULÁS EREDMÉNYESSÉGE.....	19
III. MOZGÁSRA ÉPÜLŐ PREVENTÍV ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK	22
III.1. A GYÓGYPEDAGÓGIAI TERÁPIÁS TEVÉKENYSÉG	22
III.2. A HAZAI TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK IRÁNYAI.....	25
III.3. A MOZGÁSTERÁPIÁK FOGALMI MEGKÖZELÍTÉSEI	30
IV. A MOZGÁSTERÁPIÁK ALKALMAZÁSA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN	34
IV.1. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERE	34
IV.2. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉNEK MEGÚJÍTÁSA	39
IV.3. PROBLÉMÁK A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉBEN.....	42
IV.4. MOZGÁSTERÁPIÁK ALKALMAZÁSA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ SORÁN	48
V. A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLAT SZEREPE A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN... 55	55
V.1. A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATI INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSE	55
V.2. A MOZGÁSFEJLESZTÉS, TERÁPIÁK A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATBAN.....	59
VI. A KUTATÁS BEMUTATÁSA.....	66
VI.1. A KUTATÁSI PROBLÉMA ÉS A KUTATÁSI CÉLJA	66
VI.2. A KUTATÁS FELÉPÍTÉSE, KÉRDÉSEK ÉS A HIPOTÉZISEK	68
VI.3. A KUTATÁS MÓDSZEREI, ESZKÖZEI, AZ ADATOK ELEMZÉSÉNEK MÓDJA.....	73
VI.4. A MINTA KIVÁLASZTÁSA, ÖSSZETÉTELE	81
VI.5. A KUTATÁS KORLÁTAI.....	83
VII. AZ EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE.....	84
VII.1. A MOZGÁSOS KÉSZSÉGEK FEJLETTSÉGE AZ ISKOLAÉRETTSÉGI VIZSGÁLATON RÉSZT VEVŐK KÖRÉBEN	84
VII.2. A MOZGÁSFEJLESZTÉS, A MOZGÁSTERÁPIÁS ELJÁRÁSOK ELÉRÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATI INTÉZMÉNYEKBEN	117
VII.3. A MOZGÁSTERÁPIÁS ELLÁTÁS MINŐSÉGÉVEL KAPCSOLATOS VÉLEKEDÉSEK.....	157
VII.4. A MOZGÁSTERÁPIÁS ELJÁRÁSOKKAL KAPCSOLATOS INTÉZMÉNYI STRATÉGIÁK.....	168
VIII. ÖSSZEGZÉS	170
VIII.1. A KUTATÁS LEGFONTOSABB EREDMÉNYEI	172
VIII.2. A KUTATÁS TOVÁBBI LEHETSÉGES IRÁNYAI, JAVASLATOK	179
IX. FELHASZNÁLT IRODALOM.....	182
ÁBRAJEGYZÉK	193
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	197
MELLÉKLETEK	199

I. BEVEZETÉS

A tanulási zavarok megelőzésében és a zavarok kompenzálása során, annak terápiájában fontos szerepet kapnak az érzékelési és a perceptuomotoros területet célzó eljárások a (gyógy)pedagógiai gyakorlatban. Amellett, hogy az idegrendszer fejlődésében játszanak fontos szerepet a gyermekek által szerzett tapasztalatok (BRONFENBRENNER, 1979, 1986; EGYED, 2011; GREENOUGH és mtsai, 1987; GALLAI és VETIER, 2011), PIAGET modelljében a mozgáson és az érzékszerveken keresztül szerzett tapasztalatok szerepét a kognitív fejlődés szempontjából is hangsúlyozza (1978). Mivel a motoros készségek fejlődési szintje lényeges a percepció fejlődésében, amely a ráépülő funkciók miatt meghatározó, mint az iskolai beválás egyik alapfeltételét, Porkolábné Balogh Katalin is „a motoros és a percepció készségek” elsődleges fejlesztését szorgalmazza (P. BALOGH, 1988, 2009; GYENEI, 2004). Az életmódbeli változásokkal és a mozgásszegény életmód következményeivel kapcsolatban a tudományos kutatásokban felmerül a kérdés, hogy ez vajon miként befolyásolja a gyermekek fejlődését. Éppen ezért az említett területeken a gyermekek – mozgásos – fejlettségének ismerete alapvető fontosságú a mielőbbi szükséges beavatkozások megtétele érdekében.

Magyarországon a fejlesztőpedagógiai és a gyógypedagógiai terápiás munkában is nagy jelentőséggel bírnak a mozgásra építő eljárások, módszerek. Az elsősorban Jane Ayres szenzoros integrációs elméletén alapuló terápiák nemzetközi fejlődéstörténetében megfigyelhető jelenséghez hasonlóan (lásd SÖCHTING, 2006; AYRES, 2015, PARHAM és mtsi., 2007) hazánkban számos módszer alakult ki és jön létre napjainkban is, amelyek többek között a tanulási zavarok terápiás ellátása szempontjából is fontos szerepet kapnak.

A tanulási zavarokhoz kapcsolódó terápiás eljárások közül a szenzoros integrációs terápiát a gyógypedagógus alapképzés alatt ismertem meg. 2013 őszén a szakmai gyakorlatom elvégzésére a Rega Schaeffen vezette szenzoros integrációs terápiás központban volt lehetőségem, Erasmus Program keretében (Zentrum für Interdisziplinäre Sensorische Integration, Bergen an der Dumme). A németországi intézményben dolgozó gyógypedagógusok, gyógytornászok és ergoterapeuták szaktudásukat a szenzoros integrációs terápia szemléletével bővítve holisztikus megközelítésben látták el a *szenzoros feldolgozás zavarában* (MILLER, 2007) érintett gyermekeket. A terápia gyakorlatának megfigyelése és kipróbálása révén a gyermekek idegrendszeri érésének támogatásában jól alkalmazható módszert ismertem meg, amely tapasztalat a tudományos érdeklődésemre is nagy hatást gyakorolt. 2015-ben Campus Hungary, majd 2016-ban Campus Mundi ösztöndíjak támogatásával kezdtem kutatásaimat további rövid tanulmányutakon a már említett, illetve a

németországi fejlődésneurológia meghatározó személyisége, Inge Flehmig által alapított Zentrum für Kindesentwicklung terápiás központban, Hamburgban. Az intézményekben megfigyeléseket végeztem a terápia szemléletének és gyakorlatának alaposabb megismerése érdekében. A tanulmányutak tapasztalatait összefoglaló tanulmányban a szenzoros integráció folyamatát és a terápiás körülményeket elemeztem (N. KLUJBER, 2016:298-306), valamint előadásokon¹ és a 2017-ben, Bécsben megrendezett nemzetközi szenzoros integrációs konferencián² poszterprezentáció keretében mutattam be.

A különféle intézmények működésébe és szemléletébe való betekintés, a tanulmányutak tapasztalatai inspiráltak a magyarországi mozgásterápiás helyzetkép minél alaposabb megismerésére. Ennek a kérdésnek a feltárása azonban számos nehézségbe ütközött. Többek között a szenzoros integrációs és általánosan is a mozgásterápiákkal kapcsolatos fogalmak pontatlansága (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:38), valamint az elérhető eljárások sokfélesége is számos tisztázandó kérdést vet fel, amelyek megválaszolását segítő, a témában készült összehasonlító munkák csupán szűk köre áll rendelkezésre a szakemberek és a kutatók számára. A terület tudományos vizsgálata tehát szükséges, mind a terápiák tartalmára, módszereire, a közöttük való tájékozódás szempontjaira és eredményességük kritériumaira vonatkozóan is, mind pedig az azokat igénybe vevők körének igényei és az eljárások elérhetősége szempontjából is. Dolgozatomban e két utóbbi kérdéskörhöz kapcsolódva két fő kérdés megválaszolására töreksem, egyrészt tehát, hogy milyen igények merülnek fel a mozgásfejlesztésre, a mozgásterápiás ellátásokra az iskoláskor előtt, szűkebben véve azoknál a gyermekeknél, akiknél kérdéses, hogy tankötelezettségi korukat betöltve felkészültségük megfelelő-e az iskolakezdéshez. Másrészt választ keresek arra is, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre a mozgásfejlesztés és a mozgásterápiák igénybevételére a pedagógiai szakszolgálat keretein belül, amelyek központi szereplők a terápiás tevékenységben és az azokról való tájékoztatásban.

A kora gyermekkori intervenció keretei között érhetőek el a 0-7 év közötti gyermekek számára különféle – mások mellett a mozgásfejlesztés, mozgásterápiás – ellátások. KERÉKI (2011) azonban felhívja a figyelmet az információk és ezáltal az egyes eljárások elérésénél arra a problémára, hogy a szülők ebben saját út bejárására kényszerülnek. Előfordul, hogy

¹ „Az önaktualizáció megfigyeléses vizsgálatának tapasztalatai” című előadás (I. Nemzetközi Különleges Bánásmód Konferencia. Hajdúböszörmény, 2015. december 3.), „Az önaktualizáció látható jeleinek vizsgálata terápiás környezetben” című poszterprezentáció (XV. Országos Neveléstudományi Konferencia. Budapest, 2015. november 19-21.)

² Nagyné Klujber Márta (2017): Research on child-therapist interaction during sensory integration therapy. Poster. 5th European Sensory Integration Congress, Vienna, 2017.június 1-3.

közvetlenül egy-egy terápiára viszik el a gyermeküket anélkül akár, hogy azt megelőzően annak szükségességét diagnosztikai érvek alátámasztották volna. Amellett, hogy nem feltétlenül a szükségletekhez leginkább illeszkedő eljáráshoz jutnak így el, az is megtörténhet, hogy az intézményekkel kapcsolatban állók mellett esetleg olyan magánszolgáltatók is bekapcsolódnak a gyermekek fejlesztésébe, akik eljárásai nem ellenőrzöttek, így nem garantáltan biztosítanak megfelelő ellátást (KEREKI, 2015b).

Az utóbbi években számos fejlesztés zajlott egy „szabályozott kliensút” kialakítására, valamint a különféle eljárások alkalmazási szempontjainak kidolgozására (KEREKI, 2015a:73), a kora gyermekkori intervenció rendszerének fejlesztését követő változásokról, azok hatásairól nem rendelkezünk azonban átfogó képpel. Továbbá, a mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban eddig felsorolt szempontok mellett, bár KERÉKI és LANNERT (2009), illetve KERÉKI (2011) kutatásai érintették a terápiás ellátást is, kifejezetten a mozgásterápiákra fókuszálva azok alkalmazási körülményeiről néhány további, a pedagógiai gyakorlatból származó példán kívül (VENTERNÉ, 2006; KISS és BALASI, 2006, SZVATKÓ, 2016) hiányosak a rendelkezésünkre álló információk. Doktori kutatásom ezért tehát az összefoglaló néven *mozgásterápiás eljárásokként* definiált módszerek jelenlegi, hazai viszonyainak megismeréséhez szeretne hozzájárulni az igények és az ellátás lehetőségeinek elemzése oldaláról, egyúttal reflektálva az erre vonatkozó korábbi kutatási eredményekre.

A dolgozat elméleti részében a tanulási zavar kérdésköréből indulok ki, amely a mozgásterápiákkal kapcsolatos elméletek kialakulásának fontos hátterét adták. A tanulási zavarok a hétköznapi pedagógiai helyzetekben kihívásokat jelentenek a pedagógusoknak, így a megelőzésükre és kezelésükre irányuló tevékenységek megismerése a tanulási zavarral rendelkező tanulók megfelelő oktatását is támogatja. A szakirodalom elemzése során kitérek a tipikus és az eltérő mozgásfejlődés sajátosságaira, a mozgás és az érzékelés összefüggéseinek, valamint ezek hatásának bemutatására a kognitív fejlődésre, amely megfelelő fejlettsége az iskolai tanulás eredményességének is feltétele. A különféle mozgásterápiás, mozgásfejlesztő eljárások fogalmának, kialakulásuk irányainak ismertetésével töreksem azok elhelyezésére a gyógypedagógiai terápiás munkában.

Magyarországon a kora gyermekkori intervenció részeként különféle ellátásokat vehetnek igénybe a gyermekek, amelyek tekintetében a pedagógiai szakszolgálati intézmények működésének és a kora gyermekkori intervencióban való szerepének bemutatása mellett az mozgásterápiás ellátást, mozgásfejlesztést igénylő szükségletek, valamint az azt biztosító szakemberek terápiás tevékenysége kerül leírásra.

A dolgozatban a két fő kutatási kérdéskörre bontva mutatom be kutatási eredményeimet, így adva komplex képet a mozgásterápiás ellátás országos szintű áttekintéséből kiindulva, egy megyére fókuszálva az ott működő intézmények helyzetének, stratégiáinak megismeréséig.

A dolgozat fókuszában a pedagógiai szakszolgálati intézmények állnak, amelyek a kora gyermekkori intervencióban érintett intézmények köznevelési szereplőinek egyike. A KERÉKI (2015a:73) által leírt, „szabályozott kliensút” szempontjából szinte valamennyi gyermekkel kapcsolatba kerülnek, akik fejlődése a tanulási képességek szempontjából nem a megfelelő módon zajlik. Szakértői bizottsági tevékenységükön keresztül javaslatot tesznek az ellátásra, illetve korai fejlesztés, gondozás és nevelés, fejlesztő nevelés, nevelési tanácsadás, vagy más feladataik keretében az ellátásban is kulcsszereplők. Az intézményrendszer létrejöttében fontos szempont volt, hogy biztosítsa azokat az ellátásokat, amelyekre igény mutatkozik, ezért az egyes speciális terápiák nyújtása is szükséges lehet a részükről. A terápiás képzettségekre vonatkozóan nincsenek azonban előírások, azok biztosítása az intézmény lehetőségeitől is függ, ezért mozgásterápiákra irányuló tevékenységük, a terápiák elérhetősége, hozzáférhetősége a szükségletekhez igazodó ellátások biztosításának lehetőségei tekintetében tehát szintén indokolt a helyzetfeltáró vizsgálatok elvégzése. A pedagógiai szakszolgálatokon belül elérhető terápiás eljárások mennyiségének, fajtáinak, a szakemberek létszámának feltérképezése, további, kifejezetten a mozgásterápiák közti eligazodást segítő kutatások megalapozásához nyújthat támpontokat. A vizsgálódás kereteit azért is adják elsősorban a pedagógiai szakszolgálati intézmények, mivel működésük, tevékenységi körük jól szabályozott.

A pedagógiai szakszolgálatban 2014 és 2017 között a Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat gyógypedagógus munkatársaként magam is végeztem szakértői bizottsági, illetve nevelési tanácsadói tevékenységet. Részt vettem az óvodáskorú gyermekek részképességeinek vizsgálatában, ahol számos esetben tapasztaltuk a gyermekek körében a mozgásos készségek fejlettségének elmaradását, amelyek fejlesztésére a terápiás gondozás során nagy figyelmet fordítottunk az iskoláskor előtt. Az óvodás korban a részképességek állapotának felmérését a középső csoportos gyermekek szűrése során, valamint azokban az esetekben, amikor a gyermekek iskolakezdésével kapcsolatban kérdés merült fel, az iskolai beiratkozás előtt rendszeresen elvégeztük. Ezen vizsgálatok rendszerint nagy száma arra hívta fel a figyelmet, hogy alkalmat adnak a gyermekek eredményeinek összevetésére, amely segítségével lokális szinten tendenciák megfigyelése is lehetővé válik. A mozgásos készségek ismerete akár csak egy járás területén is fontos ismeretekhez juttatnak, segítségükkel nem csak egy-egy intézményre, hanem akár nagyobb térségre kiterjedően is láthatóvá válhatnak a fejlesztendő területek. A Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat engedélyével, az Új Nemzeti Kiválóság

Program 2016-os Felsőoktatási Doktori Hallgatói ösztöndíja támogatásával többek között kialakítottam egy adatrendszerelési technikát a vizsgálatok során kapott eredmények statisztikai feldolgozásához, valamint egy járásban a gyermekek mozgásos készségei mellett a kognitív, számolási, nyelvi és az adaptív készségeiről gyűjtöttem adatokat.

A járási eredmények lehetőséget adtak a kutatási módszer pontosítására, így a disszertációban bemutatandó kutatásban már a megyei eredmények alapján kerülhetett sor összefüggések feltárására. Ehhez alapot adott, hogy 2016-ban, egységesen, a megye valamennyi tagintézményében új vizsgálóeljárás került kipróbálásra, amelynek használata révén a kapott eredmények a 2015-ben kialakított, standarddal bíró vizsgálóeljárás (TORDA, 2015) átlagához való viszonyítása is lehetővé vált. Így a kutatás első lépéseként elvégzett járási adatok elemzését követően a megyei vizsgálati eredményeket is összegyűjtöttem. Ennek eredményeit doktori értekezésemben mutatom be elsősorban azzal a céllal, hogy egy megye vonatkozásában készített keresztmetszet segítségével láthatóvá váljanak a mozgásterápiák iránti igények. Továbbá szerettem volna látni azt is, hogy a mérés eredményei milyen viszonyban állnak a pedagógusok észlelésével, hiszen az ő szerepük kiemelt a gyermekek problémáinak felismerésében. Elemzésre kerültek tehát a gyermekekről készült pedagógiai jellemzések, valamint a vizsgálatok eredményeit összesítő szakértői vélemények megállapításai is. Mivel a dokumentumokban érzékeny adatok is szerepeltek, az elemzést Eszterházy Károly Egyetem Kutatás-Értékelési Bizottságának engedélyével végeztem, a kutatási etika szabályainak megfelelően.

A kutatás tehát a mozgásos készségek állapotának megismerésével arra is választ keres, hogy az ajánlott mozgásfejlesztés milyen módon áll rendelkezésre az azt igénylők számára. Fontos szempont ugyanis, hogy a pedagógiai szakszolgálati intézmények miként tudnak ellátást biztosítani a mozgásos készségterület fejletlensége esetén.

A mozgásfejlesztő és mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban a hazai pedagógiai szakszolgálati intézmények országos megkeresésére került sor, amely kiterjedt a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámára, területi megoszlására, az elérhető eljárások körére, valamint az ellátottak számára és időkereteire. A korábbi kutatások alapján (KEREKI és LANNERT, 2009; CZEIZEL, 2009; KERÉKI, 2010, 2011, 2013, 2015) a mozgásterápiák elérhetőségéről a kora gyermekkori intervenció keretei között ismerünk becslést információkat a rendszer 2010-es években történő átszervezését megelőzően, a hazai mozgásterapeuta szakemberek létszámáról azonban megközelítőlegesen adatok sem állnak rendelkezésre. A dolgozatban további célt tehát becslést adni erre vonatkozóan. A kérdés

tisztázása ugyanis az esetleges további kutatások szempontjából is alapvető a populáció nagyságának meghatározásához.

Az intézmények mozgásterápiás szakember-ellátottságának összesítését követően egy megye esetén interjút készítettem az intézmény vezetőjével, amelynek célja volt az intézmény mozgásterápiás ellátáshoz kapcsolódó stratégiáinak jobb megismerése. Emellett a mozgásterápiás ellátás elérhetősége minőségi kritériumainak megítélésére kértem az intézményben foglalkoztatott szakembereket, így biztosítva a téma több oldalról történő vizsgálatát: a szakemberek, intézményvezetők, valamint a gyermekek szempontjainak figyelembevételét.

Összességében tehát a dolgozatban az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek vizsgálati eredményeinek elemzésével szükségleteik, illetve a mozgásterápiák iránti igényeik megismerése volt a célom. A felvett adatok az országos standardhoz viszonyítva képet adnak a választott megyében élő gyermekek jellemzőiről, amely a helyi fejlesztési célok meghatározásában is támpontokat adhat. A mozgásos készségek fejlettsége elmaradásának észlelésében a pedagógusok érzékenységét is vizsgáltam, ami szintén jobb rálátást biztosít a témával kapcsolatos ismeretekről, feladatokról az óvodapedagógusok körében.

A szükségletek mellett az ellátás igénybevételének lehetőségeit bemutató országos „(vak)térkép” megrajzolása pedig segítséget jelenthet elsősorban a pedagógiai szakszolgálati intézmények működésével kapcsolatos problémák megvilágításában, a rendszer átalakítását követő változások megfigyelésében, valamint a pedagógusok számára is, hogy jobb képet kapjanak a tanulási zavarral, tanulási nehézséggel élő gyermekek ellátásának helyzetéről. A dolgozatban elemzésre kiválasztott intézmények abban a térségben helyezkednek el (Észak-Magyarország régió), ahol KEREKI (2011) fogalmával élve a kora gyermekkori intervenció szempontjából *anomáliák* voltak tapasztalhatók. Így az érintett térségben lévő intézmények részletes elemzése során arról is információkat nyerhetünk, hogy az utóbbi évek fejlesztései hogyan éreztetik hatásukat a szakemberek munkájában.

A mozgásterápiás eljárások alkalmazása számos, a kora gyermekkori intervencióban érintett gyermek esetében szükséges (KEREKI, 2015b). Ahhoz, hogy a gyermekek a szükségleteiknek megfelelő (mozgásterápiás) ellátásban részesülhessenek, a dolgozat és az elvégzett kutatás olyan tényezők feltárásához is szeretne hozzájárulni, amelyek befolyásolják, esetleg korlátozzák az eljárások kiválasztását. Ezek kiküszöbölése a gyermekek fejlődésének támogatásában elengedhetetlen.

II. A MOZGÁS SZEREPE A TANULÁSI KÉPESSÉGEK FEJLŐDÉSÉBEN

A motoros készségek megfelelő fejlettségének szerepét a huszadik században számos kutatás tárta fel az iskolakezdés eredményessége szempontjából. Olyan gyermekek esetében is felmerült a kérdés, hogy mi okozza a tanulásban tapasztalható nehézségeinek hátterét, akiknél nem volt tapasztalható az érzékszervek sérülése. A minimális agyi diszfunkcióval - vagy organikus pszichoszindrómával (lásd. GYARMATHY, 1998, LÁNYINÉ, 1996, GEREBENNÉ, 2001, SARKADY és ZSOLDOS 1992/93) bíró gyermekek esetén a tanulás hátterében az idegrendszer kisebb sérülése állhatott, amely azonban a megfelelő beavatkozással kezelhetőnek bizonyult. Számos fejlesztő és terápiás eljárás jelent ezért meg, amely az idegrendszer érését, e funkciók működését támogatta, esetleg kifejezetten a korai megelőzésre helyezte a hangsúlyt.

A mozgásra úgy tekinthetünk, amelyek megelőzik és egyben megalapozzák a ráépülő kognitív működéseket. Az ezen alapuló kutatások PIAGET (1978) elméleteit tekintik alapjukként, aki a „szenzomotoros korszak” jellemzőjeként hangsúlyozza, hogy a mozgással megszerzett tapasztalatok összekapcsolódva az érzékszervek aktív működésével, később a konkrét műveletek szakaszában kiegészülve a környezet (anyagok, eszközök) megtapasztalásával, megfigyelésével, magasabb idegrendszeri működésekre hatnak, amelyek elvezetik a gyermeket az absztrakt gondolkodáshoz. Mivel ez hierarchikusan épül fel, a szenzomotoros fejlődés zavartalansága lesz a kulcsa a ráépülő, bonyolultabb működéseknek is (LAKATOS, 2006:168). Ebből kiindulva tehát érdemes megvizsgálni ezeket a folyamatokat, miként járulnak hozzá hosszabb távon az eredményes iskolai tanuláshoz.

A következőkben áttekintem a mozgás fejlődésének legfontosabb állomásait, továbbá annak az idegrendszer működésével való összefüggései térek ki, amely a tanulási, megismerési folyamatokat is befolyásolja.

II.1. A MOZGÁS SZEREPE A FEJLŐDÉSÉBEN

Az idegrendszer érése és a megfelelő környezeti feltételek együttesen járulnak hozzá a mozgás fejlődéséhez, amely az első életszakaszban a fejlődés mozgatója. Az idegrendszeri szabályozás, a mozgásszervek és érzékszervek épsége, megfelelő éberségi szint, a figyelem és az adaptív magatartás szükséges mindehhez (GALLAI és VETIER, 2011:118). HAJTÓ (2009) szerint a kisgyermek elsősorban mozogva, cselekvésen keresztül tanulja a világot. GALLAI és VETIER (2011:138) egyszerűsítve a folyamatot úgy fogalmaz, hogy „[a] mozgás a csontok és izomrendszer kialakulásához nélkülözhetetlenek, valamint az agy megfelelő éréséhez és működéséhez is fontos.” A mozgás, a mozgásminták ismételtetése az első életévben bejártja

a különböző rendszereket, illetve összehangolja azok működését. „A gyermekek ezt előbb spontán, önkéntelen és a reflexes mozgások ismételtetésével, később egyre többféle mozgás és a testtartás akaratlagos szabályozásával hajtják végre. A mozgások információkat szolgáltatnak az agynak, és segítik a testről alkotott kép, a térérzék és a testséma kifejlődését mind önmaguk, mind a környezet vonatkozásában” (GODDARD, 2015:48).

A mozgás eredményeként új mozgásformák jönnek létre és változik a környezettel való kapcsolat, illetve fejlődik a manipuláció, később a mozgások koordináltabbá válnak. Az ezek hatására létrejött változások visszacsatolást adnak az idegrendszernek, amely az agy szerkezetének komplexebbé válását és egyéb pszichés funkciók fejlődését segíti. Ezekkel együtt fejlődik a keresztmodális érzékelés, a világról teljesebb, komplexebb érzékek érzékelése történik³, illetve az ún. perceptuális tanulás során javul az információfelvétel, a feldolgozás és a döntéshozatal. Ennek létrejötté azonban bonyolult és összetett, egymással összefüggő folyamatok rendszere, melynek megismerése a gyermekek fejlődésének, érésének támogatásában, mind az esetlegesen felmerülő problémák kezelésénél lényeges. A folyamatban elsőként a mozgásfejlődés állomásait, majd ezzel összefüggésben a ráépülő funkciókat mutatom be.

A mozgás fejlődésében kiemelkedő szerepe van a reflexek működésének az első életévben, amelyek fokozatosan adják át helyüket a szándékos mozgásoknak (pl. a fogó reflex eltűnésével a szándékos fogás alakul). Ezen kívül a szem és a kéz (illetve a szem és a láb) koordinációja is finomodik, amellyel együtt „agy központok közötti összeköttetések komplexitása hihetetlen mértékben megnő” (KARMILOFF és KARMILOFF-SMITH, 2006).

A primitív reflexek⁴ feladata az új környezetre és a baba változó szükségleteire azonnali válaszokat adni. A reflexek közül a testtartási reflexek (tartó reflexek és egyensúlyi reakciók) megjelenése elősegíti a mozgásokat és később lehetővé teszi, hogy koordinált nagymozgások is létrejöjjenek (GODDARD, 2015).

A helyváltoztató mozgások megjelenésével (például a kúszás, a mászás) új tapasztalatok megszerzésére nyílik lehetőség, ezeknek „fontos szerepe van a térlátás, a perspektivikus látás, a mélység- és a távolságérzet kialakulásában, valamint a tapintás és a finommozgás fejlődésében is.” (GALLAI és VETIER, 2017:121). A továbbiakban az ülés megjelenése hoz újabb változásokat a függőleges irány megtapasztalásával, majd pedig a felállás a fejlődés során. A

³ „Többnyire egy tárgyról vagy helyzetről egy időben érkeznek a különböző ingerek (hallás, látás, tapintás, szaglás, ízlelés útján). A több, különböző helyről érkező információ elemzésének és egymáshoz illesztésének képessége a keresztmodális érzékelés” (GALLAI és VETIER, 2011:137)

⁴ „A primitív reflexek automatikus, az agykéreg közreműködése nélkül végbemenő sztereotip mozgások, amelyeket az agytörzs irányít.” (GODDARD, 2015:1)

járás még összetettebb folyamat, ahol a lábak váltott használata, egymástól eltérő mozgása közben a testnek az egyensúlyát is meg kell tartani. Az idegrendszer szerepe ebben a mozgássorok megtervezése és kivitelezése. KATONA (2006) ehhez az agy megfelelő területeinek összehangolását hangsúlyozza (prefrontális lebeny, mozgatókéreg, látókéreg, kisagy, törzsdúcok), illetve szükséges a megfelelő izomerő.

A kisgyerekkori mozgás sokféle, a futás, az ugrás, lépcsőn járás, rúgás, később az egy lábon szökdelés, a dobás, majd öt éves kortól a mozgás örömeért végzett tevékenység is megjelenik. P. BALOGH (1985) leírása szerint a motoros fejlődés során a test feletti uralom „neuromuszkuláris érési folyamatok függvényében” alakul ki. A felsorolt mozgásformák (testtartás, egyensúlyozás, biztos járás) az első két év motoros tanulási folyamatai, míg 3 és 6 éves korban az alapmozgások birtokában a finommotorika fejlődése kezdődik nagyobb ütemben.

A kézmozgás és a manipuláció egyszerre fejlődik játék közben, ezzel együtt a mozgáskoordináció és egyúttal a világ működésével kapcsolatos gondolkodás, képzelőerő is. Ugyanekkor a rajzolásban is nagy előrelépés tapasztalható, a gyermek az általa ismert világot képes ábrázolni. A finommotorika alakulása függvénye a kézfejizmok fejlettségének, az ujjak izomfejlettségének. Ezek alapvetően megszabják a rajz- és íráskészség alakulását. A gyermek kezessége szempontjából 5-7 éves korra alakul ki a kézdominancia, a megfelelő ceruzafogás, 7 éves korra pedig a finommotoros koordináció, amely „optimális alapot biztosít az írástanuláshoz” (P. BALOGH, 1985).

Míg az észlelési és a motoros funkciók hároméves kor előtt egymástól nem elválaszthatóan működnek, a 3-6 éves kor között a látás veszi át a fő szerepet. A „vizuo-motoros Gestalt”-funkciók (látási-mozgásos alakfelfogás, forma- és térészlelés) kialakulása és intenzív fejlődése az iskoláskort megelőző fejlődési fázisban – 3-6 éves korban – játszódik le. Ebben a fejlődési stádiumban megy végbe a különböző észlelési funkciók, látás, hallás, tapintás, téri tájékozódás differenciálódása, egyre pontosabb és teljesebb működése, valamint az észlelési (szenzoros) és motoros funkciók fokozatos összerendeződése, integrálódása.” (P. BALOGH, 1985)

Fontos összefüggésként ismert a gyermekek fejlődésére vonatkozóan „a beszédmotoros funkciók mediációs szerepe a gondolkodás fejlődésében”, illetve, hogy a „sztereognosztikus⁵ tapasztalatok a vizuális percepció fejlődésére hatnak”. A „vizuális téri képességek és a motoros funkciók integrált működése szükséges a grafomotoros tevékenységekhez (Bolla és Mészáros, 2014:205), illetve „[a] térészlelés kialakulása, a térirányok leképezésének stabilizálódása

⁵ Aktív érintéssel, tapintás révén a tárgyak három dimenzióban való rekonstrukciója, tapintási formaészlelés. (CSÉPE, GYŐRI és RAGÓ, 2007)

alapvetően meghatározott a mozgásfejlődés milyenségétől és a testséma tudatosságának alakulásától” (P. BALOGH, 2009:24).

Érdeemes szót ejteni a környezet által nyújtott ingerek szerepéről a fejlődés folyamatában, amelyet a mozgásfejlődést elősegítő terápiás eljárások fejlődéseméleti hátterének különféle elméletei írnak le. Az idegrendszer érésközpontú modellje alapján „az agyi modulok kialakulását befolyásolja [...], hogy milyen fajta bemeneti mintázatban részesülnek a fejlődés kritikus szakaszaiban” (PINKER, 2002:43). A neurokognitívizmus korszerűbbnek tekinthető megközelítésében sem vitatott, hogy az idegrendszer fejlődésére hatnak a gyermek tapasztalatai, amelyeket a vele történetek során szereztek. Egyed ennek lényegét a következőképpen foglalja össze: „az elmeműködés csak fokozatosan válik területspecifikussá, a modulok nem velünkszületettek, hanem a fejlődés révén válnak a különböző agyi területek, rendszerek »specialistáivá«” (2011:181). Éppen ezért a magzati élettől kezdve a szükséges – például mozgásos aktivitásra ösztönző – ingereket nyújtó „komplex környezet” (GREENOUGH és mtsai, 1987; BRONFENBRENNER, 1979, 1986) biztosítása alapvető jelentőségű az idegrendszer megfelelő fejlődéséhez (EGYED, 2011:172, GALLAI és VETIER, 2011:104).

II.2. A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A MEGISMERÉS

A modern pszichológia alapvető feltevéseként határozza meg N. KOLLÁR és SZABÓ (2017:456), hogy „mindenfajta emberi mentális, lelki folyamat, köztük a megismerési folyamatok is, a központi idegrendszer folyamatain alapulnak [...]”. Az érzékelés és az észlelés „minden további pszichológiai folyamatnak, tanulásnak és emlékezésnek, gondolkodásnak és problémamegoldásnak, másokkal való kommunikációnak, az érzelmi élményeknek és önmagunk megtapasztalásának kiindulópontja, a megismerés vagy a tudás elsajátításának alapvető folyamata.” (N. KOLLÁR és SZABÓ, 2017:348) A kérdés az, hogy a mozgás milyen szerepet tölt be e működésekben.

Az ingerfelvétel idegrendszeri folyamatában az érzékelés az, amely által a receptorsejtek (érezkszerveink érzékelősejtjei) ingerlése idegi impulzusokat küld az agynak. Az észlelés az érzékletek értelmezése, amely során jelentést is kapnak az érzékletek. Az érzékelés során az érezkszervek receptorok segítségével gyűjtenek információt a mozgás során a környezetről és a saját testről is. A mozgáshoz kapcsolódva az egyensúlyra, a tapintásra⁶, a hallásra, a látásra és a propriocepcióra változó frekvenciájú, különböző közegen keresztül érzékelt mozgásra adott válasz eredményeként tekint GODDARD (2015). A kineztezia a test helyzetéről, annak

⁶ A taktilis percepció a tapintáson keresztül a tárgyak azonosításában segít, valamint hozzá tartozik a bőrön keresztül történő nyomás-, fájdalom-, és hőérzékelés.

térbeli, időbeli mozgásáról, illetve dinamikájáról ad információkat, míg a propriocepció az ízületek helyzetének, állásának, a végtagok, a törzs és a fej testhez viszonyított helyzetének és mozgásának érzékelése (CSÉPE, GYŐRI és RAGÓ, 2007; POLGÁR és SZATMÁRI, 2011). Az érzékleteknek megfelelő idegsejt továbbítja az információt a központi idegrendszer felé, ahonnan a végrehajtó rendszer kap utasítást, amely az adott ingerre adott adaptív válasz. A mozgás és az érzékelés elválaszthatatlanságát hangsúlyozza BERÉNYI és KATONA (2014:133-140). Az emberi cselekvés kivitelezőjeként írják le a mozgás szerepét, míg annak szabályozójaként nevezik meg az idegrendszert. E kettő folyamat az alkalmazkodás feltételrendszere, ami az alkalmazkodást és a tájékozódást teszi lehetővé. Az érzékelési tapasztalatok összekapcsolását, rendezését az idegrendszerben a szenzoros feldolgozás, integrálásként, az „érzékletek szervezéseiként” értelmezhetjük (AYRES, 1980). JÁSZBERÉNYI (2007:8) fogalma alapján „[a] szenzoros integráció az a képesség, amellyel szervezzük és feldolgozzuk a különféle érzékelési csatornákból származó információkat, majd ezeket kapcsolatba hozzuk egymással, szintetizáljuk, hogy azoknak megfelelő adaptív válaszokat adjunk (mozgásos válaszok, beszéd, mentális folyamatok).” P. BALOGH (2009:17) szerint a nagy- és a testközeli mozgások segítik elő az integráció folyamatát.

Magyarországi reprezentatív mintán végzett kutatásai során P. BALOGH (2009:32) rámutatott, hogy a testkép kialakulásában is döntő szerepűnek mutatkoztak a mozgásos tevékenységekből származó szenzoros (érezkelő) visszajelzések (a fejtartás, a feszítés, az egyensúlyérezkelés, a saját mozgás érzékelése), a kinesztézia, a taktilis és lokalizációs érzetektől a testfelszín sémája és a vizuális visszajelzések. Ebből ugyanis egy vizuális testkép, vizuális poszturális testmodell alakul ki.

Az érzékelést és az észlelést az információfeldolgozás szempontjából értelmezi a kognitív pszichológia, mint a megismerés, a tanulás tágabban vett folyamatának részeit. NEISSER (1984) újraértelmezte az ingerfelvétel folyamatát, illetve a kogníciót a tudás működéseként határozta meg, amely az ismeretek megszerzése, megszervezése és alkalmazása. Az észlelésben kognitív struktúrák, a sémák töltik be a környezet által kínált információk felvételének funkcióját. Ezek korábban kialakult struktúrákon alapulnak és változnak, tehát „[a]z észlelés során az észlelő egyezteteti a korábban megszerzett sémáit a környezet ingereivel, azaz a korábbi anticipációit rávetíti a pillanatnyi ingeregyüttesre és a különbséget enkódolja. [...] A sémák az észlelési folyamatban módosulnak.” (NEISSER, 1984, idézi CSOCSÁNY, 2004:135). A neurokonstruktívizmus összekapcsolja tehát a fejlődést, annak különböző aspektusait (érezkelés és észlelés, kogníció, érzelmek stb.) a neurális fejlődéssel. (EGYED, 2017:179).

Mivel az érzékelés és az észlelés folyamatai nagyon közel vannak egymáshoz, elkülönítésüket a pszichológiában nem feltétlenül tartják szükségesnek (N. KOLLÁR és SZABÓ, 2017:348), szerepük azonban a gyógypedagógiai fejlesztő és terápiás eljárásokban különböző lehet. A folyamat neurológiai hátterét elemezve BEKE (1996:41) arra mutat rá, hogy az érzékszervek által felvett információk eltérő módon gyakorolnak hatást a viselkedésre. Beke a beszédpercepció fejlődését keresztül mutatja be, hogy az érzékszervi információk különbözőképpen funkcionálnak. Az egyik lehetőség, hogy „az információ közvetlenül áttevődhet a célszervre”, így a viselkedést az érzékelés szabályozza, ami nem függ a percepciótól. A másik esetben pedig az agykéreg magasabb központjai felé szállítódnak az információk, amelyek percepció során, „egyidejű kérgi folyamattal összekapcsolva” fejtenek ki (látens) hatást a viselkedésre. Ezek a felismerések is indokolják, hogy például a kognitív terápia is arra épít, hogy „az események automatikus feldolgozása helyett „megtanítja” az adott szituáció információira való összpontosítást”, ezzel a téves előfeltevések alkalmazását csökkenti. Hosszú távon a problémamegoldás javítása a cél, tudatosság kialakításával. (ZSOLDOS, 2004:463)

A kognitív fejlődés szempontjából hangsúlyozza a mozgáson és az érzékszerveken keresztül szerzett tapasztalatok szerepét PIAGET (1978) konstruktivista modelljében, AFFOLTER (1972), vagy AYRES (1979) a szenzoros integráció folyamatának leírásakor. PIAGET a belső szenzomotoros struktúráktól teszi függővé a megismerést, ahol az ember aktív cselekvése alapfeltétel, továbbá szerinte a nyelvi rendszer kialakulása is ehhez kötött. A tanulás a test érzékelésével kezdődik csecsemőkorban. A kommunikáció fejlődésével bizonyos szenzomotoros tanulási folyamatok is meggyorsulnak (CSOCSÁNY, 2004:135). Szakaszelméletében az iskolás kor előtt két szakasz zajlik. Az első két évben az érzékszervi-mozgásos sémák szolgálják a viselkedés irányítását és a világ megismerését, ami eljuttat a környezetét befolyásolni tudás megtapasztalásához (N. KOLLÁR és SZABÓ, 2017:461). GODDARD (2015:57) szerint „Mindenfajta tanulás az agyban történik, de az ismeretek megszerzésének eszköze a test. Az agy és a test együttműködését a központi idegrendszer biztosítja, de mindkettő függ az érzékszervektől, amelyek számukra a külvilágból az információkat szállítják.” A szenzomotoros korszak első alszakasza az első két hónap, ekkor a reflexsémák gyakorlása zajlik. Az első kontrollált viselkedésminta 1,5 hónaposan jelentkezik, ezek önmagukért végzett örömteli viselkedések. (KIRÁLY, 2011:229) A szenzoros és motoros pályák egymást támogatva fejlődnek (AYRES, 1984, ZIMMER, 1997). Ezt követően a gyermek gondolkodását már az észlelt valóság határozza meg, amely egyben korlátait is adja.

A szenzomotoros fejlődés és a kognitív funkciók egymáshoz való kapcsolódásánál az alacsonyabb és a magasabb szintű folyamatok egymásra épülését feltételezhetjük, amely az idegrendszer érettségétől is függ (GEREBENNÉ, 1998:29). Ennek megfelelően különböző részképességeket írnak le, mint elemi bázisfunkciók, amelyek a fejlettebb mentális műveletek előfeltételei (például problémamegoldó gondolkodás, olvasás, írás, számolási készség) (ZSOLDOS, 2004:462). Ezek a figyelem, az észlelés, az emlékezet, az intermodális integráció (összetartozó vizuális, auditív, taktilis, észleletek összekapcsolása), a szerialitás (észleletek sorrendi szerveződése) és a téri orientáció.

Mivel a motoros készségek fejlődési szintje lényeges szerepet játszik a percepció fejlődésében, amely a ráépülő, „magasabb rendű, bonyolultabb funkciók” előfeltétele, valamint a transzfert is elősegíti⁷, „első lépésként a motoros és a percepciók készségeket kell fejleszteni” (P. BALOGH, 1988). Tekintettel az 5-7 éves korra jellemző fejlődési sajátosságokra, az iskolai tanulás megalapozása is ekkor történik (GYENEI, 2004:19).

Az előbbieket alapján kirajzolódik tehát az idegrendszeri folyamatok és a mozgás egymással való összefüggése, amely a fejlesztő, illetve a terápiás tevékenységben is szorosan összekapcsolódik. A különféle eljárások eltérő területeket célozva meg, igyekeznek a mozgás eszközén keresztül jótékony hatást kiváltani az idegrendszer működési folyamataiban, az információfeldolgozás mechanizmusában, ezeken keresztül pedig mind a mozgásra, mind a kognitív működésre.

II.3. A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A TANULÁSI ZAVAROK

A mozgásfejlődés eltérései a tanulás területén megmutatkozó zavarok hátterében is állhatnak. A különböző mozgásfejlesztési, terápiás eljárások kezdetben a tanulási zavarokhoz kapcsolódó kutatások révén jelentek meg. Felmerült ugyanis az a kérdés, hogy ha nem áll fenn érzékszervi fogyatékoság, akár átlagos vagy kimagasló intelligencia esetén, mi okozza a tanulásban tapasztalható nehézségeket.

A tanulási zavar jelenségét a 1960-as években KIRK-BATEMAN (1962) „learning disability”-ként nevezte meg. A Magyarországon ma is meghatározó fogalmát SARKADY és ZSOLDOS (1992/1993:265) a következőképp foglalja össze: „tanulási zavarnak tekintjük azt az – intelligenciaszint alapján elvárhatónál lényegesen – alacsonyabb tanulási teljesítményt, amely neurológiai deficit vagy funkciózavar talaján jön létre, sajátos kognitív tünetegyüttesel. Ezek a részképességzavarok alapvetően nehezítik az iskolai tanulás során az olvasás, az írás és/vagy

⁷ „a mozgáson keresztül alakítjuk a testsémát, fejlesztésén keresztül jutunk a térirányok kialakításához” (P. BALOGH, 2009:22).

a matematika elsajátítását. A tanulási zavar a legkorábbi időszakban alakul ki és tünetei a felnőttkorban is fellelhetők. Kognitív és tanulási terápiával jól befolyásolható.” A fogalom tartalmi átalakulásának folyamatát, illetve a tanulási zavar diagnosztikai kritériumainak, jelenlegi használatának körülményeit SURJÁN (2019:33-48) részletezi tanulmányában. P. BALOGH (1985) a tanulási zavarok főbb területeiként nevezi meg a viselkedés, az aktivitás (impulzivitás, hiperaktivitás), a figyelem, a percepció és a motorikum területén mutatott zavarokat, a téri orientáció problémáit, a nyelvi fejlettség zavarait, illetve szekunder tüneteket (szorongás, agresszió, gátolt viselkedés, figyelemfelkeltő viselkedés).

Különböző elméleti megközelítések születtek a tanulási zavar kialakulása feltételezett okainak magyarázatoként (ld. P. BALOGH, 1985; GYARMATHY, 1998; BALOGH és TÓTH, 2005, N. KOLLÁR, 2017, GEREKENÉ, 1996; ZSOLDOS, 2004), amely különböző megközelítések közös pontjaiként REMÉNYI és mtsi. (2014) az észlelési folyamatok központi szerepét látják. Az elméletek egyike a neuropszichológiai magyarázatok (WEWETZER, 1959; KIRK és BECKER, 1963; GESCHWIND, 1979; RUTTER, 1982; WOLFENSBERGER-HAESSING, 1985; LURIA-HOMSKAJA, 1964; KATONA 2006, CSÉPE, 2005), amelyek szerint minimális agykárosodás idézi elő azokat. A viselkedéslélektani alapú megközelítések elsősorban a viselkedésbeli rendellenességekre koncentráltak (BATEMNA, LAHEY 1979, LEARY és ROSEBAUM 1976, ROSS, 1976 idézi P. BALOGH, 1985), a nyelvi fejlettséget hangsúlyozó elméletek pedig a pszicholingvisztikai folyamatok nem megfelelő működésére vezették vissza a tanulási zavar problémáját (FRANCES–WILLIAMS, 1970, MEIXNER–JUSTNÉ KÉRI, 1967; MEIXNER, 1974.)

Dolgozatomban főként HALLAHAN-CRUIKNACK (1973) értelmezése kap szerepet a tanulási zavar meghatározásánál, akik azt a perceptuo-motoros funkciók elégtelen integrációjának következményének tekintették. Ezen irányzat képviselői közé tartozott Kephart, Jane Ayres, Marianne Frostig, Affolter, Heide Helstab, Sindelar. PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (2005) és munkatársai (P. BALOGH és JEKKNÉ KÓSA, 1986) kimutatták, hogy vannak olyan tanulási zavarok, amelyek a perceptuo-motoros funkciók fejletlenségében, a funkciók integrációs zavarában keresendők (P. BALOGH, 2009:18).

A tanulási zavarok okainak kutatási irányai közül néhányat kiemelek, amelyekre építve jöttek létre a legelterjedtebb terápiás eljárások. A perceptuális és perceptuomotoros elmélet képviselői körében felmerült például, hogy a tanulási nehézségeket az érzékszervi rendellenességek okozzák (FROSTIG és HORNE, 1964; KEPHART, idézi P. BALOGH, 2005), amelyek a csecsemő- és kisgyermekkorai tanulási tapasztalatok elégtelenségére vezetnek vissza. Emellett a tanulási zavart mutató gyermekek körében gyakran megtalálható „az abnormális nystagmus és az atipikus poszturális reakciók” (idézi P. BALOGH, 2005), valamint az inger

beillesztéséhez szükséges perceptuális működés érintettsége (GYARMATHY, 1998). ZSOLDOS (2004:104-105) további szempontokat összegyűjtve a két agyfélteke közti integráció működésének zavarát (GADDES, 1981, MESTERHÁZI és GEREBENNÉ, 2001), az idegrendszer organikus károsodását vagy funkciózavarát (PALOTÁS, 1991), illetve a multikauzális szemléletben felmerülő személyiségfüggő tényezőket (pl. agyi érés egyéni eltérései, pre-, peri- és posztnatális ártalmak), korai környezeti tényezőket emeli ki (GEREBENNÉ, 1998, MESTERHÁZI és GEREBENNÉ, 2001).

Külön fontos megemlíteni a szenzoros integráció, a szenzoros feldolgozás folyamatának zavarait, amelyhez kapcsolódva széles körben elterjedtek különböző terápiás gyakorlatok (ld. AYRES, 2015; SÖCHTING, 2006; KIESLING, 2014; SZVATKÓ, 2016).

Az idegrendszer ingerfeldolgozási folyamatában a szenzoros információk interpretációja előtt is már számos helyen bekövetkezhetnek zavarok. SCHAEFGEN (2007:127) az ingerfelvételtől a mozgásos válasz kialakulásáig tartó folyamat részletesen lebontott folyamatának valamennyi lépésénél megjelöli a lehetséges, létrejövő zavarokat, például az ingerek felvételénél a belső hajtóerő, megfelelő éberség hiánya, az ingerek szűrésénél bekövetkezhet az ingerek túlzott vagy éppen túl kevésbé történő érzékelése.

MILLER és mtsi. (2007) három fő csoportra osztják ennek fő megjelenési formáit: a szenzoros moduláció (túlérzékeny, ingerkereső vagy gyengén érzékelő), a szenzoros alapú motoros diszfunkciók (diszpraxia és poszturális zavar), illetve a szenzoros diszkrimináció területeit érinti (kifejtését ld. PETŐ, 2012; SZVATKÓ, 2016; KRANOWITZ, 2012, AYRES 2015). A különböző területek eltérő érintettséget jeleznek az ingerfeldolgozási folyamaton belül. Míg a moduláció az ingerek erősségének érzékelésére vonatkozik, a diszkrimináció területei a vizuális, auditív, taktilis, kinesztetikus, egyensúlyozási, szaglási és ízlelési területeket érő ingerek közötti különbségtétel problémáira utalnak.

Emellett a tanulási zavarok háttérben felfedezték bizonyos reflexek szerepét, amelyek a mozgásfejlődés során nem kerültek agyi gátlás, ellenőrzés alá. A tanulási képességek és a reflexek összefüggésében számos kutatás mutatott rá, hogy fennmaradásuk nehézségeket okozhat az olvasásban, írás, másolás területeinél (TANSLEY, 1967; DELACATO, 1959; PETER BLYTHE, MCGLOWN, 1979; LE WINN, 1969, WILKINSON, 1994, O'DELL és COOK, 1996, GODDARD és HYLAND, 1998; GODDARD, 2001), amelyekre alapozva erre irányuló fejlesztő programok jöttek létre. A testtartási reflexek hiánya jelzi például az idegrendszer éretlenségét, esetleg rossz mozgáskoordinációt eredményez, az állandó bizonytalanságérzés a koncentrációban bizonytalanságot okoz (GODDARD, 2015:28). Működésük kapcsolódik a

testtartás szabályozásához, a gondolkodáshoz és a tanulmányi teljesítményekhez (2015:38), ezen kívül szerepet játszik a koordinációs problémák, dyspraxia, apraxia kialakulásában.

Az említett okok alapvetően meghatározzák a terápiás eljárások felépítését, célkitűzéseit, ezért tehát feltárásuk a megfelelő eljárás kiválasztásához elengedhetetlenek.

II.4. A MOZGÁSOS KÉSZSÉGEK ÉS AZ ISKOLAI TANULÁS EREDMÉNYESSÉGE

A tanulási zavarok jelenléte nehezíti az iskolai tanulás folyamatát. Az iskolai beválással kapcsolatban több hazai kutatás is zajlott, amelyek a mozgásos készségek szerepére hívták fel a figyelmet (ld. P. BALOGH, 1988, 2005; ESTEFÁNNÉ és DÁVID, 1993; GYENEI, 2001; 2002; 2003; 2006; MÁNDI-MÁRTON, 2003; LAKATOS, 2000; 2003; RÁCZ, 2015; RÉVÉSZ-KISZELA, 2018). Ezek is alátámasztották, hogy a mozgás terén mutatott alacsony teljesítmény az iskolára való felkészültség hiányosságait mutatja.

A problémák mielőbbi szűrése, kezelése fontos szempontként jelenik meg az iskolakezdés előtt, amelyet Magyarországon is az 1960-as évek óta végeznek az iskolaérettség megállapítása során (ld. APRÓ, 2013; TORDA, 2015:5). A vizsgálatok tartalma természetesen eltéréseket mutat attól függően, miként értelmezzük az iskolaérettség, az iskolára való felkészültség fogalmát, illetve, hogy mely kritériumok teljesítését tekintjük elengedhetetlennek a gyermekek részéről.

GALLAI és VETIER (2011:139-140) a biológiai és pszichés oldalról foglalja össze a legfontosabb szempontokat. Az iskolai tanulásra való érettséget a testi, az értelmi és az érzelmi egészség és az életkornak megfelelő érettségként értelmezik. Biológiai tényezők mellett (magasság, súly, testalkat, a gyermekek kéztő és ujjperceinek csontosodása, megfelelő erőnlét) az értelmi képességekben az érdeklődés megjelenése szükséges a világ működése iránt, ahol észreveszi az ok-okozati összefüggéseket. Fontos, hogy a gyermek rendelkezzen ismeretekkel magáról és környezetéről, valamint képes legyen elemezni azt. Beszédében a helyes hangképzés, beszédészlelés és -értés, tartalmi szempontból pedig a kifejezőkészség meghatározó tényezők. Érzelmi világában a késleltetés, önuralom, kivárási elvárásnak való megfelelés, feladattudat megjelenik. Továbbá a szociális érettség is fontos, eligazodni a társas világban, alkalmazkodni az elvárásokhoz. Mivel a végrehajtó funkciók az agykéreg homloklebenyének elülső részétől függenek, az idegrendszer érettségére, az önszabályozás szerepére hívja fel a figyelmet BLAIR (2002), illetve N. KOLLÁR és SZABÓ (2017). BAX és WHITMORE (idézi WHITMORE, HART, WILLEMS, 1999) az idegrendszer fejlődésének vizsgálatát javasolta az iskolára való felkészültség megállapításánál. Összefüggést találtak ugyanis a tanulási képességek és az egyensúly automatikus szabályozása között (GODDARD, 2015:18).

GYENEI (2004:206) megállapítja, hogy az iskolai eredményesség nem jósolható be kizárólag az értelmi fejlettség ismeretében, annak előre jelzőjeként (P. BALOGH, 1988), valamint az alapvető kultúrtechnikák elsajátításában alapfeltételként tekinthetünk a tanulási képességeket megalapozó pszichikus funkciók, illetve a motoros készségek megfelelő fejlettségi szintjére (P. BALOGH, 2009:16). A felmérések során éppen ezért tehát a pszichikus funkciók szerepét hangsúlyozzák.

A már bemutatott elméletek alapján a motoros, percepcióra vonatkozó vizsgálatok részei a hazai iskolaérettségi vizsgálatoknak. Az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felmérésében használt vizsgálóeljárások közül több esetén megjelenik ez a terület (a különféle eljárások összevetését lásd APRÓ, 2013). 2015-ben került kidolgozásra egy új vizsgálóeljárás, amelynek célkitűzése volt, hogy hazai fejlesztésű, az aktuális pedagógiai, gyógypedagógiai és pszichológiai diagnosztikai eszközökre építő, standardizált eszközt adjon a szakemberek kezébe. A leginkább elterjedt mérőeszközök ugyanis az 1970-es években használt eszközök voltak, amelyek megújítására zajlottak törekvések, standardizálásuk, klinikai kipróbálásuk nem történt (TORDA, 2015:5). Különösen a mozgásfejlettség megítéléséhez kialakított részt tekinthetjük komplexitásával hiánypótlónak, amely alatt a testséma, a nagymozgások, az egyensúlyérzék és a grafomotoros területek felmérésére irányul (TORDA, 2015:16-29). Az eljárás épít korábbi vizsgálati eszközökre, mint a ZSOLDOS és SARKADY (2001) által adaptált Meeting School Screening Test (MSSST), amely a motoros minták szubteszttel és a perceptumotoros szubteszttel végez szűrést ezen a téren a nyelvi és a magatartásra vonatkozó altesztek mellett. Emellett MÉREI és BINÉT (1978), NAGY (1986), FAZEKASNÉ és mtsi (2002) által alkalmazott próbák kerültek a teszt feladatai közé.

LAKATOS (2000), RÁCZ (2015), RÉVÉSZ-KISZELA (2018) kimondottan a mozgásállapot felmérésének beillesztését szorgalmazza az iskolaérettség megállapításánál, mint alapvető fontosságú területet. LAKATOS „neuromotoros és szenzomotoros szemléletű” állapotvizsgáló eljárásának célja egyértelműen kimutatni „a kéreg alatti szabályozás éretlenségét”. Kialakításához alapul vette GESELL finommotoros magatartásra vonatkozó megfigyelésrendszerét, M. Hochleiter, Schilling, Oseretzky, DeGangi–Berk tesztjeit, az Ayres-féle dél-kaliforniai szenzoros integrációs tesztjét (SCSIT), illetve P. BALOGH óvodai felmérő feladatait (LAKATOS, 2003). Részterületei a nagymozgások, az idegrendszeri érettség, a testvázlat, térbeli tájékozódás, lateralitás, a taktilis érzékelés, illetve a ritmusérzék. A teszten 75% alatt teljesítők a részképességekben, a kognitív képességekben és intelligenciaszintben is alacsonyabb teljesítményt mutattak. A teszt az organikus eltérések, a szenzoros integrációs

folyamatok, a figyelem megosztásának problémáinak azonosítására alkalmas, valamint az iskolaérettség megítélésében használható.

A hazai kutatások közül kiemelendő, hogy 1987 és 1988-ban országos reprezentatív mintán 1350 gyermeket vizsgálatára került sor az iskolaérettséghez is lényeges perceptuomotoros fejlettség szempontjából. Kiderült, hogy a beiskolázott elsősök 16,5%-a téri percepció fejlettségénél 4-5 éves gyermekek szintjét hozta. A gyermekek 10-15%-a nem kellő fejlettséggel került az iskolába (P. BALOGH, 2009:20). LAKATOS (2003) becslése szerint a gyermekek 15–30%-ánál nem zavartalan az iskolakezdés. M. TAMÁS (2006), a pedagógiai szakszolgálatokban, két egymást követő évben elvégzett vizsgálatában azt mutatta ki, hogy akiknél kérdésként fogalmazódott meg az iskolakezdés időpontja valamilyen fejlődési probléma észlelése miatt, a gyermekek körülbelül 30%-a maradt az óvodában.

A mozgásvizsgálatban alacsony teljesítményt mutató gyermekek más részképességek, az intelligencia és a kognitív képességek területein is alacsonyabb eredményt ért el LAKATOS (2003) 1200, 5-12 éves gyermekkel végzett vizsgálata során. Emellett GYENEI (2006) első osztályos gyermekek körében végzett vizsgálatokat, ahol a tanulmányi eredményességet vetette össze az óvodában töltött évek számával, nemek szerinti és a fejlesztésben való részvétel összefüggésében. A lányok, akiknél nem történt fejlesztés, finommotoros mozgásban kimutatható különbséget mutattak a fiúkhoz képest (2006:214). A tanév elején mért perceptuomotoros funkciók (térpercepció, finommotoros koordináció) fejlettsége, valamint a figyelmi teljesítmény csak a félévi tanulmányi eredményesség jó előrejelzőjeként mutatkozott, a finommotoros koordináció értéke év végén is éreztette hatását. „A figyelmi teljesítmény csak a fejlesztett gyerekek esetében, a finommotoros képességek pedig mind a fejlesztett, mind a kontroll tanuló csoportban jó előrejelzője az első osztályos tanulmányi sikereknek.” (GYENEI, 2006:214-215)

A mozgás, a motoros készségek fejlettsége tehát már az óvodás korban fontos információkat szolgáltat a gyermekek későbbi tanulási képességeiről, amelyek spontán fejlődésének támogatására, korrekciójára is ideális időpont. A különféle mozgásra építő fejlesztő programok, terápiák közös célja tehát a tanulási zavarok megelőzése, egyúttal a tanulási folyamatok zavartalanságának minél jobb biztosítása. Fontos ugyanakkor az elérhető fejlesztő és terápiás irányultságú beavatkozások különbségeinek megvilágítása annak érdekében, hogy láthatóvá váljon, mely pontokon kívánnak hatást elérni, illetve milyen esetekben szükségesek.

III. MOZGÁSRA ÉPÜLŐ PREVENTÍV ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

III.1. A GYÓGYPEDAGÓGIAI TERÁPIÁS TEVÉKENYSÉG

A pedagógiában és a gyógypedagógiában a terápiás gondolat a kezdetektől megjelent a gyermek lelki problémáinak megelőzésére, testi-lelki egészségvédelemre irányuló törekvésekben. A gyógypedagógia ugyanakkor a huszadik századtól már nem csak az iskola világára korlátozódott, olyan összetett tevékenységekhez, mint a korai fejlesztés, vagy az autista gyermekek nevelése igényelte a pszichológia felé fordulást (LÁNYINÉ, 2004:76-78). A gyógyító pedagógia fogalmának történeti áttekintése során megfigyelhető a „terapeutikus nevelés”, „pedagógiai terápia” kifejezések használata, amelyeket ezeknek a különféle problémák (okainak) kezelésében tartottak hatékonynak (MESTERHÁZI, 2001:30). A tevékenység specializálódása során kialakult a terápiák alkalmazásának köre: „A gyógypedagógiai terápia különösen akkor indokolt, ha például az érintett személy pszichikus funkcióinak fejlődésben, képességprofiljában, szocializációjában valamely területen olyan eltérések mutatkoznak, amelyek különösen nehezítik a harmonikus fejlődés, a személyiség kiegyensúlyozott érlelődését” (MESTERHÁZI, 2004:34-35).

MESTERHÁZI (2004:37) szerint „a nevelés, rehabilitáció és terápia hármassága” a gyógypedagógiai folyamat. Ennél bővebb meghatározás szerint a gyógypedagógiai tevékenység a speciális nevelési szükségletű személyek személyiségalkotása érdekében „egymással összefüggő nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás, rehabilitációs hatású résztevékenységek sokaságából építkező komplex folyamatban valósul meg.” (GORDOSNÉ, 2004:13). A speciális nevelési szükséglet megjelenésével „a speciális terápiás, valamint a speciális rehabilitációs szükséglet” fogalma is létrejött (MESTERHÁZI, 2004:25), melyet a szerző úgy pozicionál, hogy „a terápia „lokalizáltabban” irányul a személyiségre, mint általában a gyógypedagógiai nevelés”, illetve „a speciális neveléssel szorosan összefüggő speciális eljárás”. (MESTERHÁZI, 2004:35)

A „speciális” jelző használatánál fontos annak tartalmi tisztázása: „a speciális jelző se a nevelési célokra, se a populációra nem utal, egyszerűen a megszokottól, az általánostól való eltérést fejezi ki” (LÁNYINÉ, 2004:71). A terápiás tevékenység jelentésének elemzése a gyógypedagógia fontos kérdésköre, hiszen Mesterházi Zsuzsa megfogalmazása szerint „A gyógypedagógiai nevelés terápiás hatása és a gyógypedagógiai terápia nevelési irányultsága megnehezíti a különbség pontos definiálását.” (MESTERHÁZI, 2004:34). A tevékenység leírásánál a fő sajátosságok megragadásához hangsúlyozza, hogy a gyógypedagógiai terápiák „nem közvetlenül a sérülést kívánják befolyásolni, hanem az ebből következő fogyatékoságot,

korlátozottságot, akadályozottságot. A gyógypedagógiai terápiás eljárások a gyógypedagógiai nevelési folyamat keretében vagy azt kiegészítve, annak valamely speciális területén nyújtanak célirányos és intenzív segítséget” (MESTERHÁZI, 2004:34).

A gyógypedagógia szoros kapcsolatban van más diszciplínákkal (orvostudomány, pszichológia), amelyek hatást gyakorolnak gyakorlatára és szemléletére is. A gyógypedagógus munkája sok esetben kiegészíti az orvos terápiáját (MESTERHÁZI, 2004:31).

A pedagógia területével rokon beavatkozások (terápia, fejlesztés, rehabilitáció, rehabilitáció, korrekció, kompenzáció, felzárkóztatás és más módszerek) között a legfontosabb különbséget ILLYÉS (2004:59) a tevékenység céljában látja: „Mindegyik eljárás hatásokat alkalmaz, valamilyen állapot megváltoztatására. A terápiás és a fejlesztő eljárásokban nagyobb szerepet kap az idegrendszeri és pszichológiai funkciók fejlesztése, míg a pedagógiai típusú eljárásokban általában a funkciók fejlesztése mellett a tapasztalatok, az ismeretek, a tudás kialakítása kerül előtérbe.” Emellett további eltérés, hogy míg ILLYÉS szerint a terápia idegrendszeri funkciók és a pszichológiai funkciók területeit érinti, a képességek szintjén hat leginkább (ami nem tudatosítható, procedurális működés), addig a nevelés a viselkedésre és a tudatosítható, deklaratív működésre hat) (2004:63). P. BALOGH szerint a fejlesztés lényege, hogy a korosztály érési folyamataihoz, életkori sajátosságaihoz igazodik, ugyanakkor nem akarja gyorsítani a fejlődés ütemét. A korrekciós tevékenység ettől különbözik, ahol a „a fejlődési ívben bekövetkezett megakadás, lemaradás rendezésére irányuló beavatkozás” történik (P. BALOGH, 2009:14).

A gyógypedagógiai tevékenység szoros kapcsolatban van a pszichológiával is. Fogalma rokonságot mutat a pszichoterápiákkal, „melynek lényege szintén a kiegyenlítés, javítás/javulás, vagyis pszichológiai eszközökkel történő gyógyítás” (LÁNYINÉ, 2004:73). BUDA (1981:5 és 1993) definíciójában a két tevékenység azonosságait foglalja össze: „minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás – szociológiai nyelven interakció – és kommunikáció révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban” (idézi LÁNYINÉ 2004:74). LÁNYINÉ a modern, humanista koncepciók holisztikus szemléletében látja a nevelési, fejlesztési és terápiás eljárások integrálását az individuális szükségletek kielégítéséhez.

A modern gyógypedagógiát azonban a felsorolt diszciplínákhoz való közelsége mellett GORDOSNÉ (1993) „pedagógiai dominanciájú, önálló, komplex tudománynak” definiálja. A gyógypedagógia pszichológiához való közeledésében szerepet játszik, hogy szintén fontos eleme az individualizáció, az „egyén- és gyermekbarát pedagógiai gondolkodása”, amely „a pszichológiai segítségnyújtás alapkiindulásával van rokonságban” (LÁNYINÉ, 2004:78).

MESTERHÁZI szerint a gyógypedagógus terapeuta szerepe elsősorban a gyógypedagógiai tevékenységek az „individuális fejlődési zavarokra irányuló gyógypedagógiai terápia” területén nyilvánul meg. A terápiás hatás „a pszichikus és a szociális folyamatokra gyakorolt terápiás célú hatások” összessége (MESTERHÁZI, 2001:31).

Magyarországon jelenleg a gyógypedagógia mesterképzés nyújt kifejezetten gyógypedagógiai terápia szakirányú ismereteket, amelynek részei a klinikai gyógypedagógia, a kognitív fejlődés-neuropszichológia, a diagnosztikus rendszerek és a rehabilitáció területei, valamint életkorspecifikus gyógypedagógiai intervenció, illetve a speciális terápiás fejlesztő eljárások, viselkedésterápiás eljárások, segítő kapcsolat kérdései. A legtöbb terápiás ismeret ugyanakkor különböző továbbképzéseken keresztül szerezhető, gyakran nem kizárólag gyógypedagógus végzettséggel.

A terápia fogalmának fenti elméleti megközelítésein kívül a gyógypedagógus terápiás tevékenységének leírását további szakmai dokumentumok tartalmazzák, melyek alapján a szakma képviselői tevékenységüket végzik. Ezek közül fontos kiemelni a jelenleg hatályos 15/2013. EMMI rendeletet, amely a pedagógiai szakszolgálatok működésében irányadó a kifejezés jelenlegi értelmezése és dolgozatom témája szempontjából is.

A pedagógiai szakszolgálati tevékenységeket elemezve megjelenik e fogalomhasználat a nevelési tanácsadás feladatkör összefüggésében. Ennek keretében az intézmény a pedagógiai, pszichológiai támogatást, a fejlesztést, valamint a terápiás gondozást végzi, továbbá terápiás ellátást, korrekatív megsegítést nyújt. Természetesen ezen kívül más tevékenységeket is ellát, például a család nevelő, illetve a pedagógus nevelő és oktató munkájának és a kapcsolattartásuk támogatását, valamint a komplex pszichológiai és gyógypedagógiai ellátás keretében terápiás ellátást, korrekatív megsegítést ad. A logopédiai ellátásban a különféle zavarokhoz kapcsolódó prevenció, állapotmegismerési és terápiás tevékenységeket különböztethetünk meg. A logopédiai vizsgálat során „terápiás javaslat” születik a logopédiai fejlesztésre, illetve annak időkereteire. A pszichológus elsősorban pszichoterápiás kezelésre, családterápiára tesz javaslatot, az orvos pedig az orvosi terápiás eljárásokat javasolja szükség esetén.

A szakértői bizottsági feladat tevékenység keretében a szakértői vélemény elkészítése ad tájékoztatást a gyermekek ellátásával kapcsolatban. A rendelet (3. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez) alapján a tanköteles kort megelőző óvodáskorú gyermekek esetén határozza meg annak szerepét, mi szerint „támpont a fejlesztés, a terápia megtervezéséhez, az intézményes ellátás formájának és színterének kijelöléséhez”, míg a beiskolázás idején tartalmazza „szükség esetén a terápia színterére és formájára vonatkozó” javaslatot. A szakértői

vélemény „Javaslatok”⁸ részében szerepel a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség megállapítása esetén a „komplex/speciális funkciókra irányuló, terápiás eljárások megnevezése, az azt ellátó pedagógus szakképzettségére vonatkozó javaslat” (természetesen a fejlesztő, a rehabilitációs célú/foglalkoztatások keretei között).

Többféle szakember kompetenciakörébe beletartozik valamely terápiára való javaslattétel a komplex szakértői vizsgálat során. A gyógypedagógusok vizsgálják a gyermek számára „kedvező fejlesztési/nevelési-oktatási/terápiás színtér, intézmény lehetőségét”, megítélésén múlik „a kompenzáció, korrekció, felzárkóztatás lehetőségeit, a fejlesztési, nevelési-oktatási, terápiás esélyek”, „a taníthatóság”, „a gyakorlékonyság mértékének” mérlegelése, illetve, hogy meghatározza a segítségnyújtás típusát és felhasználásának mértékét.

III.2. A HAZAI TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK IRÁNYAI

III.2.1. A hazai terápiás eljárások körének bővülési folyamata

LÁNYINÉ (2004) a terápiás, rehabilitációs megközelítések számbavételekor rámutat, hogy a 20. században számos fejlesztő program alakult ki, amelyek egy-egy részképesség tréningjére irányultak. Ezek a gyógypedagógusok módszertanában nem szerepeltek korábban, az osztálytermen kívüli világra, az egyéni korrekció kereteibe illeszkedtek és általában más szakemberek végezték. Ennek következményeként a gyógypedagógusok magukat is képzik ilyenek elsajátítására, illetve a képzőintézmények is próbálják integrálni a speciális terápiás ismereteket (LÁNYINÉ, 2004:78-79).

A nagyszámú terápiás és fejlesztő eljárás elterjedésének jótékony hatásának tekinti ILLYÉS (2004:61) a hazai gyógypedagógiai gyakorlat gazdagodását, illetve a hatásmechanizmusokról való gondolkodásra gyakorolt hatását. A pedagógusok számára ugyanis szerinte a módszerek mögötti elméleti megközelítések megismerése segíti a „problémamentes gyerekek” esetén is értelmezni tanulásuk háttérét. Módszerük lényege a fejlődés sérült szakaszainak rekonstruálása, ami a funkcionális összefüggéseket teszi láthatóvá, „pedagógiai eszközökkel befolyásolhatóvá” (ILLYÉS, 2004:62). Emellett a pszichológiai elemekkel telített eljárások (egy részének) alkalmazása nem igényel pszichológiai végzettséget, mivel a gyógypedagógus szakmai műveltsége is tartalmaz pszichológiai ismereteket (JÁSZBERÉNYI, 2004:116).

Meg kell azonban jegyezni, hogy ez a bővülés a mai napig is tart. Bár ILLYÉS (2004) a terápiás eljárások sokféleségével kapcsolatban tanulmányában fontos problémaként nevezi meg, hogy a külföldről átvett eljárásoknak kevés a tudományos bizonyítéka, ezek tapasztalati

⁸ 3. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez 5. Szakértői vélemény tartalma

ellenőrzése gyakran hiányos, hatékonyságuk nem igazolt rendszeres vizsgálatokkal, talán ma is aktuális felvetések. Ahogy megfogalmazása jelenleg is igaz lehet: „Nem kétséges, hogy az eljárások terjedését jó szándékú segítő akarás motiválja, az alkalmazó eredményt, kedvező változást akar elérni”, emellett üzleti vállalkozás is. (ILLYÉS, 2004:61; KERÉKI, 2015b) Ez azt is jelenti, hogy alkalmazásuk kritériumainak világossá tétele a gyermekek fejlődésének szakmai szempontokon alapuló biztosítása közös érdeke a szakembereknek és a szolgáltatást igénybe vevőknek.

A terápiák körének bővüléséről GORDOSNÉ (2004) szerkesztésében átfogó képet kaphatunk különböző típusú megközelítések szemszögéből, mint a pszichoterápiák, a művészeti terápiák, a kognitív terápiák, vagy egyes fogyatékosági csoportoknál alkalmazható eljárások. Ezek közül a dolgozat témájához szorosabban kötődő irányzatokhoz tartozó módszerek bővülésének folyamatára bővebben is szeretnék kitérni.

A pszichoterápiás ellátások és más terápiás ellátások körének gyarapodásával járt, hogy már nem csak verbális, hanem nonverbális terápiák is terjedni kezdtek (például táncterápia, zeneterápia, szenzoros integrációs jellegű terápiák). Komplex, éneklődést segítő, a szélsőséges aktivitási szintet szabályozó eljárásokként jelentek meg a tanulásban vagy értelmileg akadályozott személyeknél (JÁSZBERÉNYI, 2004:123). Ennek okaként a fogyatékos állapottal járó pszichés megterhelést látja Jászberényi Márta: „Az akadályozott személy [...] egy adott időben igényli azt a speciális kapcsolatot, amit a megfelelő tanácsadás vagy pszichoterápia nyújtani tud.” (JÁSZBERÉNYI, 2004:115)

Emellett a kognitív irányzatok megjelenése is segítette különféle eljárások terjedését, amelyek az érzékelés, az észlelés folyamataira irányultak. Alapgondolatuk szerint ezeknek a folyamatoknak a rendezése során a kognitív képességek fejlődésére is hatással lehetnek. Ezek köre is széles, ZSOLDOS (2004:463-464) Frostig, Affolter és Heide Helstab, Ayres, Sindelar fejlesztő programjait említi meg ezek közül tanulmányában. A magyar eljárások közül ide sorolható Porkolábné Balogh Katalin komplex prevenciós óvodaprogramjának a kognitív fejlesztéssel foglalkozó részterületei, Gósy Mária beszédészlelést fejlesztő eljárása, Nagyné Réz Ilona térbeli tájékozódást fejlesztő terápiáját, Rosta Katalin testséma alakító módszerét és Csabay Katalin olvasás-írás előkészítő gyakorló anyagát.

A felsorolt eljárások ugyanakkor a már korábban említett perceptuomotoros irányzathoz sorolhatók és a szenzomotoros rendszer differenciált fejlesztését szorgalmazzák (GYARMATHY, 1998). Módszereik ugyan eltérnek, a központi kérdés azonban mindenkinél az maradt, hogyan lehet a mozgásos készségek, az értékelés, az észlelés és a vizuomotoros készségek fejlesztésén keresztül segíteni a tanulási folyamatot. A felsorolt eljárások a kognitív területek és a

szenzomotoros funkciók fejlődését együttesen kívánják tehát befolyásolni. Ide tartoznak olyan eljárások is, amelyek holisztikus jellegűek, a teljes személyiséget szólítják meg: „egyszerre segítik a kisgyermeket abban, hogy testüket, intellektusukat, kommunikációjukat és kötődési kapcsolataikat, önbizalmukat egyre magasabb szinten működtessék a világ megismerése közben” (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:59).

A szenzoros integrációs terápiák külön területként is megjelentek (nem ragaszkodva a pszichoterápia, vagy a kognitív terápiák fogalmi kereteihez), amelynek szemléletéhez számos további eljárás kapcsolódik. Önálló tudományos kutatási irányként kiterjedt kutatási tevékenységgel bír. A szenzoros integrációs terápiával kapcsolatban az utóbbi években a terápia elhatárolásának szándékával kiterjedt kutatómunka zajlott. PARHAM és mtsi. (2007) egy szempontrendszert alakítottak ki a terápia karakterisztikájának meghatározására, amely alapján egyértelműen elhatárolható más, a szenzoros integráció elméletén alapuló eljárásoktól. Ennek oka a terápia hatékonysága kutatásának előkészítése is volt, mivel így a terápiás protokoll kivitelezése egy kialakított szempontrendszer segítségével nemzetközileg szavatolható. Ennek szükségességét indokolja, hogy a terápia számos ponton kapcsolódik más eljárásokhoz, például Rood szenzomotoros, Kephart perceptuo-motoros megközelítéséhez, a Bobath-terápiához a közös neurofiziológiai gyökereik révén (SZVATKÓ, 2004:490). Ezek a mozgás, a mozgásos tapasztalatszerzés eszközével az érzékelés, az észlelés folyamatára, valamint az idegrendszer működésére kívánnak hatást gyakorolni. Különbségeik tisztázása azonban szükséges lehet a megfelelő eljárás kiválasztásához.

A teljesség igénye nélkül néhány további eljárást megemlítve és egyben illusztrálva a terület összefonódását más funkciók fejlesztésével, KIESLING (2014) a logopédia, beszédterápia kapcsolódását mutatja be a szenzoros integrációs terápiával, ahol az észlelés, a száj körüli érzékenység javítását célozzák. AYRES (2015) pszichoterápia vagy tanácsadás, illetve a játékterápiával való hasonlóságokat elemzi, ez utóbbit a pszichoterápia egyik formájának tekinti. AYRES (2015:150) szerint a „játékterapeuták nem gondolkodnak abban, hogy a tetteik a gyermek agyában is nyomot hagynak és nincsenek kiképezve a szenzoros integráció előmozdítására.” A játékterápiában pszichodinamikus felfogás érvényesül, vagyis a terapeuta megpróbál egy meghatározott érzelmi és szociális tapasztalatot adni. A szenzoros integrációs terápia is „tartalmaz emocionális és szociális fejlődést, de csak, mint a sokkal alapvetőbb szenzoros integrációs működés végterméke” (AYRES, 2015:150). A perceptuo-motoros tréning, amely a gyerekeknek speciális észlelést és képességeket tanít (pl. puzzle, ugróiskola), jól kapcsolódik a szenzoros integrációs terápia céljaihoz. A fizikoterápia és az ergoterápia a taktilis háritás, a félénk, pszichésen kibillent egyensúly és az autizmus kapcsán nyújt szenzoros

tapasztalatokat. Kapcsolódó mozgásterápiák továbbá a motopédia, a pszichomotorika (KISS, 2002; KIESLING, 2014), esetleg a lovaglás, a gyógyeuritmia, vagy a terápiás judo (KIESLING, 2014). Sőt, bizonyos szabadidős tevékenységek is kedvezően járulhatnak hozzá a szenzoros integráció működéséhez: SÖCHTING (2006:148-153) a labdajátékok, lovaglás, vízi sportok, küzdősportok, ugrások, a síelés, ritmikus tevékenységek (tánc, dobolás) szerepét hangsúlyozza.

III.2.2. A hazai preventív és mozgásterápiás eljárások kapcsolódásai a nemzetközi eljárásokhoz

A fejlődés folyamatának áttekintésével látható, hogy a 3-7 éves korban van a perceptuális és a motoros (elsősorban a finommotoros) fejlődés szenzitív periódusa. Az ide tartozó funkciók (nyelvfejlődés, észlelés, észleletek integrációja, figyelem, emlékezet, téri orientáció, szerialitás) kialakulásához és begyakorlásához ebben az életkorban támaszt nyújthatnak a szakemberek az átgondolt, célzott tevékenységükkel. Ezzel a céllal különféle kezdeményezések korán kialakultak, hazánkban is hagyománnyal bírnak. Az iskolai eredményesség elősegítésére irányuló programok közül kiemelhető BERNINGER (1999), PUOLAKANAHO és mtsi. (2007), Eden MOATS (2002) kezdeményezései, amelyekhez az óvodás korosztályt tekintve legátfogóbb kezdeményezésként csatlakozik P. BALOGH Komplex Preventív óvodai Programja (1997). A program 15 éves kutatói munkán alapult, illetve 1997-től országosan választható programmá vált.

A preventív jellegű tevékenység azért is indokolt az óvodáskorban, mert a tanulási zavar diagnózisa nem mondható ki még biztosan ekkor, a beavatkozás szempontjából azonban pótolhatatlan időszakra van szó. Emellett korai segítséget jelenthet ez az érési elmaradás esetén is (N. KOLLÁR és SZABÓ, 2017:526).

Magyarországon számos nemzetközi gyökerekkel rendelkező terápia elérhető, valamint több, hazai fejlesztési eljárás is rendelkezésre áll az azokat igénylők számára. KERÉKI és LANNERT (2009) kutatásában például több, mint harmincféle hazai terápiát gyűjtött össze a legismertebbek közül, amelyeket kutatásának résztvevői továbbiakkal egészítettek ki. Ebből is látható, hogy a lehetőségek színes palettájának áttekintése nem könnyű feladat, azért sem, mert többnyire ezeknek a módszereknek leírásai külön-külön olvashatók, a szakirodalomban elsősorban inkább elméleti hátterük alapján vizsgálhatók kapcsolódási pontjaik.

A legfontosabb, mozgásterápiás eljárások egymáshoz való viszonyára szeretnék rámutatni a következőkben, amelyek a mozgás, az érzékelés, az észlelés és a mozgással történő tapasztalatszerzéssel összefüggésben kerülnek alkalmazásra.

A magyarországi mozgásterápiák egyik meghatározó irányvonalát Delacato és Doman munkássága alapozza meg. Az 1960-as években indított kutatásokra alapozott eljárás az ősi mozgásminták és az egyedfejlődési szakaszokon való végighaladás folyamatára irányították a figyelmet, így javíthatónak tartotta a sérüléseket. A tanuláshoz kapcsolódva arra építette elméletét, hogy „az agy szervezettségi szintje befolyásolja a tanulási problémákat, és mindez a korai fejlődési fázisban észlelhető mozgások ismételtetésével jól fejleszhető” (GODDARD, 2015:41). Bár az egyedfejlődésről szóló elméletet később cáfolták, munkásságának eredménye többek között az, hogy a fejlesztés hatására a beszéd is beindult a résztvevőknél. Kulcsár Mihályné adaptálta módszerét (1990), illetve Marton-Dévényi Éva Delacato és Doman, illetve Temple Fay nyomán, építve Lurija neuropszichológiai, Földi Rita labdagyakorlatára és Falvay Károly néptáncos mozgáselemeire, kialakította az ún. Alapozó Terápia módszerét (MARTON-DÉVÉNYI, 2009:40-43). Ehhez az elméleti megközelítéshez sorolható továbbá az INPP reflexkorrekciós módszer is, melynek hazai bevezetését Zweegman-Kocsis Magdolna kezdeményezte (GODDARD, 2006:14).

A szenzoros integráció elméletére épülő terápiák alkotják a másik nagyobb irányát a hazai, leggyakrabban alkalmazott eljárásoknak. A szenzoros integrációs terápia hazai elterjedésében Kulcsár Zsuzsanna és Varga Izabella munkássága, valamint más úton Gereben Ferencné közvetítése játszott nagy szerepet. Bár alapvetően az ergoterápiában⁹ gyökerező eljárásról van szó, a hazai képzéseken a 90-es évektől elsajátítható pszichoterápiás szemléletű, Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia a lelki történések kapcsolati dinamikájára épít (SZVATKÓ, 2016). Másik kialakult iránya SZVATKÓ (2016:291) megfogalmazásában „a mozgástréninggel operáló, „szűk értelemben vett pedagógiai irányultságú” terápia. A szenzoros integráció elméletéhez kötődik Lakatos Katalin TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning), valamint HRG (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika) módszere.

Említést kell tenni további eljárásokról, amelyek a hazai gyakorlatban mozgásterápiás módszerekként ismertek. Az idegrendszeri sérülések kezelésére specializálódó eljárásokhoz sorolható Pető András konduktív pedagógiai módszere, mely a mozgás, az értelmi, és az érzelmi problémákat is igyekszik figyelembe venni. Ami azonban a terápiás jellegtől elválasztja, hogy a személy fizikai adottságainak kezelésén túl a nevelés eszközeivel dolgozik inkább. Az

⁹ A foglalkozási terápia (ergoterápia) sajátossága, hogy megpróbálja megérteni az emberi viselkedést neurobiológiai szempontból. A foglalkozás azt jelenti, hogy a terapeuta segíti a klienst valamilyen céltudatos tevékenység elvégzésében. A szenzoros integrációs terápia is célra irányuló, a gyermek célja az aktuális tevékenysége. „Célirányos fizikai tevékenységeket végezni a legjobb út az emberi működés kialakításához – ahelyett, hogy beszéljünk, vagy gondolkodnánk róla” (SÖCHTING, 2006). A terápia más eljárásokkal is rokonságot mutat, bár nem azonos egyikkel sem (AYRES, 2015; KIESLING, 2014).

idegrendszeri rehabilitáció területéhez kapcsolódnak Katona Ferenc és Dévény Anna módszerei is. A „neuroterápia” a korai idegrendszeri károsodás esetén alkalmazandó (KATONA és BERÉNYI, 2015), míg a DSGM (Dévény Speciális manuális technika - Gimnasztika Módszer) pedig szakgyógytorna, amely komplex mozgáskorrekció, valamint kiegészül egy fejlesztésre, vagyis „a szabályos működés további finomítására” irányuló „speciális testképző gimnasztikával” (DÉVÉNY, 2017:11-21).

A magyarországi terápiák tehát jól követhetően csatlakoznak valamely tudományos elmélethez, esetleg egy-egy eljárás adaptációi, így egymáshoz való kapcsolódásuk ez alapján követhető. A legelterjedtebb irányzatok hasonlítanak abban, hogy az idegrendszeri sérülés rehabilitációjára irányulnak és leginkább az óvodás korban alkalmazzák őket. Módszertanuk azonban eltérő: a foglalkozás rendszeressége és intenzitása (tréning/terápia), hogy milyen közvetítő közeget használnak, melyek a sajátos eszközök, amelyeket használnak, illetve, hogy milyen szakmai előismeretet igényelnek, eljárásonként változik.

III.3. A MOZGÁSTERÁPIÁK FOGALMI MEGKÖZELÍTÉSEI

Bár hazánkban már több évtizedes múltra tekintenek vissza a különböző mozgásterápiás eljárások, KERÉKI és SZVATKÓ figyelmeztetnek a (mozgás)terápiákkal kapcsolatos tisztázatlan fogalmi helyzetre, vagyis, hogy a kompetenciák értelmezésénél nem állnak egyértelmű kritériumok a meghatározások mögött. „Önmagukban azok a fogalmak, hogy egy szakember mozgásterapeuta vagy zeneterapeuta, a hazai viszonyok között nem definiáltak, ezért nem mondanak sokat arról, hogy a képzettség milyen elméleti és gyakorlati ismereteket, készségeket ölel fel.” (2015:38)

A mozgásterápiák fogalmának tisztázása alapvető kritérium lenne az előző fejezetben tárgyalt szemponthoz hasonlóan, vagyis, hogy világossá váljon a terápiák egymáshoz való viszonya. Bár a dolgozatban ennek a problémának a feloldására nem vállalkozhatom, a következőkben szeretném a mozgásterápiák fogalmi megközelítéseit és csoportosításuk lehetőségeit felvázolni, ezzel segítve a tájékozódást közöttük, valamint kijelölve a dolgozatomban az e fogalomhoz sorolt eljárások körének kiválasztási szempontjait.

A terápiás eljárások közül a legismertebbek közé tartoznak a mozgásterápiák, amelyek széles körben elérhetők, Magyarországon térítésmentesen többnyire a kórházakban és a pedagógiai szakszolgálatokban, illetve különböző szervezetek, szolgáltatók is kínálnak ellátást költségterítéses formában (KERÉKI, 2014:123). A mozgásterápiák fogalmába tartozó eljárások számbavétele különféle szempontok szerint történik a kutatások során, illetve még a pedagógiai szakszolgálatok számára írt protokollokban sem egységes a rendezés alapelve. A

következőkben néhány kiemelt példán keresztül szeretném bemutatni ezek legfontosabb jellemzőit, amelyekre alapozva alakítottam ki dolgozatomban a vizsgált eljárások körét.

A dolgozatban mozgásterápiás eljárásokként megnevezett módszerek közös fogalmi meghatározása során nem csak az okoz nehézséget, hogy azok sokféleképpen csoportosíthatóak céljaik vagy más szempontok mentén. Problémát jelenthet, hogy a gyógypedagógia mellett további szakmák (pl. gyógytornász) is használják a kifejezést, így annak tartalma is változhat azt alkalmazó szakmától függően. CZEIZEL (2009) úgy fogalmaz, hogy a mozgásfejlesztést a mozgásfejlesztő szakember javasolja, akik azonban többféle szakma képviselői lehetnek. Néhány főbb területet említve, a mozgásterápiák alkalmazásában érintettek a gyógytornászok, fizioterapeuták, ergoterápiás szakemberek, de a mozgáskorlátozottak speciális pedagógiájára szakosodott gyógypedagógusok mellett olyan pedagógusok is, akik valamilyen továbbképzés során sajátítottak el terápiás ismereteket. A különböző szakemberek hazai és nemzetközi módszereket is alkalmaznak a probléma súlyosságától és típusától függően a motoros funkciók eltérő fejlődésének terápiája során. KEREKI (2011) a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek képzettségeinek összesítésénél aszerint alakított ki csoportokat, hogy milyen feladat ellátásban tudják hasznosítani azokat a szakembereket. A mozgásfejlesztő szakemberek/mozgásterapeuták, konduktorok kerültek egy csoportba a képzettségek besorolásánál, ahová a DSGM-, a TSMT-, vagy a HRG-terapeuta, a konduktor, a szomatopedagógia szakos gyógypedagógus, a gyógytornász, egyéb mozgásfejlesztők kerültek még beszámításra. A gyógytestnevelő, gyógymasször, gyógyúszás szakedző az egyéb segítő szakemberek közé került a kora gyermekkori intervencióban érintett szakemberek körének áttekintésekor (KEREKI, 2011:208-209).

KEREKI (2015b:77) a kora gyermekkori intervenció rendszerének leírásánál „speciális terápiás ismeretekként” szerepelteti a különböző szükségletű gyermekek esetében alkalmazott terápiákat (KEREKI, 2015b:77), például a mozgásterápiákat. A pedagógiai szakszolgálatok számára összeállított, a munka összehangolására, az információk megosztására és hatékony kezelésére, a visszacsatolásra irányuló protokollok (KEREKI, 2015b:5) további szempontok szerint alkotnak csoportokat az eljárásokból. Céljukként KEREKI és SZVATKÓ (2015:61) megjelöli „az érzékelés-észlelés, a mozgásnevelés és az egészséges életmódra nevelés” területeit. A legismertebb eljárások között említi a Katona-módszert, a konduktív pedagógiát, a DSGM-, a HRG-, és a TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) eljárásokat, illetve a szenzo(moto)ros integrációs terápiát (2014:123).

Fontos különbséget tenni gyógypedagógiai és az „egészségügyi szemléletű” terápiák között, amelyek kapcsán támpontokat adhat KEREKI és LANNERT (2009) korábban bemutatott

terápiás csoportosítása. Bár a felsorolás nem terjed ki valamennyi terápia tudatos kategorizálására (még a korai fejlesztésben alkalmazott eljárások körében sem), az egészségügyi terápiák csoportjához sorolják a gyógyúrást, DSGM-terápiát, a Katona-módszert, masszázsokat, míg gyógypedagógiai terápiaként tekintenek például a Bobath-módszerre és a TSMT-re (2009:163).

KAPRONYI és ZELENKA a fejlesztő nevelés területén „speciális mozgásfejlesztés” kifejezésként nevez meg olyan eljárásokat, mint az „Ayres-terápia” (amelynek eszközeit a mozgásnevelésnél sorolja fel), a konduktív pedagógia, a HRG és más módszerek (2015:16). Ezeket az eljárásokat a szomatopedagógia szakos gyógypedagógus, a konduktor és a pedagógus végzettséggel rendelkező gyógytornász végzettségéhez köti a szerzőpáros. Használják emellett a „mozgásnevelés” kifejezést is a fejlesztéshez szükséges eszközök felsorolásánál (2015:27).

Az itt használt csoportosításnál a „testorientált módszerek és mozgásterápiák” kategóriába kerültek azok az eljárások, ahol az érzékelés-észlelés, a mozgásnevelés és az egészséges életmódra nevelés fejlesztése a fő cél. A legfontosabb terápiákként felsorolják a szerzők a Fröhlich-féle bazális stimulációt, amely az érzékelés, az észlelés és a szenzomotoros funkció fejlesztésére irányul, az Ayres-féle szenzoros integrációs terápiát (illetve a Dinamikus szenzoros integrációs terápiát), a HRG, a Snoezelen terápiákat, állatasszisztált terápiákat és további módszereket (pl. DSGM, Body-Mind Centering, Pfaffenrot manuális terápia, Bowen terápia, TheraSuit/TheraTog terápia). (KAPRONYI és ZELENKA, 2015:61)

A terápiás eljárásokat „a szűkebb spektrumú”, „részfunkciót célirányosan fejlesztő”, illetve a „teljes személyiséget megszólító” jellegük dimenziója mentén helyezi el KERÉKI és SZVATKÓ (2015:58). Ez utóbbiakat a nem-specifikus, holisztikus szemléletű megközelítések közé sorolják, amelyek „a zeneterápiás, tánc- és mozgásterápiás, a szenzoros integrációs terápiák, általában a művészetterápiás, kreatív módszerek”. Ezek a koragyermekkor szempontjából kiemelt terápiákként kerülnek megnevezésre. Továbbá például az állatasszisztált eljárások, a játékterápiák, az érzelmi fejlődést célzó módszerek és a Snoezelen relaxációs terápia a tréningmódszerekkel szemben definiált eljárások.

KERÉKI és LANNERT 2009-ben végzett kutatásában a magyarországi terápiás ellátások feltérképezése során öt csoportot alakított ki a korai fejlesztésben alkalmazott eljárásokból. A csoportosítás alapot adhat a terápiák kapcsolatának megfigyeléséhez, amelyek köre természetesen nem teljes, hiszen csak a korai életévekben alkalmazott módszerekre vonatkozik elsősorban.

„Normál”, gyógypedagógiai terápiák képezték az első csoportot: a látásfejlesztés, hallástréning, hallás- és beszédnevelés, magatartás- és viselkedésterápia, megkészt

beszédfejlődés terápiája, a fény- és hangterápia, játékterápiát és egészségügyi masszázsok. A mozgásterápiás eljárások nagy részét a „nagy módszerek” körébe sorolták (Dévény Anna-féle manuáalterápia, a konduktív mozgásterápia, Katona-féle neuroterápia, a komplex korai gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás és a HRG). „Egészségügyi terápiákként” nevezték meg a gyógytorna, gyógyúszás, fizioterápia, pszichoterápia módszereit, valamint „delikát terápiákként” a gyógylovaglást, zeneterápiát. A „népszerű terápiák” körébe tartozott a babamasszázs, a baba-mama úszás és a beszédfejlesztés (KEREKI és LANNERT, 2009:164).

IV. A MOZGÁSTERÁPIÁK ALKALMAZÁSA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

IV.1. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERE

IV.1.1. A kora gyermekkori intervenció fontossága

Az utóbbi években egyre elfogadottabbá kezd válni mind a szakmai, mind a társadalmi megítélésben a minél korábban megkezdett fejlesztés szemlélete. Ennek jelentősége, hogy nagy figyelem fordul a korai megsegítés lehetőségeinek feltárására és a cselekvésre. A következőkben azokat a szempontokat szeretném bemutatni, amelyek alátámasztják a korai intervenció fontosságát.

Az utóbbi évtizedek kutatásai jelentős érveket fogalmaztak meg a gyermekek fejlődésének minél korábbi megsegítésének fontossága mellett. SHONKOFF (2000) úgy fogalmaz, hogy „[a] születéstől – sőt, a fogantatástól számított első néhány évben a gyermek egyetlen későbbi életszakasszal sem összehasonlítható mértékben fejlődik” (idézi CZEIZEL, 2009:156). A korai időszakban az agy plaszticitása miatt számos idegrendszeri sérülés jól korrigálható megfelelő neuroterápia alkalmazásával (BERÉNYI és KATONA, 2014:185). Ez azt jelenti tehát, hogy az eltérő fejlődés, a károsodások korai felismerése a gyermek számára pótolhatatlan lehetőséget jelent a fejlődésének támogatásában. SHONKOFF és PHILLIPS (2000) szerint „a fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, a megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülését, a szociális, önszabályozó képesség, valamint az érzelmi biztonság kialakulását”. Ez azt is jelenti, hogy a beavatkozások ebben az életkorban a leginkább indokoltak.

A beavatkozások hatékonysága erősen függ e korai felismeréstől. CZEIZEL (2009:154) szerint „a korai fejlesztés akkor a leghatékonyabb, ha a gyermeknek pontos és minél korábbi életkorban megállapított diagnózisa van” CZEIZEL (2009:154) További szerzők is alátámasztják ezt a szempontot: „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 a számukra megfelelő terápiás vagy fejlesztő szolgáltatást.” (KEREKI, 2010:32) Nem mindegy azonban, hogy a korai fejlesztés milyen területen zajlik, „a megfelelő diagnózishoz illeszkedő, minél korábban elkezdett eljárásokban rejlik a sikeresség kulcsa.” (KEREKI, 2010:35).

A fejlődésemleletek hangsúlyozzák a korai tapasztalatszerzés szerepét idegpályák kialakulásában (KUTALAK, 1996, PARK és PETERSON, 2003), a nyelvelsajátítás, a problémamegoldó készség, egészséges szociális kapcsolatok kialakítása és egyéb képességek szempontjából. (CZEIZEL, 2009:156) Emellett egy praktikus szempontként merült fel, hogy a

korai fejlesztés költségeinél jobb befektetésnek minősül, mint a későbbi életút folyamán történő megoldások keresése, mivel az sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényelne (KEREKI, 2010:33). A korai beavatkozás, az emberi tőke beruházás jobban megtérül, minél korábban történik (CARNERIO és HECKMAN, 2003; DOYLE, HARMON, HECKMAN és TREMBLAYD, 2009). Összefüggést talált KERÉKI a gyermekek ellátására fordított óraszám, a szülők részvétele és a gyermek állapotának javulása között (KERÉKI, 2011:23). Ez a megállapítás is indokolja tehát a gyermekek minél korábbi, a szülők bevonásával történő fejlesztését. Ezzel ugyanis elérhető, hogy ne csak a foglalkozás/terápia keretein belül legyen alkalom a gyermek fejlődését elősegítő technikák alkalmazására, hanem a szülők maguk is – a terápia típusától, a terapeuta szakmai megítélése függvényében tréningjellegűen, gyakorlás útján, vagy a hétköznapi tevékenységekbe integráltan – közreműködjenek azok napi alkalmazásában.

IV.1.2. A kora gyermekkori intervenció célcsoportja, hazai intézményrendszere

A dolgozatom középpontjában elsősorban az óvodáskorú gyermekek képességei és ellátásuk vizsgálata áll (kiemelten a mozgásfejlesztés, mozgásterápia területét), amely kérdéskör a kora gyermekkori intervenció keretei között értelmezhető. A fogalom használatában a nemzetközi gyakorlat különbséget tesz a korai fejlesztés és a kora gyermekkori intervenció között. CZEIZEL és KEMÉNY (2015:77) az Early Childhood Intervention 2005-ben és 2009-ben kiadott dokumentum erre vonatkozó részét a következőképpen írja le: „a korai fejlesztés minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást magában foglal, amelyben a sajátos nevelési igényű gyermek és családja a nevelési-oktatási folyamat során részesül. A kora gyermekkori intervenció ellenben a hat évnél nem idősebb, eltérő fejlődésű és rizikógyermekre és családjukra fókuszál.” A dolgozatban a kora gyermekkori intervenciót azonban tágabban, KERÉKI (2015b) definíciója szerint értelmezem, amely a magyarországi szakmai környezethez igazítva került kialakításra az előbb említett dokumentum és más szakmai egyeztetések alapján (idézi KERÉKI és SZVATKÓ (2015:8-9). A fogalom tágabb értelemben vett használata azért szükséges, mert ezen a területen az utóbbi évek hazai fejlesztései (KERÉKI és LANNERT, 2009, CZEIZEL, 2009, KERÉKI, 2010, 2015b; KERÉKI és SZVATKÓ, 2015), a rendszer kialakítása e keretek között értelmezhető. Magyarországon KERÉKI (2015b:5) definíciója szerint „az iskoláskor előtti, speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek sajátos szükségleteik alapján megilletik őket.” A kora gyermekkori intervenció preventív szemléletű, ugyanakkor az ellátások és szolgáltatások összességét magában foglalja a gyermek fogantatásától iskolába lépéséig.

Az ellátásban érintettek köre sokrétű, azokat a gyermekeket érinti, akik különféle okokból valamilyen speciális támogatást igényelnek. A szükségleteknek megfelelő ellátás biztosítása több ágazat intézményeinek együttműködését teszi szükségessé. KERÉKI (2015b:8) négy nagyobb problémakört különít el a kora gyermekkori intervenció célcsoportjai között: egyrészt a fejlődési rizikóval született, a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, illetve krónikus beteg, másrészt a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett gyermekeket. A szociálisan hátrányos helyzetű, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik tovább bővítik az ellátottak körét, illetve ezen csoportok egymást átfedő rétegei tartoznak ide. Ettől eltérő szempontú megközelítés szerint a jelenleg hatályos köznevelési törvény¹⁰ fogalomhasználata alapján a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek jogosultak többlétszolgáltatásokra. Ők tehát a sajátos nevelési igényű, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermekek, tanulók, a kiemelten tehetséges, a hátrányos helyzetű és a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek. CZEIZEL (2009:154) azokat a gyermekeket tekinti jogosultnak a kora gyermekkori intervencióra, akiknek mozgásfejlődése, értelmi fejlődése, hallás- és látásfejlődése, kommunikációja, beszédfejlődése, szociális, érzelmi fejlődése jelentős elmaradást mutat a megfelelő diagnosztikai módszerek alapján. Továbbá a viselkedésbeli eltérések és más állapotok, „amelyek nagy valószínűséggel fejlődési elmaradást eredményeznek”, szintén szükségessé tehetik a fejlesztés mielőbbi megkezdését.

Mindkét felosztás alapján felmerül, hogy a csoportokon belül nagyon eltérő sajátosságokkal rendelkeznek a gyermekek, illetve a csoportok között is lényeges különbségek vannak. Éppen ezért a köznevelés intézményei mellett a szociális és az egészségügyi ellátás kapcsolódása szükséges a gyermekek ellátásához, valamint egyéb közreműködők bekapcsolódása is elképzelhető (pl. magánellátók, érdekvédelmi szervezetek, önkormányzat stb.) (lásd részletesen KERÉKI, 2014) A köznevelés területén e tevékenységben érintett intézmények közé tartoznak az óvodák, amelyek az iskoláskor előtti gyerekek számára „speciális szolgáltatások” nyújtásával vesznek részt (KERÉKI, 2015a:61), a pedagógiai szakszolgálati intézmények és az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények. Ebben az ágazatban a szakemberek pedagógus (óvodapedagógus, gyógypedagógus) és nem pedagógus végzettséggel (gyógytornász, (klinikai szak)pszichológus, konduktor, gyermekpszichiáter) működnek közre az ellátások biztosításában, szoros szakmai együttműködésben.

A szakemberek együttműködésének három modelljét különíthetjük el, amelyek a gyermekek szükségleteitől függően mutatkoznak meg a gyakorlatban. KERÉKI és SZVATKÓ

¹⁰ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 4. §

(2015:66-67) a szakmaközi kommunikációban az *interdiszciplináris* (ami a szolgáltatások koordinációja és az intenzív együttgondolkodásban mutatkozik meg), a *multidiszciplináris* megközelítést (amikor közös célokra minden szakember külön, egymástól függetlenül dolgozik), valamint a *transzdiszciplináris* (ahol a célokat közösen tűzik ki, az együttműködés során több szakma tudását és gyakorlatát a háttérben folyó teammunka segítségével valósítják meg) együttműködést nevezik meg. Mivel a gyermekekkel végzett munka nem minden esetben zajlik ugyanabban az intézményben, esetleg más ágazatot is érint, a teammunka megvalósítása sem feltétlenül gördülékeny, illetve szervezés tekintetében különböző megoldásokat igényel (akár gondolva például a helyben, többféle szakembert foglalkoztató korai fejlesztő központok, vagy például egy óvoda különbségeire, ahová a fejlesztést végző szakember elutazik).

Magyarországon a kora gyermekkori intervenció rendszere tekintetében az utóbbi években fontos fejlesztések történtek, amely során kidolgozott modellt a holisztikus szemlélet jellemzi. A modell a gyermeket, családját és a szélesebb társadalmi környezetet egységben szemléli, illetve a rendszerek összehangolt működésével egyénre szabott szolgáltatások elérését szeretné lehetővé tenni. CZEIZEL (2009:158-159) a családközpontúságot hangsúlyozza, tehát, hogy a gyermek egyéni adottságaihoz és a család igényeihez rugalmasan igazodjon az ellátás, valamint kiáll a szolgáltatások koordinálása és integrálásának gondolata mellett. Az European Agency for Special Needs and Inclusive Education ajánlásainak figyelembevételével a szolgáltatások minél közelebbi és minél korábbi igénybevitelének lehetőségének biztosítása, azok ingyenessége, vagy, hogy csak minimális anyagi terhelést jelentsen, fontos célkitűzések ezen a területen. Továbbá lényeges a szolgáltatások sokféleségének és ezek összehangolt együttműködésének biztosítása, valamint az interdiszciplináris team munka gyakorlatának alkalmazása, a különféle szakértők szakmai összefogása a szülők bevonásával (KEREKI, 2015b:7).

Tevékenységet összegezve a kora gyermekkori intervenció „a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző rehabilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is.” (KEREKI, 2015b:5)

IV.1.3. A kora gyermekkori intervencióban érintett gyermekek létszáma

A mozgásterápiát, mozgásfejlesztést igénylő gyermekek létszámáról nem állnak rendelkezésre pontos adatok. Az eljárások igénybevételére az iskolakezdés előtt álló gyermekek életkorában sor kerülhet az egészségügyi rehabilitáció keretében, a köznevelés színterén pedig a korai fejlesztés, a fejlesztő nevelés, a bölcsődei ellátás, vagy az óvodai nevelés során. Mivel a mozgásterápiák, illetve a mozgásfejlesztés az ellátás folyamata szempontjából a szakértői bizottság állapotmegismerése után következik, elméletileg elegendő lenne a szakértői bizottságok által adott javaslatok ismerete a gyermekek létszámának megítéléséhez. Nehézséget jelent ugyanakkor, hogy a mozgásfejlesztés nem az ellátás formájára, hanem tartalmára vonatkozik, erről azonban nem kerül összeállításra statisztikai kimutatás. Szükséges tehát a kérdés megválaszolásához olyan kutatás elvégzése, amely kifejezetten a terápiás ellátás típusaira vonatkozóan gyűjt adatokat.

A gyermekek létszámának a meghatározásához kiinduló pontként tehát azok körét lehet meghatározni, akik az iskolás kor előtt valamilyen ellátásban részesülnek a kora gyermekkori intervenció keretében. Az itt kapott létszámba beletartoznak azok is, akik az ellátás során részesülnek valamilyen formában mozgásterápiában.

A létszámadatokat kiszámítása többféle módon is történhet, beletartozhatnak a korai fejlesztésben preventív céllal résztvevő gyermekek is, akiknél inkább kockázati tényezők merülnek fel, mint egyértelmű diagnózisok (KEREKI és LANNERT, 2009:79), de a népszámlálás során fogyatékosként regisztráltak, esetleg az orvosi diagnózisok alapján érintettek (koraszülött, fejlődési rendellenességgel vagy kis súllyal született gyermekek), esetleg a különleges bánásmódot igénylő gyermekek.

KEREKI és LANNERT 2009-ben végzett kutatása során közepes becsléssel megállapították, hogy a korai fejlesztésre (0-4 évesek) alapvetően 10-15 ezer gyermeknek lett volna szüksége (KEREKI és LANNERT, 2009:83) és ebből 11 ezer körül volt azok száma, akik „súlyos szövődmény állapota alapján korai terápiás, fejlesztő ellátást” igényelne (KEREKI, 2011:16). A ténylegesen ellátott gyermekek számát vizsgálva körülbelül 8000 főre volt tehető a kora gyermekkori intervenció ellátásában részesülő gyermekek száma, beleértve az egészségügyi, pedagógiai, szociális intézményekben ellátottakat is (KEREKI, 2011:16-17). Szűkebben, a korai fejlesztés intézményeiben ellátottak számát durva becsléssel 6000 főre tették 2007-ben (KEREKI és LANNERT, 2009:85).

Az adatok alapján megállapítható volt, hogy a 0-6 éves gyermekek körében az akkori becslés alapján „az ellátásra szoruló gyermekek több mint egyharmada nem kerül be az ellátásba”. Bizonyos esetek rejtve maradnak és csak „az iskolai teljesítményzavarok

megjelenése kapcsán válik nyilvánvalóvá, diagnosztizálhatóvá” problémájuk. (KEREKI, 2011:17)¹¹. Ennek többféle oka is felmerült, KERÉKI és LANNERT (2009:93) kutatása alapján ezek háttérében áll a szűrés és jelzés minősége és hogy ha nem ismerik fel vagy el a fogyatékoságot, nagy megterhelés a család számára, „nincs megfelelő intézményi kínálat elérhető közelségben”.

A kora gyermekkori intervencióban részesülők létszámának aktuálisabb adatai nem állnak rendelkezésre. A KSH 2017/2018-as tanévre vonatkozó oktatási adatai alapján elmondható (STATISZTIKAI TÜKÖR, 2018), hogy óvodai nevelésben 9200 sajátos nevelési igényű gyermekek vett részt ekkor. Ha a kora gyermekkori intervencióban ellátottak számát szeretnénk meghatározni a köznevelés intézményeiben, ehhez számolhatjuk a fejlesztő nevelésben részesülők számát (2400 fő) is. Ha a kora gyermekkori intervencióban érintett 0-7 éves gyermekek számát szeretnénk megismerni (a köznevelés területére vonatkozóan), szükséges lenne a bölcsődében korai fejlesztésben részesülőket is beleszámítani. Elmondható, hogy a 2/3 éves korosztálytól az iskolakezdésig tartó időszakban több mint 11 ezer gyermek került ellátásba a 0-7 éves korosztályban.

Ez a szám a mozgásterápiában ellátottak körének meghatározásához még nagyon tág, viszonyítási pontként szolgálhat azonban, hiszen várhatóan ezek közül a gyermekek közül kerülnek ki azok, akik mozgásterápiában, mozgásfejlesztésben is részesülnek azok közül, akik a „szabályozott kliensúton” haladnak. Rajtuk kívül olyan gyermekek számára javasolt ez az ellátás, akik tanulási nehézséggel küzdenek, vagy esetleg megelőzősképpen vesznek részt mozgásfejlesztésben. A pontosabb arányok ismerete segítené, hogy tudjuk, jelenleg hány gyermek igényel mozgásterápiás ellátást, hiszen ebből kiindulva vizsgálhatnánk meg azt is, hogy az ellátás mennyiben tudja kielégíteni ezeket a szükségleteket.

IV.2. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉNEK MEGÚJÍTÁSA

A korai életszakaszt érintő komplex prevenció és intervenció gondolata az 1950-es évektől felmerült, KERÉKI és SZVATKÓ (2015:7-8) összefoglalása alapján a '60-as évekre tehető a modern kora gyermekkori intervenció kezdete, önálló szakmává válása (CZEIZEL, 2009:157). Elmondható, hogy Magyarországon csak a '90-es évektől kezdenek el létrejönni intézmények

¹¹ Az óvodás korú és az első osztályba járó, sajátos nevelési igényű gyermekek arányának összehasonlításakor kiderült, hogy „az óvoda-iskola átmenetnél hirtelen megjelenik 2000 újabb SNI gyerek” (KERÉKI és LANNERT, 2009: 84). Ennek okát egyrészt szociális okokra vezették vissza (KERÉKI, 2011:17), felmerült ugyanakkor az a lehetőség is, hogy a finanszírozás kérdése állt a háttérben. Valószínűsíthetően az akkori normatíva miatt kerültek sokan sajátos nevelési igényű besorolásra, vagy esetleg az intézmény nem tudta ellátni a gyermek szükségleteit, akiktől így „megszabadulhattak” (KERÉKI és LANNERT, 2009:84).

e terület ellátására, és 2011-től fogalmazódik meg a korai fejlesztés állami feladatként, a pedagógiai szakszolgálati intézmények átalakításakor (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:7-8). A korai fejlesztés¹² ekkor válik ugyanis a pedagógiai szakszolgálatok feladatává, amelyet a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről részleteznek.

A rendszer működésének problémáira a Tárki-Tudok Zrt. 2008-ban végzett rendszeráttekintő kutatása számos ponton rávilágít (KEREKI és LANNERT, 2009), amelyet további kutatások követtek a témában (CZEIZEL, 2009; KERÉKI, 2010; 2011; 2015b). A legfontosabb kora gyermekkori intervencióval kapcsolatos kutatások során a rendszer működése volt a fókuszban (KEREKI és LANNERT, 2009, CZEIZEL, 2009), regionális helyzetértékelést, a finanszírozás, a szabályozás és fejlesztési környezet leírását, a rendszer működésének értékeléséhez szempontok kialakítását végezte KERÉKI (2011). CZEIZEL, KEMÉNY és TÓTH (2011) egy pilot programot valósított meg három megyében, továbbá, 2012-ben javaslatcsomag került kidolgozásra, fejlesztéspolitikai, teljesítményértékelési és a minőségi keretek biztosítása vonatkozásában (KERÉKI, 2012).

A stratégiai célok megfogalmazása kezdődött, illetve 2015-ben a rendszerrel kapcsolatos intézkedésekről kormányhatározat született¹³. KERÉKI (2017:93) a fejlesztés céljait, irányait így foglalja össze: „a gyermekek egészséges fejlődésének támogatására, az iskoláskor előtti, gyermekeket és családjukat ellátó rendszer korszerűbb, hatékonyabb, az ellátási szükségletekhez jobban igazodó működésének kialakítására törekedtek”. Néhányat kiemelve ezek közül az egészségügyi ágazatban a gyermekek fejlődésének nyomon követését, a rizikó- és védőtényezők beazonosítását, szűrőrendszer kialakítását támogatták¹⁴, a köznevelés területén pedig a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásainak korszerűsítése, tudásbővítés volt a cél, valamint a „gyermekek, tanulók és családjaik helyben, vagy a lakóhelyük körzetében megvalósuló, azonos színvonalú szolgáltatásokhoz való hozzájutását” igyekeztek segíteni¹⁵. A szociális ágazatban is fontos cél volt a hozzáférés biztosítása¹⁶ (KERÉKI, 2017:94)

KERÉKI 2011-es regionális elemzést készített kérdőíves kutatásában, amelyben a korai fejlesztésben érintett gyermekek ellátásáról és a szakemberek munkájáról gyűjtött adatokat.

¹² A rendelet alapján „a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás” néven szerepelt, 2016-ban elnevezése „gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás” feladatra módosult (53/2016. (XII. 29.) EMMI rendelet 47. § 3.)

¹³ 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozat

¹⁴ TÁMOP 6.1.4-es Kora gyermekkori (0-7 év) program kiemelt projektje

¹⁵ TÁMOP-3.1.1 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció II. szakasza

¹⁶ TÁMOP-5.2.6. A korai életrészekben feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása projekt.

Összesen 764 gyermek adatai kerültek feldolgozásra, akiknek „korai fejlesztése, terápiás ellátása a kérdezést megelőző tanévben lezárult az adott intézményben”. Közép-Magyarországról, illetve az észak-magyarországi régióból jött vissza a legtöbb adat számukra (legalább a gyermekek 25%-ról). A kutatásban Heves megye 6 intézményétől érkeztek válaszok a korai fejlesztő központok, szakértői bizottságok, (egységes) pedagógiai szakszolgálatokat, egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények, bölcsődék, fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai, illetve gyermekvédelmi intézmények, gyermekotthonok, egészségügyi rehabilitációs és rehabilitációs intézmények számára kiküldött táblázatokban. Az Észak-Magyarország régióban összesen 176 gyermekről gyűjtöttek adatokat, amelyek közül 86 gyermek tartozott a Heves megyei ellátáshoz. (KEREKI, 2011:383-384)

Szakemberek számára összeállított kérdésblokkban 487 szakembertől kaptak információt, akik 17%-a (81 fő) adott választ az Észak-Magyarország régióból, közülük 23 fő Heves megyéből. A legtöbben – a válaszadók 49%-a – a tanulmány összesítő táblázata alapján egységes pedagógiai szakszolgálatban dolgozó szakemberek voltak.

KERÉKI (2011) kutatása a régiók közötti különbségeket vizsgálta, amely a kora gyermekkori intervenció szempontjából elemezte több oldalról a rendszer működését. Kiemelt szerepet kaptak a rendszerszintű jellemzők, belső folyamatok (mint például a szülőkkel való kapcsolattartás), a szervezeti működési és ellátórendszer strukturális jellegzetességei (Kereki, 2013), továbbá a gyermekek útjának vizsgálata a rendszerben (KERÉKI, 2015b).

A vizsgált szempontok rövid összefoglalása mellett a doktori kutatásom szempontjából lényeges területet részletesebben is bemutatok: a szakember-ellátottság és a terápiás ellátás biztosításának kérdéseit, amely eredményekhez kutatásom adatait is viszonyítom.

IV.3. PROBLÉMÁK A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ RENDSZERÉBEN

A kutatások legfontosabb eredményeit összefoglalva, jelentős különbségeket tapasztaltak a különböző, kora gyermekkori intervencióban érintett ágazatok közti együttműködés, kapcsolatok intenzitása és minősége szempontjából (KEREKI, 2010:32-45), illetve problémaként merül fel, hogy a *törvényi szabályozás* bár kiterjed a szűrés, jelzés rendszerére, jogot biztosít a korai fejlesztésben való részvételhez, sem az érintettek, sem a szakemberek számára *nem átlátható* vagy kellően ismert (KEREKI, 2010:33). Az adatok másodelemzésével végzett rendszerelemző kutatásban KERÉKI (2010:43) arra mutatott rá, hogy az egyik legnagyobb hiányosság az egységes szakmai protokollok hiánya, „amely a probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig megfelelően szabályozná” a bekerülő kliensek útját, a szűrések menetét. *Információhiány* tapasztalható a szülők részéről azzal kapcsolatban, hogy hová fordulhatnak segítségért, illetve az elérhető szolgáltatásoktól is függ, hogy milyen utakat járnak be (esetenként a szakértői bizottsághoz, amely a probléma azonosítását, diagnosztikáját végezné, később jutnak el a szülők, mint az ellátásokhoz) (KEREKI, 2010:43). Ez azonban nem csak a rendszer nehezen átlátható szerkezetét mutatja. KERÉKI és LANNERT (2009:38, 108, 230) felhívja a figyelmet arra, hogy az intézményekről, a különböző terápiákról, a juttatásokról az érintett szülők leggyakrabban hasonló helyzetben lévő szülőktől, ismerősöktől vagy internetről informálódnak. Komoly problémát vethet fel, ha a gyakorlatban a szülők járják ki a különböző intézményrendszerek között az utat. Ha közvetlenül a magánellátókat keresik fel, illetve nem feltétlenül a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságaiból indulnak ki (amelyekben a megfelelő diagnosztikus tevékenység is zajlik), hanem előbb jutnak el az ellátókhoz a gyermekek közvetlenül az egészségügyből, vagy a rendszeren kívülről, nem garantált a „szükségletalapú ellátás” (KEREKI, 2015b:6) megvalósulása. Az információáramlás biztosítása általános igényként fogalmazódik meg a rendszeren belül, a szakemberek között és a kliensek felé a tevékenység során (szűrés, jelzés). A kezdeti lépés, a jelzőrendszer működése kapcsán is felmerült, hogy ha a szülők az egészségügyi ellátásból kikerülve „magukra maradnak”, ahol az informális kapcsolatok játszanak nagy szerepet az információkhoz való hozzáférésben, nem biztosított a megfelelő ellátásokhoz való eljutás.

A *diagnosztika* terén az egységes protokoll hiánya, az eljárások hitelességének és jogtisztaságának kétsége, és a megfelelő szakmai kompetencia elérhetőségének esetlegessége is nehézséget jelent. A diagnosztikában használt eszközök felmérésekor KERÉKI és LANNERT (2009:153) egyrészt ezek elavultságára mutatott rá, másrészt úgy találta, hogy „Nem is egyforma eszközökkel mérnek a bizottságok, mindenki azzal, amit ismer, vagy ami rendelkezésére áll, illetve amit meg tud fizetni.”

Ezekon felül további lényeges szakmai kritériumok sem teljesülnek, a *minőségi standardok* hiánya, a *szakmai kontroll* gyengesége, de a *szisztematikus mérés* és visszacsatolás sem működik megfelelően (KEREKI, 2013). Továbbá mind a *szakemberellátottság*, mind az *infrastruktúra*, az *együttműködésben* résztvevők kompetenciáinak kölcsönös ismerete (KEREKI, 2015a:71) terén hiányosságok voltak tapasztalhatók, ami abban is tükröződött, hogy a szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak (KEREKI, 2013). Ezek tanulságaként a „hatékonyabb, a rászorulókat érdekeit fokozottabban figyelembe vevő, szükségleteikhez jobban illeszkedő, áttekinthetőbb szolgáltatói hálózat” kiépítésének igénye fogalmazódott meg.

KERÉKI (2011) kritikai javaslatát összegezve a rendszer fejlesztésére tehát többek között a szabályozás és az ágazati együttműködés, finanszírozás, infrastruktúra területeit érinti, a gyakorlati munka tekintetében az egységes protokollok kidolgozására, valamint a szűrővizsgálatok és a diagnosztika egységesítésére, korszerűsítésére, a terápiás óraszámokra vonatkozóan, javasolja továbbá a kulcsszemély gyakorlatának kialakítását. Munkája alapján kiderült, hogy bár nem összehangoltan, de sok adat keletkezik a rendszerben (KEREKI, 2013). Ezek szisztematikus gyűjtése, rendezése és elemzése is segíthetné a rendszer fejlesztését.

A problémafelvetések annak a folyamatnak a részei, amelyek a rendszer megújításához igyekeztek hozzájárulni. Az utóbbi években fontos változások zajlottak a számos probléma megoldását célozva. Főbb területei az egészségügyi ellátás munkájának támogatása volt (a rizikó- és védőtényezők azonosítása, szűrése, nyomon követése), a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységének támogatása (a kliensutak átláthatóbbá tételével, protokollok kidolgozásával), illetve a szociális ágazat (képzési anyagok kidolgozásával) (KEREKI, 2015a:73). Megfigyelhető egy szemléletváltás (CZEIZEL, 2009:157), a beavatkozások jelentőségének felismerése, ezzel párhuzamosan a szülők érdekérvényesítésre való törekvése erősödött.

A kora gyermekkori intervenció rendszeréhez kapcsolódva a szolgáltatásokat igénybe vevők szempontjainak ismerete is fontos. KERÉKI és LANNERT (2009:210) a kora gyermekkori intervenció szolgáltatásaira vonatkozó elégedettségük kifejezésére kérték a szülőket: különböző problémákat egy ötfokú skálán értékelték. Leginkább az anyagi megterhelést (3,47), az információhiányt emelték ki (3,5) aggasztó tényezőkként, legkevésbé a szolgáltatások színvonalát (2,57) és a „környezet meg nem értését” (2,49). Megyei összehasonlításban kiemelkedően Heves megyében fogalmazták meg az információhiányt a legnagyobb nehézségként (4,11), összességében Zala és Vas megyében érzékelték kevésbé problémákat, Tolna és Komárom-Esztergom megyében a leginkább.

A szolgáltatásokkal való elégedettség mértéke és az utazás területe köztes kategóriát képezett az elégedettség tekintetében. KERÉKI (2011:303-307) részletesen elemezte, hogy mennyit szükséges utazni a családoknak a szolgáltatások igénybevételéhez. Különbőség volt a városban lakó és a községben lakók között, előbbieket 18%-ának, utóbbiak 80%-ának kell rendszeresen utazni, hogy terápiás vagy fejlesztő foglalkozásban részesüljön. Reginálisan Észak-Magyarországon utaznak a gyermekek a legtöbbit, a családok 57%-a.

IV.3.1. A szakember-ellátottság helyzete

A kora gyermekkori intervenció szempontjából a rendelkezésre álló szakértelem, a szakemberek elérhetősége lényeges kérdés. A kora gyermekkori intervencióban érintett intézmények ellátásában régiók szerint egyenetlenségekkel számolhatunk. Észak-Magyarország, Észak-Alföld egészségügyi ellátása Kereki Judit 2011-es kutatási beszámolója alapján a legkedvezőtlenebb, ahol az orvosok nagy leterheltsége tapasztalható, valamint a védőnők támogatása is itt a legkevésbé biztosított. A két említett régió mellett Dél-Dunántúlon volt még nehezen elérhető a rendszeres védőnői szolgáltatás, a prevenció a vizsgálat időszakában.

A regionális helyzetelemzés során tapasztaltakat összefoglalva elmondható, hogy az egészségügy területén nagy hiányosságokat észleltek a szakemberek esetében: a megfelelő szakvizsgával rendelkező szakemberek száma 40%-kal alacsonyabb volt a szükségesnél (beleértve az orvosokat, szakdolgozókat) (KERÉKI, 2011:19). Emellett a köznevelés színterén a szakértői bizottságoknál is érzékelték, hogy nem elegendő a szakember. Leterheltségük szintén nagy, ezért hosszú a vizsgálatra való bejutás várakozási ideje. Előfordul (akár a teljes megyére nézve), hogy nincs olyan szakember, akinek a komplex diagnózis kialakításában központi szerepe lenne (pl. gyermek-neurológus Heves, Nógrád és Tolna megyében).

A szociális ellátásoknál problémaként jelentkezett a bölcsődéskorúak napközbeni ellátása, a családsegítő szolgálat és a gyermekjóléti szolgálat elérhetősége. Az ellátások tekintetében Budapest-központú centralizáltság volt tapasztalható, ahol „az intézmények majdnem 30%-a, és az ellátásban lévő gyerekek több mint fele található” (KERÉKI, 2011:18). A speciális szolgáltatások elérhetősége a nagyvárosokra, a színvonalas ellátást nyújtó intézményekre szorítkoztak, ebből a szempontból is hátrány mutatkozott a falvak, kistelepülések oldalán. „A legnagyobb ellátási gondokat az észak-magyarországi régió mutatja, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta vannak az országos átlagnak” (KERÉKI, 2011:19). Észak-Magyarországon a rászoruló gyermekek 60%-ról mondható el, hogy ellátatlan marad (KERÉKI, 2011:211), országosan ez az eredmény a gyermekek körülbelül 40%-a.

IV.3.2. A szakemberek speciális végzettsége

A szakemberek végzettségéről az intézményrendszer átszervezését megelőzően vannak információink a kora gyermekkori intervenció rendszerére nézve. Bár a kutatásom fókuszában álló pedagógiai szakszolgálatok egy szűkebb kört jelent, a kutatás megállapításai irányadóak lehetnek, ezért főbb megállapításait összegzem.

KEREKI (2013:34) a kora gyermekkori intervencióban érintett intézmények vizsgálatakor (amely a pedagógiai szakszolgálatoknál egy tágabb intézményi kört érintett) a speciális képzettségekre vonatkozóan (például az értelmi, érzékszervi, mozgásfejlesztő szakemberek elérhetőségéről) azt találta, hogy a Dél-Alföldön, Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legszélesebb a szakemberválaszték. A sokféleséggel kapcsolatban a szerző írja: „a korai ellátásban a szakemberek sokirányú képzettsége biztosítja, hogy több szempontból közelítsenek meg egy problémát, hogy változatos módszerekkel, a gyermek és a család szükségleteihez rugalmasabban igazodva nyújtsák a szolgáltatást.” (KEREKI, 2011:206)

A szakemberek 58%-a egyféle, 30% kettő, 9% három vagy több végzettséggel rendelkezett, amelyeket attól függően használtak, hogy milyen típusú intézményben dolgoztak. A fővárosban és az alapítványi fenntartású intézményekben volt jellemző a többféle végzettség, a „sokoldalúan képzett szakemberek alkalmazása”, illetve az egészségügyi intézményekben (KEREKI, 2011:207-208).

Továbbá a speciális szükségletekhez a szakmai kínálat nem feltétlenül igazodik: „Észak-Magyarországon az intézmények szakember állományának 17%-a tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos (egyszakos) gyógypedagógus, akik nem a korai életszakaszra képzett szakemberek” (KEREKI, 2011:20). Észak-Magyarországon értelmi fejlődés rendellenességeivel foglalkozó szakemberek száma 41% volt. A képzettségek eloszlásával kapcsolatban azonban KERÉKI megjegyzi (2011:209), hogy ez nem azt jelenti, hogy a szükségletekhez illeszkedne. A képzettségek alapján tehát nem következtethetünk közvetlenül az ellátottak szükségleteire.

A szakemberek mozgásfejlesztésre irányuló végzettségeiről megállapítható volt, hogy eltérő arányban fordulnak elő a régiókban: a többi képzettséghez képest a szakemberek kompetenciák szerinti megoszlása, a részletes relatív és abszolút gyakorisági mutatói alapján (KEREKI, 2011:446-447) mozgásfejlesztő szakemberek Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon teszik ki a végzettségek több, mint 33%-át. Észak-Magyarországon 21,9% (7 fő mozgásfejlesztő szakember, 9 fő konduktív pedagógus, 7 fő szomatopedagógia szakos gyógypedagógus), legkevesebben pedig Közép-Dunántúlon, akik a szakemberek 12,5%-át teszik ki (KEREKI, 2011:209).

IV.3.3. A terápiás ellátás sajátosságai a kora gyermekkori intervenció során

A pedagógiai szakszolgálatok működési folyamatának modellje alapján a különféle ellátások azokat megelőző szűrések, diagnosztikai tevékenység eredményeként kerülnek ajánlásra. A rendszer működésének feltárása során kiderült, hogy előfordul a komplex vizsgálat kimaradása, a szülők közvetlenül jutnak el egy-egy terápiára, ami ezért kevésbé alapos diagnosztikai tevékenység után (vagy anélkül) veheti kezdetét. A terápiás ellátás területén a kora gyermekkori intervencióban különböző gyakorlatokra derült fény.

Általánosságban, a kora gyermekkori intervencióban érintett ellátó intézmények CZEIZEL (2009:158) elemzése alapján „a sérült fejlődés egy-egy részterületének diagnosztikájára és fejlesztésére „szakosodtak” (pl. mozgásfejlesztés, szenzoros integrációs fejlesztés, érzékszervi fejlesztés stb.)”, szemléletük is viszonylag egyoldalú. Hiányolja az együttműködést, amelynek következménye, hogy a családokkal „egymás mellett” foglalkoznak inkább, mint összehangolt munkában, építve egymásra. A helyzetelemzés főként a csecsemőket, a halmozottan, súlyosan halmozottan sérült és autizmus spektrum zavarral élő gyermekek esetében mutatta az ellátás legnagyobb hiányosságait.

Elmondható, hogy a terápiák, fejlesztő eljárások KEREKI (2011) tapasztalatai alapján nem mindig illeszkednek a megfelelő diagnózisokhoz. Gyakran a szakemberek kapacitása, a képzettségük, szakértelmük, esetleg azok költségei vagy elérhetőségük határozza meg, hogy mely eljárást javasolják. Megállapítja, hogy a javasolt terápiák nem mindig azok, „amelyek a fennálló állapoton leghatékonyabban” tudnának segíteni (2013:29).

KEREKI (2010:44) három, minőségileg eltérő mértékben működő (egy „anomáliákkal küzdő”, egy átlagos és egy jó rendszert működtető) megye kora gyermekkori intervenciók rendszerének vizsgálatánál azt találta, hogy a diagnosztikus tevékenységnek nem mindig felel meg a biztosított ellátás. A példaként bemutatott Baranya megye esetén komplex diagnózist két intézmény is felállít, valamint a terápiás repertoár széles, „jó esélyt biztosít a különböző fogyatékoságú gyermekek megfelelő ellátására”. Ugyanakkor az anomáliákat mutató megye (Borsod-Abaúj-Zemplén megye) esetén megállapítja, hogy „megfelelő szakemberek és terápiás eljárások híján kétségesebb bizonyos fogyatékosági területek kiegészítő ellátása”, bár a harmadik elemzett megyében elérhető terápiás lehetőségek sem fedik le valamennyi szükségletet.

Különös tekintettel az Észak-Magyarország régió tekinthető „kritikus övezetnek” a szolgáltatásokhoz való hozzájutás szempontjából, ahol KEREKI (2011) az összehangolt „speciális, regionális szükségletekhez igazodó stratégiák” kidolgozását hangsúlyozza. Doktori kutatásom szempontjából kiemelten fontos tényezőként merül fel, hogy a „szükségletekhez

jobban illeszkedő szolgáltatásnyújtás érdekében a speciális terápiás, fejlesztő szolgáltatások választékának bővítése, a többoldalú tudással rendelkező szakemberek számának növelése, illetve kompetenciáinak fejlesztése szükséges.” (KEREKI 2015a:73)

KERÉKI és LANNERT (2009) rámutat, hogy az orvosok nem feltétlenül ismerik a terápiákban rejlő lehetőségeket, emellett a terápiás ellátásról el kell mondani, hogy nem könnyen átlátható, alkalmazásának feltételei nem tisztázottak kellőképpen. KERÉKI megfogalmaz egy ezzel kapcsolatos, nagyon fontos problémát: „Arra sincs egységes protokoll, hogy a különböző fejlesztő, terápiás eljárásokat milyen életkorban és milyen esetekben érdemes és lehet használni. Nem tudjuk, hogy ezek az eljárások mikor milyen hatékonysággal alkalmazhatóak, párhuzamosan végezhetőek-e vagy jól kiegészítik egymást vagy éppen időben egymáshoz képest elcsúsztatva érdemes őket alkalmazni.” (2013:28)

Az egyes intézmények működéséhez hozzá tartozik annak esetleges kapcsolódása más intézményekhez, amelyekkel tevékenységében, az ellátásban akár együttesen vehetnek részt. KERÉKI (2013:26-27) helyzetelemzése során megállapította, hogy kevésbé szorosak a kapcsolatok a kora gyermekkori intervencióban résztvevő ágazatok között, sem a szakmai tevékenység, sem a kommunikáció nem megoldott, „így az ellátói körben nem tudnak kialakulni a helyi teamek”. Emellett az ágazatokon belüli információáramlás sem zökkenőmentes. Emiatt a szülő lesz az a közvetítő, aki összeköttetést biztosít az ágazatok között. A gyermekek minél korábbi ellátáshoz való jutásának biztosításában ennek lényeges szerepe lenne. A terápiás ellátásban viszont a szülő ilyen mértékű felelőssége a résztvevő szakemberek hiányos kommunikációja miatt azt is magával hozza, hogy „a szülő gyermeke érdekében jobbnak látja elhallgatni, hogy a rivalizáló terápiás irányok melyikének veszi még igénybe a szolgáltatásait.” (KERÉKI, 2013:30) Ennek a következményei pedig jelentősek lehetnek a beavatkozások hatékonyságára nézve is.

IV.4. MOZGÁSTERÁPIÁK ALKALMAZÁSA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ SORÁN

Kereki Judit és Lannert Judit a kora gyermekkori intervenció ellátó intézményeiben kérdőív kitöltésével gyűjtött adatokat a diagnosztikus és terápiás munkáról. A 92 visszaküldött kérdőív alapján azt az eredményt kapták, hogy a pedagógiai szakszolgálatokban máshonnan hozott diagnózisok, eredmények alapján dolgoznak, csak a válaszadók körülbelül 20%-ban végeztek további gyógypedagógiai, pszichológiai vizsgálatot. (KEREKI és LANNERT, 2009:157)

A terápiás módszereknél 34 különböző módszerből kellett a korai fejlesztésben alkalmazottakat kiválasztania az intézményeknek. Átlagosan kilencféle eljárást választottak, összesen 55 féle eljárásról tettek említést az intézmények.

KERÉKI 2011-ben regionális elemzést készített a kapott adatokból, amelyből kiderült, hogy a gyerekek legnagyobb részénél (38%) komplex gyógypedagógiai fejlesztés volt a választott ellátás. Ezek összetevőinél a leggyakrabban (87%-nál) kognitív fejlesztést végeztek (amely a figyelem, érzékelés-észlelés, emlékezet, gondolkodás fejlesztésének összessége). A második, leggyakrabban alkalmazott eljárás a csoportos konduktív pedagógia volt, majd egyéb mozgásfejlesztést csoportosan (16,2%-nál), egyénileg a gyermekek 15,3%-nál alkalmazták ugyanezt. Regionális összehasonlításban Észak-Magyarországon a DSGM volt a leggyakrabban alkalmazott terápia (a gyermekek 39%-a vett részt benne), egyéb mozgásterápiákat 6,9%-nál végeztek csoportosan, egyénileg 9,8% esetében. Dél-Dunántúlon, Közép-Magyarországon konduktív pedagógia alkalmazása volt a leggyakoribb más eljárásokhoz képest. Egyéb mozgásfejlesztést alkalmaztak egyénileg Nyugat-Dunántúlon (58.8%-ban), csoportosan pedig Közép-Dunántúlon. (KERÉKI, 2011:287)

Elmondható, hogy a mozgásos terápiákat az intézmények 10-30%-a használt. Ezek közé „egészségügyi szemléletű” ellátások tartoztak a gyógypedagógiai eljárások mellett: a Katona-módszer, a látásfejlesztés, a TSMT, az Alapozó terápia, hallástréning, augmentatív kommunikáció, a DSGM-terápia, a HRG, pszichoterápia, gyógylovaslás, gyógyúszás, fizikoterápia. (KERÉKI és LANNERT, 2009:161)

A teljes mintára nézve az intézmények legalább felében fordult elő a komplex gyógypedagógiai fejlesztés- és tanácsadás, illetve a logopédiai terápiák, az Ayres-terápia (az intézmények 54%-a alkalmazta) és hallás-, illetve beszédnevelés. (KERÉKI és LANNERT, 2009:160-161) A Bobath-módszert (49%), a gyógytornát (40%) konduktív mozgásterápiát (39%) alkalmazták több mint az intézmények harmadában további terápiák mellett (bazális stimuláció, játékterápia, masszázások, fény-és hangterápia... stb.)

Felmérték, hogy a védőnők mely terápiákat ajánlják a családoknak. A legtöbben (több mint a válaszadók fele) egészségügyi terápiákat ajánlottak (gyógytorna, babamasszázs, gyógyúszás,

DSGM-terápiát), illetve egyedülként a logopédiát, mint gyógypedagógiai eljárást, ami elsősorban a képzésük során elsajátított ismereteikkel függött össze. A legkevesebbszer ajánlott terápiák (<5%) voltak a gyógypedagógiai terápiák, például a TSMT, vagy a Bobath-módszer. A HRG módszert 11%, az Alapozó terápiát és az Ayres-terápiát 7%-uk szokta ajánlani (KEREKI és LANNERT, 2009:163-164).

Regionális összehasonlításban Magyarország keleti régiójának elmaradása tapasztalható a többi országrészhez képest az ajánlott módszerek területén, míg Közép-Magyarországon a legjellemzőbb különböző típusú módszerek együttes jelenléte. Észak-Magyarországon a legelterjedtebbek az egészségügyi terápiák (pl. gyógytorna, gyógyúszás) és a „nagy módszerek” (pl. a konduktív terápia, a DSGM, HRG, Katona-módszer), legkevésbé a gyógylovaslás, zeneterápia alkalmazása (KEREKI és LANNERT, 2009:164-166).

A leggyakrabban az intézmények által alkalmazott terápiák közé tartozott a HRG, TSMT, gyógytorna, az Alapozó terápia és a szenzoros integrációs terápia KEREKI (2011) kutatásában. Egyéni vagy csoportos mozgásterápiát a gyerekek ötöde kapott, legtöbbször a pszichés fejlődés súlyosabb vagy enyhébb zavara esetén részesültek mozgásterápiában. Izomtónus rendellenesség esetén és az idegrendszer zavarainál került továbbá sor alkalmazásukra. DSGM-terápiában főként az idegrendszer zavara és a súlyos pszichés fejlődési zavar esetén vettek részt a gyermekek. Konduktív nevelés szintén ez utóbbi két esetben jöhetett szóba. (KEREKI, 2011:285)

A legfiatalabbaknál DSGM-terápiát használtak (amelynél legkésőbb 12, illetve 5 hónapos korig kezdik meg az ellátást a szakemberek), konduktív terápiára pedig átlagosan 6-7 hónapos kor után kerültek a gyerekek. A terápiát kezdő életkor az egyéb terápiáknál, csoportos komplex gyógypedagógiai fejlesztésnél volt a legmagasabb. (KEREKI, 2011:288)

Egyéni terápia alkalmazására került sor legtöbbször az Észak-Alföld régiójánál (98%) és Észak-Magyarországon (91%-ban), csoportos terápiát Közép-Magyarországon (57%) szerveztek inkább, míg egyéni és csoportos terápiát a Közép-Dunántúlon (52%) kaptak a gyerekek (KEREKI, 2011:289). Kereki Judit arra mutat rá, hogy csak csoportos formát korai fejlesztő központokban alkalmaznak gyakrabban idő és szakemberlétszám miatt, de például a Pető Intézet is törekszik a csoportos foglalkozásra. (KEREKI, 2011:290)

A terápiák váltása is előfordulhatott, a gyerekek ötödénél került ilyenre sor, akik 20%-a esetén nem volt vizsgálat, amely alapján ez eldőlt, illetve a súlyosabb problémával bekerülő körében fordult elő gyakrabban. (KEREKI, 2011:291)

KEREKI (2013:29-30) a mozgásfejlesztő eljárások, terápiák esetén kimutatta, hogy az intézményekben előfordul, hogy nem illeszkedik a gyermek életkorához. Kutatásában például

az Alapozó terápia esetén azt találta, hogy bár öt éves kor felett alkalmazott eljárásról van szó, „a legfiatalabbak 14%-ánál épül be a komplex fejlesztő folyamatba” (KEREKI, 2011:21).

IV.4.1. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák alkalmazási területei a kora gyermekkori intervencióban

A mozgás az emberi fejlődésben alapvető jelentőségű. Amennyiben a mozgás területén elmaradások tapasztalhatók, más területek fejlődésére is hatással van. A mozgásterápiák elméleti hátterének bemutatásakor főként a tanulási zavar jelensége állt a középpontban, ugyanakkor arról is szót kell ejteni, hogy a kora gyermekkori intervencióban a mozgás fejlesztése a beavatkozások során a legtöbb probléma esetén indokolt, főként az iskoláskor előtt. A kora gyermekkori intervencióban érintett csoportoknál a mozgás fejlesztésének, a mozgásterápiák alkalmazásának különböző a célja, módszere. Ezeket a problémák szerint tekintem át a következőkben.

Mozgásterápiák, mozgásfejlesztés alkalmazásának szükségességét többféle ok indokolhatja. A korábbi fejezetekben ismertetett tanulási nehézséggel, tanulási zavarokkal kapcsolatos kutatásokon alapulva az ellátás rendszerében további szempontok is előtérbe kerülnek egy-egy terápia ajánlásánál. A következőkben ezeket a rendszerszintű tényezőket tekintem át.

Mozgásterápiára CZEIZEL és KEMÉNY (2015:85) szerint olyan esetekben van szükség, amikor „a tartási és/ vagy mozgási funkciók elsődleges vagy másodlagos sérülése áll fenn”, esetleg a nagymozgásuk fejlődésében mutatkozik eltérés. Ugyanakkor több tényező szükséges annak meghatározásához, hogy a motoros működés helyreállítására elegendő-e a funkcionális kezelés vagy „komplex rehabilitációs tevékenység” megszervezése szükséges (például a sérülés helye, társuló fogyatékoságok). Másrészt a sérülések mellé gyakran társul más funkció zavara is, amely alapján az ellátások kiválasztása történik. FEHÉR (2015:15) felhívja a figyelmet arra, hogy „A motoros rendszer zavarát gyakorta kísérik az érzékelés-észlelés, a kognitív-készségek, kommunikáció, a percepció/és vagy a viselkedés zavarai, illetve epilepsziával járó állapotok”, valamint ortopédiai komplikációk. A mozgás fejlesztése tehát nem önállóan jelenik meg általában, hanem összetett probléma megoldására irányul. A motoros funkciók vizsgálatának legfontosabb területei a nagymozgás, a finommozgás, a felegyenesedés folyamatának pillanatnyi állapota, a spontán végtagmozgás, szemmozgás, száj helyzete, primitív reflexek spontán kiváltódása.

A különféle szükségleteknek megfelelő terápiás ellátásokat – és ezen belül a mozgásterápiát igénylő állapotokat – nem könnyű rendszerszerűen összefoglalni. Erre KERÉKI

(2015ab) a kora gyermekkori intervenció intézményes működésének áttekintésekor tesz kísérletet, a gyermekek szükségleteinek összerendezését az életkor szempontjából végzi el. Különbséget tesz a hároméves kor előtti, illetve a hároméves kor és a tankötelezettség megkezdése közötti időszak között. Megközelítése problémaspecifikus, illetve esetenként sérülésspecifikus. A felmerülő, a kora gyermekkori intervenció szempontjából érintett területekként a fogyatékos állapotot eredményező állapotokat¹⁷, a koraszülöttséget, az átlagtól eltérő fejlődést és a fogyatékos állapotokat veszi sorra. Az előbbi életkori szakaszolást elhagyva, külön tárgyalja az egyéb rendellenességeket és a pszichoszociális okok miatt veszélyeztetett gyermekek eseteit, tehát összesen 27 féle esetben mutatja be az ellátás útját szerzőtársaival a felismerés, a diagnosztika, a terápia, valamint a kliensút leírásának következetes logikája szerint. A kliensutak forgatókönyveiben megfigyelhetjük a különböző eljárások alkalmazásának céljait, lehetőségeit. Ezek közül a mozgásterápiákra fókuszálva foglalom össze azok legfontosabb alkalmazási szempontjait.

IV.4.2. A mozgásfejlesztés szükségessége a kora gyermekkori intervenció jogosultságcsoportjainál

A születés és a hároméves kor közötti időszakban a mozgásfejlesztés, mozgásterápiák alkalmazásának legfontosabb területei *mozgásszervi eltérések* esetén az izomhipotónia, a száj- és száj környéki izmok működési kontrolljának kialakítása, koordinációs zavar figyelembevétele és kezelése lehetnek. Előfordulhatnak *neuromusculáris eltérések*¹⁸, ahol a betegség lefolyásának lassítására van lehetőség, így a legfontosabb cél a meglévő motoros funkciók gyakorlása, az ízület mozgásterjedelmének megtartása, az ízületi deformitások kialakulásának megelőzése, illetve az önálláshoz szükséges eszközök használatának elsajátítása. A motoros funkciók mellett a kognitív és a szenzoros területek fejlesztését igénylik *a központi idegrendszer* rendellenességei, *az érzékszervek sérülésekor* elsősorban az ingerek nyújtása az elsődleges szempont. Rizikót jelent a tipikus fejlődéstől való eltérés szempontjából *a koraszülöttség*, illetve *a kis súllyal való születés*. Az érzék- és mozgásszervek terén, a figyelem, az érdeklődés, a magatartás, később a szocializáció, a tanulási képességek és társadalmi beilleszkedés területén jelentkehetnek problémák. Ha az *átlagtól eltérő fejlődés* a

¹⁷ A fogyatékos állapotok leírásánál KEREKI (2015) a 2011. CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről típusmeghatározásaihoz igazodik. Így tehát az egészségügyi ellátó rendszer, a köznevelés és a szociális és gyermekvédelmi rendszer fogalmaival is összhangban van a csoportosítás. Továbbá megjelenik a szükségletek rendszerezésében a BNO-10 klasszifikációs rendszere is, amely a különböző egészségi állapotbeli eltéréseket, rendellenességeket elsősorban kóros alapon kategorizálja.

¹⁸ Ezek a betegségek akadályozzák a gyermekek mozgásképeségeinek kialakulását, fejlődését, mozgástevékenységük gördülékeny kivitelezését, a motoros funkciók leépülését (KEREKI, 2015b:36-37).

motoros funkcióknál tapasztalható, „az éretlen idegrendszer működését tükröző koordinálatlan összerendezetlen, reflexes mozgások figyelhetők meg” (KEREKI, 2015b:63) Hátterében feltételezhetően az ingerszegény, elhanyagoló környezet, illetve különféle károsító tényezők hatására kialakult egészségi állapotváltozások (például az oxigénhiányos állapot, a veleszületett végtaghiány) állhatnak. (KEREKI, 2015b:64) Emellett a mozgásszabályozási folyamat fejlődését sokféle tényező befolyásolhatja, például az izomtónusbeli eltérések, a látási funkciók (ami nehezítheti a felegyenesedés folyamatát), vagy akár a megismerő funkciók fejlettsége¹⁹. Megjelenhet az eltérő fejlődés a kommunikációban, melynek hátterében a kognitív- vagy a motoros funkciók eltérő fejlődése is szerepet játszik. Ilyenkor ajánlott a logopédiai terápia mellett komplex gyógypedagógiai fejlesztés és a mozgásfejlesztés. Emellett az egyik leggyakoribb alkalmazási területe a mozgásterápiáknak, a szenzoros integrációs terápiának *a viselkedés és az érzelmi-hangulati élet rendellenességei*, ahová a testi szintű belső állandóságot biztosító rendszerek éretlensége, aktuális helyzethez illeszkedő figyelem, alkalmazkodáshoz szükséges aktivitásszint, kötődési mintázat, fejlődő én belső sajátosságai, az aerousal beállításának nehézségei, a taktilis/auditív háritás és vesztibuláris ingerkeresés is beletartozik (KEREKI, 2015b:34-91).

A kliensek útjának áttekintése során kirajzolódik az a kép, hogy szinte valamennyi, a 0-3 éves korosztály esetén felmerülő problémánál fontos szerep jut a mozgásfejlesztésnek, esetenként speciális mozgásterápiáknak. Számos probléma esetén kiegészíti más terápiák, fejlesztések hatásrendszerét, illetve a mozgással összefüggő területeken többféle technikával igyekszik beavatkozni a kitűzött cél eléréséhez.

Érdemes azonban azt is megvizsgálni, hogy az óvodás korosztálynál, ahol már kevésbé áll a szenzomotoros tanulás a középpontban, milyen területeken alkalmaznak mozgásterápiákat, mozgásfejlesztést az ellátás során. A különböző szükségletek rendszerezéséhez KERÉKI már fogyatékosági csoportonként vizsgálja a gyermekek szükségleteit, ahol a hároméves kor határvonal, mivel előtte, a korai életszakaszban a fogyatékoságcsoporthoz való besorolást kevésbé tartják relevánsnak a szakemberek (KEREKI, 2015b:27). A korosztály mozgásterápiás szükségleteit tehát a fogyatékosági csoportok szerint elemeztem KERÉKI (2015b) munkája alapján, aki azokat a jogszabályok fogalomhasználata alapján írja le.

¹⁹ A környezet ingerei általában felkeltik a gyermek érdeklődését, például egy érdekes hangot kiadó játékszer. Ha azonban a környezet ingerei iránt nem érdeklődik, nem inspirálja újabb információk megszerzésére (KEREKI, 2015b:64-65).

A köznevelési törvény²⁰ mozgásszervi-, érzékszervi-, értelmi-, beszéd fogyatékoságot, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozott fogyatékoságot, valamint az autizmus spektrum zavar és az egyéb pszichés fejlődési zavar (súlyos tanulási-, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar) különíthető el a fogyatékosági típusokként a biológiai károsodás alapján.

Az *érzékszervi* fogyatékoságok esetén az ingerekkel kapcsolatos tapasztalatszerzés a fejlesztés egyik központi területe. A látássérülésnél például elmondható, hogy „a vizuális ingerek befogadásának és feldolgozásának hiánya kihat a gyermek teljes képesség spektrumának fejlődésére a nagymozgásoktól kezdve a finommotoriumon keresztül a beszédfejlődésre, továbbá a személyiségfejlődésre is.” (KEREKI, 2015b:117) Ezért taktilis és kinezetikus ingereket alkalmaznak a terápia során a motoros és az értelmi funkciók fejlesztésének elemeként. A *mozgásszervi* fogyatékoságok kóroki és funkcióképességi szempontból is változatosak. Korai életszakaszban központi idegrendszeri károsodások, neuromusculáris kórképek, ortopédiai elváltozásokat eredményező állapotok és balesetek is vezethetnek az egyén cselekvőképességének akadályozottságához. A helyváltoztató mozgás, az önellátás és az izomrendszer szabályozása akadályozott, ez utóbbi a beszéd és a kommunikáció, táplálkozás és a nyelés területeit is érinti (KEREKI, 2015b:124-125), valamint szükséges a további, fokozatosan kialakuló degeneratív ízületi elváltozásokat megelőzése. A mozgásterápiák, gyógytorna, a szenzoros integrációs eljárások alkalmazása indokolt az „*intellektuális képességzavar*” (LÁNYINÉ, 2009, 2012) és a *beszéd fogyatékoság* esetén is. Kisgyermekkorban az értelmi fejlődés lelassulása mellett a mozgásos, beszédbeli, érzelmi és szociális fejlődés is eltérhet, illetve a beszéd fogyatékoság esetén „a fejlesztésben meghatározó fontosságú a sokoldalú percepció megközelítés, a különböző modális csatornákon (pl. hallás, látás, tapintás, mozgás) keresztül történő észlelési folyamatok összehangolása, feldolgozása...” (KEREKI, 2015b:135). *Halmozott fogyatékoság* intervenciójában a motoros funkciók, önálló tevékenységei, kommunikáció és önkifejezés fejlesztés, kognitív és értelmi funkciók fejlesztése egyaránt fontos.

A szenzoros integrációs terápiák kutatásai az *autizmus spektrumzavar* és a *tanulási és viselkedési zavarok* területén a legkiterjedtebb. Az autizmus spektrum zavarral élő személyeknél eredményesen alkalmazható eljárás, vagyis „akiknél érintett a mozgásfunkció, elsősorban annak vestibuláris-proprioceptív háttéré, és problémáik vannak egyes ingerfajták elfogadásával, túlérzékenyek vagy tompák” (KEREKI, 2015b:146). Képes csökkenteni a

²⁰ 2011. CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 4 § (25)

gyermek sztereotip mozgásainak mennyiségét, a környezettel való interakciót javítja, tágítja az érdeklődést, fokozza a mozgásos motivációt (SZVATKÓ, 2004). A túlzott aktivitás, vagy a figyelemzavar terápiájában segítséget jelentenek a szenzoros integrációs terápiák mellett a „pszichomotoros eljárások, melyek az észlelés és mozgás összehangolásának képességét fejlesztik”, általában csoportosan (KEREKI, 2015b:152). Hozzájárulnak, hogy a környezetből és a saját testből származó érzékszervi információk megfelelő kezeléséhez, így a gyermekek egyre sikeresebben tudnak alkalmazkodni a fizikai, szociális és pszichés környezetük kihívásaihoz.

Összességében a kisgyermekkorban jelentkező különféle fogyatékoságot eredményező állapotok, a koraszülöttség, illetve az átlagtól eltérő fejlődés, valamint a fogyatékoságok esetén alapvető fontosságú, vagy a komplex fejlesztést kiegészítő eljárásokként tekinthetünk a mozgásfejlesztés területeire. A mozgásfejlesztésben képzett szakemberek (gyógytornász, szomatopedagógia szakos gyógypedagógus és konduktor) munkáját továbbképzések elvégzése révén más szakmák képviselői (gyógypedagógusok) bővítik. A speciális mozgásterápiák különféle célokat szolgálnak, alkalmazásuk a gyermek szükségletéhez igazodik, transzdiszciplináris szakmai team együttműködésének részeként, komplex diagnosztikus tevékenységet követően kerülnek alkalmazásra. A mozgásszervi, illetve a funkciókra vonatkozó fejlesztést célozzák, ugyanakkor az érzékszervek bevonásán keresztül hatnak számos ráépülő terület működésére, mint például a megismerő funkciók. Ebben a tekintetben tehát a szenzoros integrációs eljárások szorosan kapcsolódnak a mozgásfejlesztéshez.

V. A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLAT SZEREPE A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

A dolgozatomban középpontjában a pedagógiai szakszolgálati intézmények állnak, mivel azok kulcsintézmények a terápiás ellátás tekintetében is, vagyis egyrészt tájékoztatják, másrészt el is látják az oda kerülő gyermekeket. Az intézményrendszer átszervezése óta a mozgásterápiás ellátások tekintetében is központi szereplők, a szabályozott kliensúton haladók esetében elvileg valamennyi fejlesztést igénylő gyermek a látókörükbe kerül. Éppen ezért külön szeretnék kitérni a következőkben az intézmény működésének részletes bemutatására, amely a vizsgálatom kereteit és az eredmények összehasonlításának is alapja lesz.

V.1. A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATI INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSE

V.1.1. A pedagógiai szakszolgálati intézmények tevékenysége a kora gyermekkori intervenció rendszerében

A pedagógiai szakszolgálatok a kora gyermekkori intervenciók rendszer közneveléshez tartozó szereplői (KERÉKI, 2015b:8). Mivel a rendszer több ágazat munkamegosztásában zajlik, érintett továbbá az egészségügy, a szociális ágazat is. Az intézmény által ellátott tevékenységek²¹ közül kilenc érinti az iskoláskor előtti korosztályt is, ami a kutatás célcsoportja. Ezen felül az egységes gyógypedagógiai és módszertani intézmények, illetve az óvodák tartoznak a szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenciók intézményrendszer elemei közé.

A pedagógiai szakszolgálati intézmények a köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálati (alap)feladatot ellátó intézmények. Az intézmény igénybevétele térítésmentes az ingyenes, nappali munkarendű oktatásban részt vevő, a 2011. évi CXC. törvényben²² meghatározott feltételeknek megfelelő gyermekek, tanulók számára. Alapvető feladatai közé tartoznak a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás²³, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás, illetve a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása. A törvény alapján a gyermek joga, hogy életkorától függetlenül a pedagógiai szakszolgálat intézményéhez forduljon segítségért. 72 § (4) szerint a szülő kötelezettsége, hogy „gyermekével

²¹ Lásd a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 18 § (2)

²² 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről (2018.07.24.) napon hatályos állapota szerint.

²³ Az elnevezés a 53/2016. (XII. 29.) EMMI rendelet 47. § 3. szerinti.

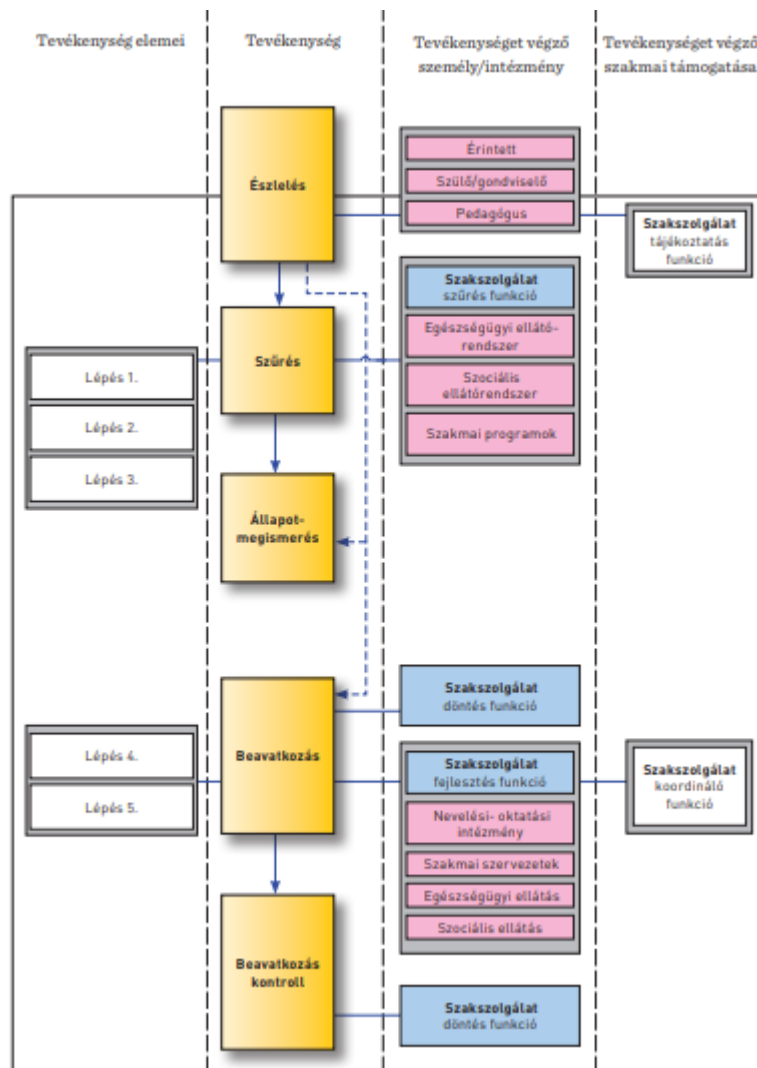
megjelenjen a nevelési tanácsadáson, továbbá biztosítsa gyermekének [...] a vizsgálaton és a fejlesztő foglalkozásokon való részvételét”.

A pedagógiai szakszolgálatokra a kora gyermekkori intervenció fogalmával élve „kulcsintézményként” tekinthetünk (KEREKI, 2015b:19), ahová a diagnosztikus centrum irányítja a gyermeket és családját az ellátáshoz. Kiválasztásának szempontja, hogy a terápiás, fejlesztő ellátás a család lakóhelyéhez minél közelebb legyen, illetve a szükségletekhez leginkább illeszkedő ellátás legyen biztosítva számára. Kulcsintézmény szerepében lehet a pedagógiai szakszolgálaton kívül egészségügyi ellátás, magánellátó, egyházi intézmény vagy alapítvány is. A szakszolgálatok esetében jársonként valósul meg e két szempont, amelyekben az egyenlő hozzáférés szellemében „valamennyi szakszolgálati feladatot meg kell szervezni” (TORDA és NAGYNÉ RÉZ, 2015:12). KIRÁLY és mtsi. (2015:6) is megerősítik ezt a feltevést: „A pedagógiai szakszolgáltatásokhoz való egyenlő eséllyel történő hozzáférés garanciáinak biztosítása [...] – megítélésünk szerint – járási tankerületi szinten szavatolható.”

Egyik fontos szerepe a tájékoztatás, hiszen diagnosztikus tevékenysége révén feladata a terápiás javaslat megtétele, az ellátó intézmény kijelölése (szakértői bizottsági tevékenység keretében). Hogy a pedagógiai szakszolgálatok mennyiben tudják ellátni a tájékoztatás funkcióját, különös tekintettel a mozgásterápiákra, a pedagógiai szakszolgálat szakemberei körében végzett problémafeltáró előkutatásom eredményeit részletesebben lásd N. KLUJBER, (2019). A kérdőív alkalmazásával végzett kismintás (n=34) felmérés azt mutatta, hogy – elsősorban gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a nevelési tanácsadás és a szakértői bizottsági tevékenységet végző – szakemberek 79%-a szükségesnek tartotta a mozgásterápiás ismereteket munkája során, illetve a legismertebb terápiákról tudják tájékoztatni a szülőket szükség esetén a vizsgált megyében.

A 2015-ben kiadott szakszolgálati protokollok írják le az ellátás menetét, céljait, módszereit, amelyek összhangban a kialakításukkor hatályos jogszabályokkal, vezérfonalként adnak útmutatást a szakembereknek az intézményben végzett feladataikhoz.

Az intézmény tevékenységének menetét a következő ábra foglalja össze az abban közreműködő személyek, intézmények hozzárendelésével (*1. ábra*).



1.ábra: Univerzális ellátási folyamatmodell (TORDA és NAGYNÉ RÉZ, 2015: 81)

Elmondható, hogy a pedagógiai szakszolgálati intézmények a problémák felismerésétől, azonosításától a beavatkozáson keresztül (fejlesztés, terápia, tanácsadás) követik a gyermekek fejlődését. TORDA és NAGYNÉ RÉZ (2015:20) a *bemenet* szakaszának a kliens és a szolgáltató találkozását tekinti (észlelés, szűrés), a *folyamat* szakaszában kerül sor vizsgálatokra, tanácsadásra, fejlesztésre, míg a *kimenet* esetleg szakértői vélemény, kimeneti mérés vagy más formában valósul meg.

Az intézményben ellátott tevékenységek során szoros kapcsolat alakul ki az érintett gyermekekkel és családjukkal, pedagógusaikkal, valamint más intézmények szereplőivel is. A szakemberek folyamatos együttműködésük során arra törekcszenek, hogy a gyermekekről komplex kép kialakításával válasszanak ki a szükségletükhöz leginkább megfelelő ellátási formákat, melyek eredményességét, határfokát rendszeresen ellenőrzik.

V.1.2. A pedagógiai szakszolgálati intézmények fenntartása és típusai

Mivel a különféle mozgásterápiás eljárások helyzetét a pedagógiai szakszolgálati intézmények rendszerében elhelyezve szeretném vizsgálni, szükséges szervezeti működésének, az intézmények feladatkörének tisztázása.

A pedagógiai szakszolgálati feladatok szakmai irányítását az oktatásért felelős miniszter látja el. A feladatok megvalósításába társadalmi szervezetek, felsőoktatási intézmények, egyház és más nem állami, nem önkormányzati fenntartó által fenntartott köznevelési intézmény kerülnek bevonásra. A pedagógiai szakszolgálati feladatokat három intézménytípusban látják el: székhelyintézményekben, tagintézményekben és a tagintézmények telephelyein.

A 2016. január 1-jei állapotát bemutató közigazgatási helynévkönyv hat régiót, 19 megyét és a fővárost különíti el Magyarországon. A közigazgatás kérdéseit a 66/2015. (III. 30.) a fővárosi és megyei kormányhivatalokról, illetve a járási (fővárosi kerületi) hivatalokról szóló kormányrendelet szabályozza. A kormányrendelet összesen 197 járás kialakításáról rendelkezik, ebből 23 járás a fővárosban (a kerületeknek megfelelő területi beosztásban) található.

A pedagógiai szakszolgálati intézmények típusainak legfontosabb különbségeit összefoglalva elmondható, hogy kétszintű az intézményi struktúra (KEREKI, 2015a:64) az intézményrendszer átalakítása óta. A székhelyintézmény típusú intézmény megyei és fővárosi működési körzettel szakértői bizottsági feladatok lát el, továbbá a szakmai irányítást és koordinálást végzi. A tagintézmény több tagintézményi telephelyen is működhet. A járási tagintézményeknek teljeskörűen el kell látnia az Nkt. 18. § (2) bekezdésében foglalt valamennyi pedagógiai szakszolgálati feladatot. Amennyiben az adott szakszolgálati feladatot ugyanabban a járásban más, szakosított tagintézmény vagy más, szakosított tagintézmény tagintézményi telephelye teljeskörűen ellátja, a járási tagintézmény mentesül a következő feladatok ellátása alól: a korai fejlesztés és gondozás, a konduktív pedagógiai ellátás és a logopédiai ellátás.²⁴

V.1.3. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak

A Rendelet előírja a fővárosban, megyében működő pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak minimális létszámát (7. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez), valamint a pedagógus-munkakörben és a nem pedagógus munkakörben foglalkoztatottak végzettségére és szakképzettségére vonatkozó követelményeket. Pedagógus munkaköröként a gyógypedagógus, logopédus, konduktor, fejlesztő pedagógus, pszichológus,

²⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 44/B. § (2)-(3)

gyógytestnevelő tanár, valamint koordinátor, tanácsadó pedagógusokat különböztet meg. Nem pedagógus munkakörben, tehát a nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő (a fogyatékoság típusának megfelelő szakorvos vagy gyermek- és ifjúsági pszichiátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, illetve gyermekneurológia szakorvos, gyógytornász, pedagógiai asszisztens, gyógypedagógiai asszisztens, a rendszergazda, és a szakszolgálati titkár) és az egyéb munkakörben foglalkoztatottakat nevezi meg.

A pedagógiai szakszolgálatok feladatait, a nevelő- és oktatómunkát szakirányú felsőfokú végzettségű szakember látja el (61 § (2)-(3)). A végzettségekre és szakképzettségekre vonatkozó követelményeket a rendelet 3. melléklete tartalmazza. Egyéb feladatokat (gazdasági, ügyviteli, műszaki és kiegészítő munkakörök) az alkalmazottak létszámának legfeljebb a húsz százaléka lát el. 61. § (5)

A különféle szakemberek szakképzettsége eltérő követelmények szerint alakul a különböző tevékenységi körökben. Míg a korai fejlesztésnél, fejlesztő felkészítésben és a szakértői bizottsági tevékenységnél nincsen külön előírva szakirányú végzettség, addig például a gyógytestnevelés, vagy a konduktív pedagógia esetén a szakirány szerinti végzettség felel meg a feladatkör ellátásához. (TORDA és NAGYNÉ RÉZ, 2015:37-38)

V.2. A MOZGÁSFEJLESZTÉS, TERÁPIÁK A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATBAN

A pedagógiai szakszolgálati intézmények a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet²⁵ (továbbiakban Rendelet) alapján működnek. A Rendelet dokumentumelemzése alapján a következő megállapítások tehetők. A mozgásfejlesztésre, mint a tanulmányban kiemelten vizsgált szempontra a Rendelet a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás pedagógiai szakszolgálati feladatban tesz említést, ugyanakkor a pszichodiagnosztikai munka során hangsúlyos vizsgálati terület a különböző életkorokban. A vizsgálatokra, diagnosztikai munkára vonatkozó megállapítások mellett a pedagógiai szakszolgálati intézmények kötelező (minimális) eszközei és felszerelései között az idézett kormányrendelet feljegyvez egyensúly- és mozgásfejlesztő terápiás eszközöket (9. melléklet) a pedagógiai szakszolgálat számára.

A mozgásfejlesztés, mozgásterápiás eljárások a pedagógiai szakszolgálat több feladatának ellátásánál szerepet kapnak. A pedagógiai szakszolgálatok számára összeállított protokollok alapján elmondható, hogy megjelenik a korai fejlesztés, a fejlesztő nevelés, a nevelési tanácsadás területein, valamint gyógytestnevelés és a konduktív pedagógia feladatkörök esetében is.

²⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről (2018.07.24.) napon hatályos állapota szerint.

A korai fejlesztésben a mozgásfejlesztés részterület a komplex gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai tanácsadás, a kognitív, a szociális, a kommunikációs és a nyelvi készségek, a pszichológiai segítségnyújtás mellett (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:11). Az intervenció gyakori területei között tesznek említést a gyógypedagógusok, konduktorok, gyógytornászok által végzett mozgásfejlesztésről (nagymozgások, poszturák és praxisok) további területek mellett, mint az érzékelésfejlesztés (differentiálás, diszkriminálás), a korai hallásnevelés, a korai látásnevelés, a kognitív és a nyelvi funkciók fejlesztése, a korai logopédiai fejlesztés, önkiszolgálás, önállóság, szociális kapcsolódás, alkalmazkodás (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:59)

A fejlesztő nevelésben például a központi idegrendszer sérülésekor kiemelt cél a mozgásfejlesztés, mivel annak következménye a súlyos mozgáskorlátozottság. Ebben az esetben a testséma, a mozgásszervrendszer optimális működésének biztosítása, a károsodott tartási és mozgási funkciók korrekciója, kompenzációja, az állapotromlás megelőzése, a mindennapos tevékenységek, valamint a tanulás, a játék- és munkatevékenységek motoros feltételeinek kialakítása az ellátás célja (KAPRONYI és ZELENKA, 2015:55).

A gyógytestnevelésben az egészségmegőrzés, korrekció és prevenció, illetve a mozgásigény és a mozgásműveltség fejlesztése összefüggésében kerül előtérbe a mozgás fejlesztése. Legfontosabb céljai között a mozgásműveltség kialakítása szerepel, ami alatt a nagymozgás, a finommotorika és az észlelés területeit érti GUNDA és mtsi. (2015:8-14). A speciális mozgásterápiák ismerete inkább lehetséges kompetenciaként jelenik meg a gyógytestnevelők számára, melynek területei a „tanulási, mozgási és beilleszkedési zavarok háttérében álló idegrendszeri fejletlenségre utaló jelen felismerése, nyitottság az új hazai és nemzetközi szenzorozó eljárások és speciális terápiás módszerek iránt” (GUNDA és mtsi, 2015:28).

A konduktív nevelés folyamataiban FEHÉR (2015:11) a mozgás fejlesztését nem különálló feladatként nevezi meg, hanem ami „a többi képességterülettel együtt, egy időben, egy helyen fejlesztendő”. A koordinált mozgás, mozgásnevelés (aktivitás szükséglete) mellett fontos teendő a konduktív pedagógiát igénylő személyek számára az önálló életmód tanítása, az értelmi nevelés és fejlesztés, a kommunikáció, a beszédfejlesztés, az érzelmi és az akarati tulajdonságok formálása (FEHÉR, 2015:34). *A nevelési tanácsadás* során tehát a „nagymozgást és az érzékelés integrációját elősegítő fejlesztések”, a grafomotoros fejlesztés kapnak teret (KIRÁLY és mtsi, 2015:53).

V.2.1. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiás eljárások elérhetősége a pedagógiai szakszolgálati intézményekben

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak végzettségére és az ellátott feladatokra vonatkozóan az 15/2013-as EMMI Rendelet ad javaslatokat a már bemutatott módon. A speciális terápiák alkalmazása is része a pedagógiai szakszolgálatban dolgozó szakemberek tevékenységének. KERÉKI és SZVATKÓ (2015:52) a korai fejlesztés szakmai protokolljában megfogalmazza, hogy ha „a gyermeknek szüksége van valamely beavatkozásra, akkor azt minél hamarabb meg kell szervezni számára”. Kérdés, hogy ez mennyiben valósítható meg. A terápiák tekintetében nem szerepelnek előírt létszámra, vagy végzettségre vonatkozó szempontok sem jogszabályi, sem a protokollok szintjén. A speciális terápiákra akkor van lehetőség, ha „a szakszolgálat dolgozói között olyan szakemberek vannak, akiknek speciális terápiás végzettségük van” (KAPRONYI és ZELENKA, 2015:60). A lehetőség tehát fennáll valamely terápiás eljárás alkalmazására, de ez erősen függ a szakemberek saját szakmai érdeklődése, önálló anyagi ráfordítása és elhelyezkedési hajlandóságától is.

Ebből kiindulva feltételezhető, hogy az intézmények saját lehetőségeikhez mérten tudják megszervezni, ajánlani a terápiás ellátást, ami egyszerre jelenthet egy rugalmasságot a helyi szükségletekhez való igazodásban, és az egyes eljárások elérhetőségének korlátozottságát is. Az intézmények terápiás ellátásra vonatkozó stratégiáit jellemző önállóságról Kereki és Szvatkó, a korai fejlesztéssel kapcsolatos módszertani gazdagságra vonatkozóan a következőket írja: „Egy-egy terápiás ellátó hely nem rendelkezhet mindenféle eljárással, bár a módszerek folyamatos gazdagítása, a sokoldalúság biztosítása kiemelt cél. Nyilvánvaló, hogy az egyes ismeretkörök, metódusok, és a hozzájuk tartozó képzések kiválasztása és alkalmazása az intézmény belső szakmai értékítéletével párhuzamosan mozog, ezért az ellátó helyek ebből a szempontból más és más profilt mutatnak.” (KERÉKI és SZVATKÓ, 2015:58).

Az intézményekben alapvetően életkor és problématípus szerint javasolják az ellátási kínálat kialakítását, ahol „a szűkebb spektrumú formák” mellett nem-specifikus, holisztikus megközelítésű módszerek is szükségesek, hogy rendelkezésre álljanak (KERÉKI és SZVATKÓ, 2015:58).

Az intézmény saját stratégiájától (a lehetőségeiket és korlátaikat figyelembe véve) függ tehát, hogy mely eljárások biztosítását tartja szükségesnek, illetve, hogy miként tudja felhasználni a szakemberek kompetenciáit. KERÉKI és SZVATKÓ (2015) javasolják, hogy „a konkrét ismeretszerzési háttér” és a „személyes rátermettség” legyen a kiválasztás szempontja egy-egy kompetencia megjelenítésénél, mint a terápia megnevezése, annak fogalmi körülhatároltságának hiányossága miatt. Fontos továbbá, hogy az „illeszkedjen a közös

szemléleti keretű interdiszciplináris teambe, ugyanakkor biztosítsa az árnyalt és sokoldalú szakmai megközelítés lehetőségét.” (2015:38) A terápiás ellátással kapcsolatban (ami igaz lehet a mozgásterápiákra is) a megfelelő terápiás ismeretek szükségességének megítélése így az intézmények saját megítélésén múlhat, ha a lehetőségek adottak, rugalmasan igazodva a helyi igényekhez. Ugyanakkor a kompetenciák megoszlásának egyenetlensége is előfordulhat, vagyis, hogy egyes intézményekben eltérő lesz, hogy mely terápiák és milyen mennyiségben állnak rendelkezésre. Természetesen a terápiákkal kapcsolatos előírások híján az is megtörténhet, hogy habár igény lenne, a megfelelő kompetencia még sem áll rendelkezésre, esetleg nincs keret például a szükséges képzettségek megszerzésének támogatására. Ennek a helyzetnek a tisztázásához az egyes intézmények stratégiáinak megismerése szükséges.

A magánszolgáltatók szerepe kettős az ellátások biztosítása során. Megfigyelhető ugyanis, hogy „a hiányzó állami ellátásokat rugalmasan és időnként színvonalasan képes pótolni”, ami indokolja beemelésüket a rendszerbe. Másrészt viszont hiányzik ezek szakmai ellenőrzése, gyakran „mindenre alkalmas csodaszerek, csodaeszközök, csodaeljárások” színében tűnnek fel, ami komoly problémát jelent. KERÉKI (2015:153) további veszélyként írja le, hogy „a gyermek fejlesztési folyamatát nem ismerve, annak kapcsolódó szereplőivel összekötötést nem tartva, a szülőkből gyakran irreális elvárásokat támasztva” működnek.

Egy-egy terápia elérése tehát több tényező függvénye lehet: például, hogy van-e olyan szakember, aki egy adott terápiás végzettséggel rendelkezik, hogy milyen a terület általános szakemberellátottsága, a magánszolgáltatók milyen kínálattal rendelkeznek, esetleg a családok anyagi helyzetétől is, tehát, hogy tudnak-e utazni egy távolabbi településre az ellátás igénybe vételéhez (akár ingyenes, akár önköltséges formában).

V.2.2. A mozgásállapot, mozgáskészségek fejlettségének megállapítása a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek során

A mozgáskészségek felmérése a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeiben megjelenik. A már korábban ismertetett ellátási folyamatban a szűrés, az állapotmegismerés és a kontrollvizsgálat során kerülhet sor a mozgás állapotának vizsgálatára, ugyanakkor a gyógypedagógiai tevékenység folyamatdiagnosztika szemlélete alapján a terápiás munka része is. Továbbá a mozgásállapot megismerése a különféle szakszolgálati tevékenységekben, a különböző végzettségű szakemberek szakmai szempontjainak megfelelően, és életkorhoz igazítottan történik²⁶. Ennek részei a gyógypedagógiai szempontú vizsgálatok, amelyek az iskolai tanuláshoz szükséges alapkészségek felmérésére irányulnak.

A 15/2013. évi EMMI Rendelet alapján a mozgás a pszichodiagnosztikai munka során hangsúlyos terület a különböző életkorú gyermekeknél. A Rendelet különbséget tesz (0-3 éves kor között) a pszichomotoros fejlődés érettségi szintjének megállapításához, valamint az idegrendszer érési folyamatát vizsgáló szenzoros és szenzomotoros integráció területéhez használt eszközök között²⁷. A pszichomotoros képességek alatt a „nagy motoros mozgás, finom motoros mozgás, hallás, látás, receptív és expresszív nyelvi készségek, beszéd, szociális, emocionális készségek, viselkedés, iskolai készségeket megalapozó háttérképességek, figyelem, adaptív gondolkodás” területeit érthetjük (KEREKI és SZVATKÓ, 2015:47-48)²⁸. A felsorolt területek kiemelt szerepét hangsúlyozzák a felmérésében az óvodáskor előtt és óvodáskorban, valamint a motoros koordináció fejlődési zavarának megállapításánál az idézett rendeletben. A felmért képességek közé tartozik a motoros jártasság, a szenzoros és szenzomotoros integráció, a testséma, valamint a vizuomotoros koordináció vizsgálata, amelyek többek között az autizmus spektrumzavar megállapításánál is támpontot adhatnak.

A tanulási zavarok, tanulási nehézségek hátterében álló mozgásos készségek felmérésére az óvodai szűrővizsgálatokhoz kapcsolódva kerül sor, ugyanis a pedagógiai szakszolgálat tevékenységei között szerepel óvodai szűrővizsgálatok elvégzése. A leggyakrabban végzett szűrővizsgálatként nevezi meg KERÉKI és SZVATKÓ a középső csoportos gyermekek szűrését, ahol a cél feltárni az iskolakészültség alapjainak hiányosságait. Ehhez komplex gyógypedagógiai-

²⁶ A mozgás vizsgálata konduktív pedagógiában az izomtónus, a testtartás, a mozgáskoordináció területeire terjed ki, hiszen a köznevelés rendszerében nevelt és oktatott, központi idegrendszeri sérüléssel élő gyermekeknél ezek működésében következhet be zavar. A motoros rendszer zavarát „az érzékelés-észlelés, a kognitív készségek, kommunikáció, a percepció/és vagy a viselkedés zavarai, ill. epilepsziával járó állapotok”, illetve ortopédiai komplikációk gyakran kísérik. (Fehér, 2015:15)

²⁷ 3. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez

²⁸ A fogalom meghatározása a TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Kora gyermekkori (0-7) programban kidolgozott kérdőív alapján történt.

pszichológiai eljárást végeznek, mely érinti a mozgás területét is. Ötéves korban logopédiai szűrés is történik a korai logopédiai ellátásba való bevonás érdekében (beszédzavarok, nyelvi késés esetén), illetve egyes helyeken koraszülöttek rizikóvizsgálatára is sor kerül (2015:52).

A szűrővizsgálat során a nevelési tanácsadás protokollja alapján fontos terület a mozgás felmérése (az idegrendszer érettségét vizsgáló eljárások, nagymozgások, finommozgás, „testvázlat” megfigyelésében), illetve a fejlesztő pedagógus vagy a gyógypedagógus által végzett vizsgálatok, akik a mozgásállapot és a szenzoros integráció területét vizsgálják. A pszichológiai vizsgálat során is érintik az ehhez kapcsolódó képességeket: a „pszichomotoros érettség és a szenzoros integráció vizsgálata (szomatoszenzoros működés, nagy- és finommozgások koordinációja, bilaterális integráció, egyensúly, izomtónus, korai reflexek fennmaradása)” történik a pszichés állapot, az adaptív viselkedés, a szociális érettség, intelligencia és személyiség mellett (KIRÁLY és mtsi., 2015:44). A felmérés folyamatdiagnosztikai szemléletű, ezért bár az aktuális állapotot és a tartós jellemzőket igyekeznek megismerni a szakemberek egy-egy gyermeknél. (KIRÁLY és mtsi., 2015:42-43.) A konkrét vizsgálat előtt anamnézis felvételére kerül sor, ahol az érzékszervek, a mozgás- és a beszédfejlődés kiemelt szerepet kapnak.

Külön területet azon pedagógiai vizsgálatok csoportja, amelyek az iskolai képességek megalapozásához szükséges motoros képességek felmérésére irányulnak. Bizonyos esetekben a pedagógiai szakszolgálati intézmények vesznek részt a gyermekek iskolaérettségének megítélésében is, amely érinti ezt a területet. A 2011. évi CXC. törvény alapján az óvoda vezetője dönt a tankötelezettség kezdetéről, ha azonban nem járt óvodába a gyermek, vagy kezdeményezik a gyermek iskolaérettségi vizsgálatát, a 45. § alapján a szakértői bizottság szakértői véleménye az irányadó. Az iskolába lépéshez igazolni szükséges a fejlettség meglétét (20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet). A gyermekek számára azokat a fejlődési jellemzőket, melyeket el kell érniük az óvodáskor végére, szintén kormányrendelet írja elő (363/2012. (XII. 17.) kormányrendelet Melléklet VI. pont). A szakértői vizsgálatot akkor kezdeményezik, ha szükségesnek ítéli meg az óvodai nevelés meghosszabbítását a hetedik életévét betöltött gyermeknek, illetve, ha a gyermek fejlettsége nem dönthető el egyértelműen az óvodai dokumentumok alapján, nem járt óvodába, vagy a szülő és az intézmény nem ért egyet a gyermek iskolakezdésének idejéről²⁹. (20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet 21. §)

²⁹ Az óvodák döntési hatáskörének megerősítése azért is volt indokolt, mert alkalmat adott a szülőkkel való konfliktusok a pedagógiai szakszolgálatra való áthárítására. Az óvodai megítélés és a kapott eredmények közötti megfelelés szempontjából M. TAMÁS (2006) vizsgálatában azt találta, hogy az óvodák sok esetben nem adták meg javaslatukat, vélhetőleg azért, mert az óvodapedagógus nehezen vállalta fel a problémákat, így a szülőkkel kialakuló konfliktus elkerülhető volt.

Összegezve tehát, a pedagógiai szakszolgálati intézmények központi szerepet játszanak a mozgásterápiák iránti szükségletek felmérésében a különböző életkorú gyermekek esetén. Ennek egyik fontos területe az iskolára való felkészültség megállapítása, amelyben bizonyos tanulási zavarok háttérében is álló problémákra az iskola előtt felhívhatja a figyelmet. A pedagógiai szakszolgálati intézmények tájékoztató szerepet töltenek be és javaslatot tesznek az ellátásra, illetve maguk is részt vesznek a gyermekek terápia ellátásában. Az intézményekben azonban sem a speciális mozgásterápiás végzettségű szakemberek létszáma, sem végzettségére nem vonatkoznak előírások, azok az intézmények stratégiáitól függenek.

VI. A KUTATÁS BEMUTATÁSA

VI.1. A KUTATÁSI PROBLÉMA ÉS A KUTATÁSI CÉLJA

A mozgásfejlesztés, mozgásterápiás eljárások színes választéka érhető el a nemzetközi és a hazai szinten is az iskolás kort megelőző és az iskolás korú gyermekek terápiás ellátásban. Ahogy a kutatás elméleti háttérénel már bővebben bemutattam, bár a sokféleség egyszerre nyit lehetőséget a különböző szükségletek kielégítésére, ugyanakkor a folyamatosan bővülő kínálat nem feltétlenül egyértelmű szempontok szerint és ellenőrzött minőségben nyújt megoldást a problémákra, valamint azok elérhetősége sem egyenletes mindenki számára (KEREKI és LANNERT, 2009; KERÉKI, 2011). A hazai mozgásterápiás lehetőségek helyzetelemzéséből az látható, hogy egyrészt nehézséget jelent a terápiák közötti eligazodásban, hogy az eljárások gyűjtőfogalma többféle szakma által használt eljárásokat foglal magába, így általánosságban *a mozgásterápiák* alkalmazásával kapcsolatos kompetenciák lehatárolása nem egyértelmű (KERÉKI és SZVATKÓ, 2015). Másrészt fontos lenne a terápiák lényegi hatótényezőinek meghatározása és tapasztalati ellenőrzésük, amelyhez valamennyi alkalmazási kritériumainak, menetének pontos leírása szükséges.³⁰ Harmadsorban meg kell említeni, hogy a hazai terápiák több esetben külföldi eljárások adaptációi, amelyeknél ILLYÉS (2004) arra hívja fel a figyelmet, hogy már nem feltétlenül történik meg a magyar gyermekekhez való igazításuk, illetve rendszeres hatásvizsgálatuk. Emellett egy fajta piaci jelleg is megfigyelhető, ezért előfordulhatnak a „csodaszerként” kínált eljárások, amelyek minőségi beemelését kívánná meg mind a korai fejlesztés, a kora gyermekkori intervenció, a terápiás ellátás rendszere (KERÉKI, 2015b:153). Mindezek a szempontok tehát szükségessé teszik a mozgásterápiák hazai helyzetével kapcsolatos kutatásokat. Ezek egyik iránya a terápiák közötti eligazodást, egy másik pedig az ellátás biztosításával kapcsolatos kérdések megvilágítását segítheti, amely a dolgozatban is célként jelenik meg.

A különféle eljárások alkalmazásának körülményeiről nem rendelkezünk pontos adatokkal, mint például az egyes terápiás végzettségeket megszerzők és a terápiákat igénybe vevők létszámáról, vagy a terápiák elérhetőségének területi eloszlásáról. A dolgozatban bemutatásra

³⁰ Példaként említhető, hogy a szenzoros integrációs terápiákkal kapcsolatban CASE-SMITH és mtsi. (2014) rendszerezett szakirodalmi áttekintés keretében fogalmazták meg a különbséget a szenzoros szemléleten alapuló eljárások és az Ayres hagyományait követő szenzoros integrációs terápia között. PARHAM és mtsi. (2007) a terápiás gyakorlatot elemezték részleteiben, ami szintén lényeges, hiszen a terápiák összehasonlításánál nem csak az elméleteik összevetése indokolt, hanem éppen az általuk alkalmazott módszerek, a célok elérésének módja, az eszközök és használatuk, a terapeuta tevékenysége, a gyakorlatok alkalmazásának gyakorisága, rendszeressége vonatkozásában érhető tetten sokszor a lényegi különbség közöttük. Bár van példa a rendszerszintű összehasonlításra való törekvésre, a hazai terápiákat ismertető szakirodalomban azok különálló bemutatása valósul meg inkább (ld. M. TAMÁS, 2006; PETŐ, 2012).

kerülő kutatás célja információkat gyűjteni ezekről a területekről, hiszen ezek olyan neveléstudományi kutatások számára is alapot jelentenének, amelyek a terápiás ellátással kapcsolatos helyzet feltárására irányulnak. Emellett, a már korábban említett gyakorlati szempontok (például a terapeuták tevékenysége, nézetei, interakciói a gyermekekkel) kutatásaihoz is alapvető jelentőségű az alapsokaság – a mozgásterápiát végző szakemberek – jellemzése, amiről azonban egyelőre nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok.

A mozgásterápiás ellátás számos jogosultsági csoportot érint, a speciális terápiák azonban esetlegesen érhetőek el csak a pedagógiai szakszolgálati intézményekben (KEREKI és SZVATKÓ, 2015), amelyek a szükségletekhez igazodó ellátás meghatározásában és terápiájában is a központi feladatokat látja el Magyarországon. Az egyes terápiák területi megoszlásának ismerete hasznos információkkal szolgálhat arra vonatkozólag, hogy mennyire biztosított a felmerülő szükségletek esetén az azokhoz való hozzájutás. A kutatás során célom megvizsgálni, hogy miként oldják meg az intézmények a szükségleteknek megfelelő eljárások biztosítását az igény felmerülése esetén.

A kora gyermekkori intervenció működésével kapcsolatos fejlesztések célként fogalmazták meg többek között, hogy az ellátások legyenek minél közelebb, mindenki számára elérhető és minőségi, ingyenes, de legalábbis anyagilag minimális megterhelő, egymásra épülő, rendszeresen biztosított és többféle egy helyen (KEREKI, 2015ab, 2017).

A rendszer működésére vonatkozóan azonban a fejlesztéseket megelőzően készült helyzetelemzés (CZEIZEL, 2009; KERÉKI és LANNERT, 2009; KERÉKI, 2011), amelyek hatásainak kimutatása is időszerű. A kutatás közvetve szeretne rámutatni a rendszer átalakításának hatásaira és a felsorolt szempontok érvényesülésére a mozgásterápiás eljárások vonatkozásában.

A mozgásfejlesztés és a mozgásterápiás eljárások hazai helyzetével kapcsolatban a másik oldal megvilágítása is szükséges, tehát, hogy milyen igények merülnek fel ezek igénybevételére az iskolakezdés előtt álló gyermekek körében. Fejlődésüket, spontán érésüket a mozgás életkori sajátosságaikból fakadóan játékonan támogatja ebben az időszakban, ezért az (óvoda)pedagógia területén is hatékony eszközként kerülnek alkalmazásra fejlesztő, vagy prevenciós céllal az elmúlt évtizedekben. Mivel az iskolai tanulás szempontjából meghatározó a perceptuomotoros fejlődés, annak szenzitív periódusában, az óvodás korban az eltérő fejlődés, illetve a tanulási képességek elmaradása esetén is ekkor a leghatékonyabb a korrekációs tevékenységben a mozgásra épülő terápiás tevékenység. Indokolt tehát a problémák mielőbbi felismerése, amely az eredményes iskolai tanulás támogatásához is elengedhetetlen (ld. például P. BALOGH, 1985, 1988, 1997, GYENEI, 2001, 2006; LAKATOS, 2003).

A tanköteles korú gyermekek iskolaérettségi vizsgátaiban a pedagógiai szakszolgálati intézmények szerepet vállalnak, amelyek feladata a mozgás állapotának, fejlettségének és az ehhez kapcsolódó megismerési folyamatok működésének megismerése. Az intézmények által végzett komplex vizsgálatok adatainak statisztikai elemzése során rálátást nyerhetünk egy adott óvoda szempontjából, vagy akár egy-egy nagyobb térségben azokra a tényezőkre, amelyek iskolakezdést nehezíti számukra. A gyermekek életmódjában bekövetkező változások szükségessé teszik a mozgásos képességeikre vonatkozó vizsgálatok megismétlését. A 2015-ben az iskolára való felkészültség megállapítására kialakított új eszköz kevésbé használt a kutatásokban (TORDA, 2015), amely azonban országos összehasonlítást is lehetővé tette, így az azzal végzett mérések eredményeinek bővítéséhez is szeretne hozzájárulni a kutatás a gyermekek képességeinek megismerése mellett.

Azoknál a gyermekeknél, akiknél az iskolára való felkészültség, érettség megítélése érdekében vizsgálatot kezdeményeznek, fontos megismerni, hogy mely területeken mutatnak elmaradásokat. Eredményeik egyúttal a mozgásterápiák és a mozgásfejlesztés iránti szükségletekre is rámutatnak az iskolakezdés előtt. Ezek az információk támpontokat adhatnak a pedagógiai munka feladatainak kijelöléséhez, pontosításához, annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy vannak-e olyan területek, amelyekre az intézményen belül nagyobb figyelmet fordíthatnának, ezzel javítva a gyermekek iskolára való felkészültségének állapotán.

A kutatási probléma területeit összefoglalva a magyarországi mozgásterápiás ellátás helyzetével kapcsolatos kérdések, illetve a mozgásfejlesztés és mozgásterápiák iránt mutatkozó igények indokolták a kutatás létrejöttét.

VI.2. A KUTATÁS FELÉPÍTÉSE, KÉRDÉSEK ÉS A HIPOTÉZISEK

Doktori kutatásom két fő témakör köré rendeződött a mozgásterápiák, a mozgásfejlesztéshez kapcsolódó ellátás és eljárások iránti szükségletek dimenziójában. A kutatás során 2016 és 2018 között országos felmérést és egy megyére irányuló részletes elemzést végeztem a pedagógiai szakszolgálati intézményekben, az ott elérhető mozgásterápiás eljárások és szaktudás feltérképezéséhez. A kiválasztott megyében (Heves megye) részletesen elemeztem a mozgásterápiás ellátásokkal kapcsolatos kérdéseket a gyermekek képességei és a mozgásfejlesztés, illetve a mozgásterápiák iránti szükségleteik, a szakemberek helyzetértékelése és az intézmény vezetőjének a mozgásterápiás eljárásokkal kapcsolatos intézményi stratégiáinak megismerése céljával.

A kutatás részterületeit, az azokhoz rendelt kutatási kérdéseket és hipotéziseket a könnyebb átláthatóság érdekében a következő táblázatokban összesítettem (*1-2. táblázat*).

VIZSGÁLT TERÜLETEK		A KUTATÁS KÉRDÉSEI	HIPOTÉZISEK
<p>I. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti igények</p> <p>A mozgásos készségek fejlettsége az iskoláskor előtt</p>	<p>I.1. A gyermekek mozgásos készségeinek fejlettsége</p>	<p>Milyen az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek képességprofilja? Milyen készségek elmaradásával függ össze a gyermekek mozgásos területen mutatott elmaradása?</p> <p>Van-e teljesítménybeli különbség a mozgásos területen az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevők körében?</p> <p>Hogyan határozza meg a gyermekek iskolára való felkészültségének megítélését mozgásos készségeik állapota?</p>	<p>H.I.1.1. Ha a gyermekek mozgásos készségei elmaradnak az átlagostól, a nyelvi, a kognitív és az adaptív viselkedésbeli területeken is alacsonyabb teljesítményt mutatnak. (LAKATOS, 2003)</p> <p>H.I.1.2. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő, fiatalabb gyermekek nagyobb elmaradással rendelkeznek a mozgásos készségek fejlettségében, mint az idősebbek.</p> <p>H.I.1.3. A város székhelyű intézményekben alacsonyabb teljesítményt érnek el az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő, a gyermekek a mozgásos készségek fejlettségében, mint a városnál kisebb települések intézményeiben.</p> <p>H.I.1.4. Arra alapozva, hogy a mozgásfejlődés folyamatában a finommozgások fejlődése tehető a későbbi időszakra (BALOGH, 1985), feltételezem, hogy a mozgásos területen gyengén teljesítő gyermekek többségénél a grafomotoros képességeik gyengesége figyelhető meg.</p> <p>H.I.1.5. Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek harmada esetében az óvodai nevelésének meghosszabbítása javasolt. (M.TAMÁS, 2006)</p> <p>H.I.1.6. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek többsége, akik óvodai nevelésének meghosszabbítása javasolt, gyengébb mozgásos teljesítményt mutat társainál. Emellett a mozgásos területen tapasztalható elmaradás nem indokolja önmagában az óvodai nevelés meghosszabbításának javaslatát.</p>
	<p>I.2. A mozgásos készségek fejlettsége a pedagógusok észlelése alapján</p>	<p>Mennyire pontosan észlelik a pedagógusok a gyermekek mozgásos készségeinek fejlettségét?</p>	<p>H.I.2.1. Azokon a területeken, amelyeken a pedagógusok problémát észleltek az iskolaérettségi vizsgálatra javasolt gyermekeknél, teljesítményük az átlagtól alacsonyabb.</p> <p>H.I.2.2. A pedagógusok a fiúk esetében észlelik gyakrabban a motoros képességek gyengeségét az iskolaérettségi vizsgálatra javasolt gyermekeknél.</p> <p>H.I.2.3. A pedagógusok gyakrabban észlelik viselkedésbeli problémaként a mozgásos területen tapasztalható elmaradásokat.</p> <p>H.I.2.4. A pedagógusok a mozgásos területen a finommotoros mozgás problémáit gyakrabban jelölik meg a vizsgálatkérés indokaként, mint a mozgásfejlődés korábbi lépéseit.</p>
	<p>I.3. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti igények a gyermekek körében</p>	<p>Milyen arányban javasolt az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek mozgásfejlesztése, mozgásterápiás ellátása?</p> <p>Milyen típusú terápiák igénybevételére mutatkoznak igények az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek körében?</p>	<p>H.I.3.1. A gyermekek teljesítménye elmaradásának mértékétől függően kapnak javaslatot: enyhébb elmaradás esetén mozgásfejlesztésre, súlyosabb esetben mozgásterápiás ellátásra.</p> <p>H.I.3.2. A gyermekek számára javasolt ellátásban a komplex gyógypedagógiai fejlesztés jelenik meg legnagyobb arányban, a speciális mozgásterápiák a gyermekek szűk köre számára kerülnek ajánlásra.</p> <p>H.I.3.3. A gyermekek számára az intézményekben foglalkoztatott szakemberek végzettségének megfelelő mozgásterápiákat javasolnak.</p>

II.A mozgásterápiák elérhetősége a pedagógiai szakszolgálati intézményekben	II.1. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető mozgásterápiás eljárások típusai	Milyen fajta mozgásterápiák igénybevételére van lehetőség a pedagógiai szakszolgálati intézményekben? Mennyire egyenletes az intézményekben a mozgásterápiás ellátás(ok) elérhetősége?	H.II.1.1. Minden pedagógiai szakszolgálati tagintézményben elérhető legalább egy fajta mozgás-terápia, valamint megyei szinten többféle mozgásterápia is elérhető. H.II.1.2. Az intézmények mozgásterápiás ellátási kínálata között nagy különbségek tapasztalhatók, azok eloszlása nem kiegyenlített az intézmények között. H.II.1.3. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben sokféle mozgásterápiás képzettség előfordul, ezek közül vannak azonban preferáltabb képzések a szakemberek körében
	II.2. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek jellemzői a pedagógiai szakszolgálati intézményekben	Hány szakember dolgozik a pedagógiai szakszolgálati intézményekben és milyen a szakemberek területi eloszlása? Hány szakember rendelkezik mozgásterápiás képzettséggel a pedagógiai szakszolgálati intézményekben? Milyen alapképzettséggel rendelkeznek a mozgásterápiás képzettséget szerzett szakemberek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben? Azok, akik rendelkeznek mozgásterápiás képzettséggel, tartanak-e mozgásterápiás foglalkozásokat?	H.II.2.1. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek létszáma megegyezik a foglalkoztatottak a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 7. mellékletében meghatározott minimális létszámával, illetve a pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek megyei összlétszáma a megye egy főre jutó bruttó hazai terméke értékével és a közigazgatási terület méretével korrelál. H.II.2.2. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek többsége többféle mozgásterápiás képzettséggel is rendelkezik. Azok a szakemberek, akiknek az alapképzettsége mozgásterápiás fejlesztésre irányul (konduktor, gyógytornász, gyógytestnevelő, gyógypedagógus szomatopedagógia szakirányon), nagyobb arányban szereznek mozgásterápiás képzettséget, mint a többi alapképzettséggel rendelkezők. H.II.2.3. A mozgásterápiás képzettségű szakemberek létszáma az intézményekben nem arányos a tagintézményben dolgozó szakemberek összlétszámával és nem egyenletesen oszlik meg a pedagógiai szakszolgálati intézményekben. H.II.2.4. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek végznek a képzettségüknek megfelelő terápiás tevékenységet a pedagógiai szakszolgálati munkájuk során. H.II.2.5. A mozgásfejlesztésre irányuló alapképzettséggel rendelkező szakemberek létszáma a megyében található járások létszámával korrelál.
	II.3. A mozgásterápiás ellátás formái, ellátottak száma	Hány gyermek vesz részt mozgásterápiás ellátásban a pedagógiai szakszolgálatban? Milyen óraszámokban nyújtanak az intézmények mozgásterápiás ellátást?	<i>A kutatási kérdésekhez nem tartozik hipotézis.</i>

<p>II.4. A mozgásterápiás ellátás megítélése a szakemberek körében</p>	<p>Mennyire elégedettek a mozgásterápiás ellátással a pedagógiai szakszolgálat szakemberei?</p> <p>Mennyiben valósulnak meg a kora gyermekkori intervencióban meghatározott szempontok a mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban?</p> <p>Tudnak-e tájékozódni és tájékoztatást adni a pedagógiai szakszolgálaton belül a szakemberek a mozgásterápiákkal kapcsolatban?</p>	<p>H.II.4.1. Attól függetlenül, hogy a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek³¹ közül melyet/melyeket végzik a szakemberek, munkájuk során szükségesnek érzik a mozgásterápiás, mozgásfejlesztés területéről származó ismereteket a pedagógiai szakszolgálati ellátás folyamatának³² minden szakaszában.</p> <p>H.II.4.2. A különféle mozgásterápiás eljárásokról³³ a pedagógiai szakszolgálat szakemberei úgy gondolják, hogy tájékoztatást tudnak adni a szülőknek, illetve ismernek olyan szakembert, aki alkalmazni tudja a terápiát és akihez információgyűjtés szempontjából fordulhatnak.</p> <p>H.II.4.3. A mozgásterápiás ellátás megvalósulásával elégedettek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek.</p> <p>H.II.4.4. A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban megvalósul az minimális költségek, a közelség, a szolgáltatások sokfélesége és a közelség szempontjai (SORIANO, 2005:20-22)³⁴</p>	<p>H.II.4.1. Attól függetlenül, hogy a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek³¹ közül melyet/melyeket végzik a szakemberek, munkájuk során szükségesnek érzik a mozgásterápiás, mozgásfejlesztés területéről származó ismereteket a pedagógiai szakszolgálati ellátás folyamatának³² minden szakaszában.</p> <p>H.II.4.2. A különféle mozgásterápiás eljárásokról³³ a pedagógiai szakszolgálat szakemberei úgy gondolják, hogy tájékoztatást tudnak adni a szülőknek, illetve ismernek olyan szakembert, aki alkalmazni tudja a terápiát és akihez információgyűjtés szempontjából fordulhatnak.</p> <p>H.II.4.3. A mozgásterápiás ellátás megvalósulásával elégedettek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek.</p> <p>H.II.4.4. A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban megvalósul az minimális költségek, a közelség, a szolgáltatások sokfélesége és a közelség szempontjai (SORIANO, 2005:20-22)³⁴</p>
<p>II.5. A mozgásterápiákkal kapcsolatos intézményi stratégiák</p>			<p>Az intézmény helyzete a mozgásfejlesztés, mozgásterápiás ellátások biztosítása területén.</p> <p>Az intézmény stratégiája a mozgásterápiás ellátás biztosítására.</p> <p>A mozgásterápiák elérhetőségét befolyásoló tényezők az intézményben.</p> <p>Az intézményi átszervezés hatása a mozgásterápiák biztosítására.</p>

I.táblázat: A kutatás témakörei, kérdései és a hozzájuk tartozó hipotézisek (saját)

³¹ A pedagógiai szakszolgálat tíz ellátási területének listája a kérdőív felvételekor hatályos „15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről” alapján került leírásra

³² A fogalom értelmezésében a pedagógiai szakszolgálati protokoll fogalomhasználatát vettem alapul (TORDA, 2015)

³³ A kutatásban vizsgált mozgásterápiás eljárások pontos listája a kutatási eszköz bemutatásánál kerül ismertetésre.

³⁴ Az European Agency for Special Needs and Inclusive Education (2005) összefoglaló jelentése alapján. (SORIANO, 2005)

A kutatás első részében a mozgásterápiák iránti igények felmérése történt, elsősorban a 2017. tanévben tankötelezett korú gyermekek iskolaérettségi vizsgálati eredményeinek feldolgozásán keresztül, másodsorban pedig egy országos felmérés keretében, ahol az ellátott gyermekek létszámáról és időkereteiről gyűjtöttem információkat.

A gyermekek mozgásos teljesítményének témaköréhez négy nagyobb kérdéscsoport tartozott. A gyermekek mozgásos készségeinek fejlettsége tekintetében arra szerettem volna választ kapni, hogy a gyermekek képességprofiljában a mozgás területe milyen súllyal jelenik meg az iskolaérettséggel kapcsolatos kérdések háttérében. Amennyiben felmerül a mozgásos terület fejletlensége, érintettsége, megfigyelhető-e más területeken is elmaradás, illetve van-e különbség a gyermekek teljesítményében különböző tényezőktől függően, mint az életkor, a település típusa, ahol az intézmény található? Az eredmények statisztikai feldolgozása mellett az iskolakezdekről való döntést is elemeztem, mivel szerettem volna választ kapni arra a kérdésre is, hogy az iskolára való felkészültség megítélése során a mozgásos teljesítmény milyen mértékben indokolja az iskolakezdés elhalasztását. Az iskolakezdekről kialakított döntés mellett pedig a javasolt fejlesztések területei alapján azt vizsgáltam, hogy a javaslatok között milyen arányban szerepel a mozgásos terület fejlesztése, illetve a mozgásterápiák.

A mozgásterápiák iránti igények egy másik aspektusa volt az iskolaérettségi vizsgálatot kérő pedagógusok problémaészlelésének elemzése, vagyis az, hogy mennyiben érzékelik pontosan és mennyire tekintik problémának a mozgásos terület eltéréseit a gyermekeknél.

A második fő kérdéskör a mozgásterápiás ellátás helyzetére vonatkozott, amely három nagyobb területet foglalt magába. Országos felmérés keretében a pedagógiai szakszolgálatokban foglalkoztatott, mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők számát, az elérhető terápiák típusait és az ellátás körülményeit szerettem volna megismerni. Ebben a témakörben a legfontosabb kutatási kérdés volt, hogy milyen arányban és milyen típusú eljárások érhetőek el az intézményekben, illetve milyen ezek területi megoszlása. Van-e lehetőség minden megyében többféle eljárást is igénybe venni a mozgásterápiák közül, illetve az elérhető végzettségek alkalmazására is kerülnek-e az intézményekben?

Mivel a létszámadatok mellett az azok háttérében álló tényezők megvilágítására is törekedtem, arra a kérdésre, hogy a rendelkezésre álló eljárások mennyiben elégítik ki az intézményekben jelentkező szükségleteket. Heves megyében tehát az intézmény vezetőjével készített interjú, valamint az intézményben foglalkoztatott szakemberek szempontjait mértem fel. Fontos kérdésként merült fel, hogy a szakemberek milyennek ítélik meg a terápiák elérhetőségét abban a térségben, ahol dolgoznak, illetve, ha munkájuk során szükségessé válik mozgásterápiás ismeretek alkalmazása, tudnak-e kihez fordulni tanácsért. Ez ugyanis arra is

rámutat, hogy a szakemberek munkájában milyen szerepet tölt be a mozgásterápiákkal kapcsolatos ismeretkör, illetve a szükségletekre miként tudnak reagálni.

VI.3. A KUTATÁS MÓDSZEREI, ESZKÖZEI, AZ ADATOK ELEMZÉSÉNEK MÓDJA

A kutatás különböző kérdéseinek vizsgálata során alkalmazott módszereket a *2. táblázat* foglalja össze. A kutatás fő kérdéseit két nagyobb vizsgálati területre osztottam fel, egyrészt „A mozgásterápiák iránti igények”, másrészt „A mozgásterápiák elérhetősége a pedagógiai szakszolgálati intézményekben” alterületekre. A táblázatban ezekhez résztémákat tüntettem fel, amelyek egyben az összegyűjtött adatok bemutatásának logikai sorrendjét is mutatják. A táblázat fejléce tartalmazza a vizsgálat típusát, módszereit, illetve a módszerekhez rendelve az eszközöket. A vizsgálat során kiválasztott mintára vonatkozó adatok is szerepelnek a felső sorokban, amelyet ugyanakkor a későbbi fejezetben részletesen is bemutatok.

Vizsgált területek		MÓDSZEREK, ESZKÖZÖK					
		Teszteredmények statisztikai elemzése	Dokumentumelemzés		Írásbeli kikérdezés	Írásbeli kikérdezés	Szóbeli kikérdezés
		Az iskolaérettségi vizsgálat mért eredményeinek statisztikai elemzése (iskolára való felkészültség megítélésére alkalmazott vizsgáloeljáras)	A vizsgálatkérő dokumentumok tartalmi elemzése (pedagógiai vélemény)	A szakértői vélemény mozgásfejlesztésre tett javaslatainak elemzése (mennyisége, típusai) (szakértői vélemény, anamnézis)	A pedagógiai szakszolgálatok számára összeállított adatgyűjtő táblázat eredményei (saját eszköz)	A pedagógiai szakszolgálat szakemberei számára összeállított kérdéssor (saját eszköz)	A pedagógiai szakszolgálatok intézmény-vezetőjével készített interjú (strukturált interjú)
		A MINTA					
		Heves megye hat járása			Országos	Heves megye	Heves megye
Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek (291 fő) és a vizsgálati dokumentáció			A pedagógiai szakszolgálatok tagintézményei (61 intézmény)	A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatottak (34 fő)	A pedagógiai szakszolgálati intézmény vezetője		
A mozgás-terápiák iránti igények A mozgásos készségek fejlettsége az iskoláskor előtt	A gyermekek mozgásos készségeinek fejlettsége	x					
	A mozgásos készségek fejlettsége a pedagógusok észlelése alapján		x				
	A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti igények a gyermekek körében			x			
A mozgás-terápiák elérhetősége a pedagógiai szakszolgálati intézményekben	A pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető mozgásterápiás eljárások típusai				x		
	A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek jellemzői a pedagógiai szakszolgálati intézményekben				x		
	A mozgásterápiás ellátás formái, ellátottak száma				x		
	A mozgásterápiás ellátás megítélése a szakemberek körében					x	
	A mozgásterápiákkal kapcsolatos intézményi stratégia						x

2.táblázat: A kutatás során alkalmazott módszerek és eszközök áttekintő táblázata (saját)

VI.3.1. A mozgásterápiák iránti igények feltérképezéséhez használt eszközök, módszerek

A mozgásterápiák iránti igények vizsgálatához Heves megye hat járásában elvégzett iskolaérettségi vizsgálat dokumentációjának, valamint a gyermekek tesztpontszámainak elemzése történt (szakértői vélemény, pedagógiai vélemény, vizsgálati dokumentáció). Ennek részleteit, az alkalmazott eszközöket, módszereket a következőkben részletesen ismertetem.

Heves megye hat járásának pedagógiai szakszolgálat tagintézményeiben **dokumentumelemzésre** került sor. A 2016/2017-es tanév iskolaérettségi vizsgálatán résztvevő gyermekek vizsgálati dokumentációjában elemzésre került a gyermekek *anamnézise* és a *vizsgálatkérő lapja*³⁵, valamint a *pedagógiai vélemény*. Ezek segítségével a gyermekekről a pedagógusok és a szülők megfigyeléseiről szóló információkat gyűjtöttem össze. Továbbá a gyermekekkel elvégzett iskolára való felkészültségének mérésére használt *tesztek vizsgálati jegyzőkönyve*, illetve az eredményeket összegző *szakértői vélemények* elemzése történt. A dokumentumok elemzéséből származó adatokat egy, az Új Nemzeti Kiválóság Program 2018-as ösztöndíja keretében kidolgozott adatbázis sémába rendezve gyűjtöttem³⁶, azok statisztikai elemzéséhez.

A dokumentumok elemzési szempontjaként az iskolakezdés előtt álló gyermekek tanuláshoz szükséges részképességekben mutatott teljesítménye állt a középpontban (köztük a mozgásos terület), annak tesztekkel mért, valamint a pedagógusok, szülők által észlelt jellemzői. Ezen felül különböző változók mellett (életkor, a vizsgálatra beküldő intézmény székhelye) a gyermekek képességeinek támogatására szolgáló ellátásban való részvételére vonatkozó adatokat gyűjtöttem össze (pl. logopédia, mozgásterápia, pedagógiai szakszolgálati fejlesztő foglalkoztatás). Külön összesítésre került a vizsgálatban résztvevő gyermekek iskolakezdésére vonatkozó döntés, illetve, hogy a pedagógiai szakszolgálat által végzett vizsgálatot megelőzően milyen ellátásban részesült egy-egy gyermek. Továbbá, a vizsgálat során tapasztalt eredmények tükrében javasolt ellátások típusainak összesítése után a mozgásos fejlesztésben való részvétel a többi ellátáshoz viszonyítva került elemzésre.

A kutatás ide tartozó másik részében Torda Ágnes (2015) alkotó-szerkesztésében, az iskolára való felkészültség megítélésére kialakított „**Vizsgáló eljárás az iskolai felkészültség megítélésében**” elnevezésű **teszt** pontszámait, valamint egy részmintá esetén egy másik szűrővizsgálatban (Meeting Street School Screening Test) elért tesztpontszámokat

³⁵ 1. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez

³⁶ Új Nemzeti Kiválóság Program Felsőoktatási Doktori Hallgatói ösztöndíja (2017)

adatbázisban rögzítettem. A gyermekek által elért eredmények keresztmetszeti vizsgálatához a „Vizsgáló eljárás az iskolai felkészültség megítélésében” eszköz került felhasználásra, amely egy állapotfelmérő, pedagógiai mérőeszköz, amely az iskolakészültség tekintetében nyújt támpontokat a gyermek teljesebb megismeréséhez. Az eszközt bemutató kézikönyv alapján az iskolaérettségi vizsgálatok sorába illeszkedve hivatott a gyermek aktuális fejlettsége és érettsége megállapítására (TORDA, 2015:5-7). A korábbi, hasonló funkciót betöltő eszközök hiányosságát pótolva e próbaeljárás klinikai kipróbálása történt 2015 tavaszán. A teszt standardizált, az iskolába lépéshez szükséges fejlettség mérésének céljára készült. A teszt felvétele körülbelül 1,5 órát vesz igénybe, egyéni, illetve csoportos formában. Az eszköz öt területen méri az iskolakészültséget, melyek főbb területeit a következőkben foglalom össze:

1. az adaptív viselkedés fejlettsége (*önállóság, motiváció, munkatempó, figyelem*)
2. a mozgásfejlettség (*testséma, nagymozgások és grafomotoros fejlettség*)
3. a nyelvi fejlettség (*nyelvi feldolgozás és nyelvi produkció, az olvasás elsajátításának alapfeltételei – fonológiai tudatosság és szóaktivizáció, a gyors automatikus megnevezés*)
4. a kognitív fejlettség (*az alak-háttér differenciálás, az alakállandóság észlelése, a vizuális ritmus követése, téri információk és térbeli viszonyok reprodukciója, a síkban való tájékozódás; illetve a vizuális emlékezet és az analógiás gondolkodás részterületek*)
5. a számolás fejlettsége (*számlálás, számemlékezet, globális mennyiség felismerése, mennyiség és számnév egyeztetése, mennyiségi relációk, műveletvégzés eszközökkel*)

A kutatásom fókuszában a mozgásos fejlettség állt, amely szempontjából a bemutatott vizsgálóeljárás integrálja a korábbi iskolaérettség megítélésére alkalmazott eszközök szempontjait, valamint a témában folytatott kutatások eredményeit. Nagyné Réz Ilona (2015:17) a mozgásfejlettség felmérésének előzményeinél említi, hogy az eszköz hiánypótló, mivel olyan komplex eljárásról került kialakításra, amelyben a „motoros fejlettség felmérése szerves egységet alkot”. A feladatok összességében az iskolát kezdő gyermekek fiziológiai mozgásfejlődését vizsgálja az 5-8 éves életciklusban elvárható fejlettséghez viszonyítva.

A mérést a kutatás során a pedagógiai szakszolgálat szakemberei végezték az instrukciókat, a feladatok részletes leírását tartalmazó kézikönyv (TORDA, 2016) alapján.

A teljesítménymutatók az öt területen három korcsoportra lebontva adják meg az elért pontszámok értelmezését. A teljesítmények extrém alacsony, alacsony, átlagos és jobb kategóriákba sorolhatók. Ezek alapján erősen hullámzó teljesítmény esetén, illetve egyenletesen gyenge, legalább két területen extrém gyenge teljesítménynél a gyermek alapos,

több szempontú megismerésével kiegészítve az óvodai nevelés meghosszabbítását, illetve fejlesztésével kapcsolatos teendők kijelölését, esetleg további vizsgálatát javasolja.

Egy alminta esetén egy másik teszt eredményeinek feldolgozása is történt, amely az iskolaérettség megítélésére végzett vizsgálatot megelőzően került felvételre a tanulási zavar gyanújának szűrésére. Az MSSST (**Meeting Street School Screening Test**) szűrővizsgálat a ZSOLDOS-SARKADY (2001) szerzőpáros által adaptált teszt, 5-7,5 éves gyermekek számára. Szűrőeljárásként több oldalról közelíti meg a várható tanulási zavar előrejelzését. A korábban ismertetett vizsgálóeljáráshoz hasonlóan a teszt eredményei a további pedagógiai-pszichológiai vizsgálódáshoz ad támpontokat a diagnosztikai munkában.

A teszt leírását tartalmazó kézikönyv alapján a következőkben röviden ismertetem főbb sajátosságait (ZSOLDOS-SARKADY, 2001:13-17). A teszt felvétele 15-20 perc, amelyet pedagógus, gyógypedagógus és pszichológus is elvégezhet. A verbális és nem-verbális feladatokat tartalmazó eszköz három szubtesztből épül fel:

1. motoros minták szubteszt (*mozgásminták kivitelezése, testvázlattal kapcsolatos téri tájékozódás*)
2. vizuo-perceptuo-motoros szubteszt (*vizuális diszkrimináció, emlékezet, ábrák reprodukciós készsége, térbeli és sorrendbeli orientáció*)
3. nyelvi szubteszt (*nyelvi készség, auditív figyelem, nyelvi emlékezet, időrendi tájékozódás, fogalmi készség*)

A teszthez viselkedésmérő skála tartozik, ahol „a tanulási helyzetben meghatározó aspektusból” elemzik a magatartást (ZSOLDOS-SARKADY, 2001:15): kooperáció-figyelem, mozgás, beszéd és teljesítőképesség.

A standardizált teszt eredményeinek értékeléséhez a gyermekek által szerzett nyerspontokhoz életkor szerinti normapontokat kell hozzárendelni, így az egyes szubteszteken elért és a teljes teszt összteljesítménye is értékelhető. A teszt standardizált, az eredeti amerikai változattal megegyezik. A nyelvi szubteszt esetén magyar nyelvi adaptációra volt szükség. A vizsgálati teljesítményprofil elemzésével mérhető a tanulási zavar veszélyének foka, amely alapján a tanulási zavar gyanúja jelezhető. Ennek eldöntése további vizsgálatokkal történhet.

A két vizsgálóeljárás³⁷ eltérő feladatokat tartalmaz, ugyanakkor céljaikban hasonlóak. Mindkét teszt esetén a feladatvégzéshez kapcsolódó magatartás, a motoros, a nyelvi területek felmérése megtörténik. A két eszközben a vizsgált területek részletessége eltérő, az alkalmazott próbák különbözőek, de megjelenik bennük a vizuális percepció, vizuomotoros területek

³⁷ A „Vizsgálóeljárás az iskolai felkészültség megítéléséhez” (TORDA, 2015) és az MSSST (ZSOLDOS-SARKADY, 2001) vizsgálati területeinek összefoglaló táblázatát lásd *Melléklet 1.*

felmérése, valamint a számlálás. A gyermekek mozgásos területen mutatott fejlettségét illetően a tesztek által definiált fogalmak szerint értelmeztem a kapott eredményeket. A két teszt feladatainak eltéréseiből fakadóan az egy al minta esetén végzett összehasonlítás során csak a nagyobb altesztekben elért, összesített pontszámokat elemeztem, a részterületeken elért eredményeket nem vettem össze a pontatlanságok elkerülése érdekében.

Az adatgyűjtés során nyert adatok statisztikai elemzésére az SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) program 22. verziójának használatával került sor. Az adatbázisban található adatok elemzés során leíró statisztikai eljárásokat alkalmaztam a minta jellemzéséhez. A tesztpontszámok alapján kalkulált eredményeknél a gyermekek életkorához igazított pontértékek alapján végeztem korrelációs számítást, ezért a mintára vonatkozó következtetéseknél elmondható, hogy figyelembe veszik az életkori különbségeket. A további, alkalmazott matematikai statisztikai módszereket a kutatás aktuális részeinél mutatom be részletesebben.

A dokumentumelemzés során az egyes adatok átkódolása (pl. a pedagógiai jellemzésben található információk) a fő fogalmak kiemelésével történt, amelyek alapján nominális változókként kerültek az adatbázisba.

A felsorolt dokumentumok a személyes adatok védelmének biztosításával kerültek feldolgozásra, valamint elemzésre, az Eszterházy Károly Egyetem Kutatásetikai Bizottságának engedélyével³⁸. Az adatok rendezése során az egyes személyekre vonatkozó adatokhoz kódszámokat rendeltem, így sem az adatbázis, sem az elemzés nem tartalmaz személyazonosításra alkalmas adatokat.

Az egyes módszerek alkalmazási körülményei és részletei az eredmények bemutatásánál további pontosításra kerülnek.

³⁸ Az Eszterházy Károly Egyetem Kutatásetikai Bizottságának engedélye (Ikt. szám: RK/220/2016)

VI.3.2. A mozgásterápiák elérhetőségének kutatása során alkalmazott módszerek, eszközök

A kutatás a magyarországi mozgásterápiát végző szakemberek körének, az elérhető mozgásterápiás eljárások típusainak és formájának meghatározására irányult, mivel ezzel kapcsolatos országos statisztikai kimutatások az ellátó rendszer átalakítását megelőzően, szűk körben állnak rendelkezésre (KEREKI és LANNERT, 2009; KERÉKI, 2011), ugyanakkor a témában végzett kutatások esetén is fontos kiindulási pontként szolgál az alapsokaság jellemzéséhez.

A kutatás időpontjában érvényes adatok alapján (2017/2018-as tanév) a pedagógiai szakszolgálati tevékenységet végző intézmények körében egy egyszeri, keresztmetszeti vizsgálat elvégzésére került sor a pedagógiai szakszolgálatok intézményvezetőinek közreműködésével. A kutatás másik forrásaként felhasználásra kerültek a köznevelési információs rendszer (KIR) adatbázisából a pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek munkakörére és végzettségére vonatkozó adatok³⁹.

A kutatás során a pedagógiai szakszolgálati intézmények vezetőivel tartott megbeszélést követően a pedagógiai szakszolgálatok tagintézményeiben a szakemberek szakképzettségére, valamint az általuk tartott mozgásterápiás foglalkozásokra vonatkozó adatokat összegyűjtésére kértem az intézmények vezetőit. Az egyes szakemberekre vonatkozó adatok a személyek azonosítására nem alkalmas módon, egy táblázatban kerültek összesítésre (lásd *Melléklet 2.*), valamint a statisztikai számítások során az egyes tagintézmények azonosítása is kódszám alapján történt. Az adatgyűjtéshez saját összeállítású adatgyűjtő eszköz készült, amelyet a megyei főigazgatók továbbítottak tagintézmények felé, elektronikus formában.

A mozgásterápiás képzettségekkel kapcsolatos létszámok minél pontosabb meghatározásához egy előre összeállított lista szerint sorolták be a pedagógiai szakszolgálati tevékenységet végző intézmények a szakemberek képzettségét, valamint további, a listában nem szereplő képzések megnevezésére is lehetőségük volt. Az adatok összesítése a tagintézmények válaszai alapján történt, adatbázisba rendezve.

A kutatás fő céljának elérése érdekében, vagyis a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának meghatározásához a mintába került intézmények adatainak statisztikai elemzésén túlmenően a kutatásban az országos létszámra vonatkozó statisztikai számításokat is végeztem az IBM SPSS Statistics 22.0 verziójával. Az egyes számítások menete az eredmények bemutatásánál kerül részletes ismertetésre.

³⁹ Forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.

VI.3.3. A mozgásterápiás ellátással kapcsolatos megítélés és az intézmények stratégiáinak vizsgálatai

A mozgásterápiás ellátás megítélésére vonatkozóan írásbeli kikérdezés során adtak válaszokat a pedagógiai szakszolgálat szakemberei nyomtatott, illetve online kérdőívben, 2017. tavasszal. A kérdőívben a szakemberek végzettsége, szakmai tapasztalatai, illetve a pedagógiai szakszolgálatban végzett tevékenysége szerepelt háttéradatként, emellett Likert-skálát, illetve további zárt kérdéseket tartalmazott. A kérdőív fő témakörei voltak a mozgásterápiás ellátás minőségének megítélése, a mozgásterápiás ismeretek szükségessége, valamint a tájékozódás lehetőségei a szakemberek számára. A kérdőív kérdéseit a *Melléklet 3.* tartalmazza.

Az intézményekben a mozgásterápiás ellátás témakörét az intézmény vezetőjének szóbeli kikérdezése során igyekeztem feltárni. A strukturált interjú kérdéskörei voltak az elérhető mozgásterápiák és az intézmények képzésekkel kapcsolatos stratégiái, az ellátás helyzete (szakember-ellátottság, eszközellátottság), valamint az intézmény célkitűzései.

VI.4. A MINTA KIVÁLASZTÁSA, ÖSSZETÉTELE

A kutatás különböző részeiben eltérő mintákkal dolgoztam. Ezek összetételének részletes bemutatását a kutatási részhez tartozó eredmények bemutatásánál részletesen is tárgyalom, ebben a fejezetben azok egymáshoz való viszonyát írom le.

VI.4.1. A minta összetétele a Heves megyére vonatkozó kutatási részekben

A kutatás első részében a Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat valamennyi járási tagintézményében elemeztem az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek teljesítményét tartalmazó dokumentumokat, illetve a vizsgálaton elért pontszámait a 2016/2017-es tanévre vonatkozóan. Ebben a kutatási részben alapsokaságnak azokat az 5-7 éves gyermekeket tekinthetjük, akiknél a szülő, illetve az óvoda szakértői vizsgálat iránti kérelmet nyújtott be az iskolaérettség megállapítására. A vizsgálatban használt eszköz segítségével a gyermekek eredményei az országos standardhoz viszonyíthatók.

A mintavétel során egy megyére vonatkozóan valamennyi iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermek eredménye feldolgozásra került. Az intézmények által a vizsgálat időpontjában (2017. tavasz) rendelkezésemre bocsátott, 301 elemzett dokumentum közül összességében 291 felelt meg a kutatás kritériumainak. Ennek magyarázata egyrészt, hogy a benyújtott kérelmek közül azok kerültek kiválasztásra, amelyeket az említett teszttel végeztek el. Egyes esetekben más vizsgáló eljárás alkalmazása volt szükséges, amely eredményei azonban nem voltak egyértelműen összehasonlíthatók a többi eredménnyel⁴⁰. Az elemzés során kiszűrésre kerültek továbbá azok a jegyzőkönyvek, amelyek esetén a vizsgálat nem volt elvégezhető, vagy esetleg hiányos adatokat tartalmaztak. Egyes esetekben nem állt rendelkezésre a vizsgálati dokumentáció, vagy a vizsgáló eljárás jegyzőkönyve⁴¹.

KEREKI és LANNERT (2009), illetve KEREKI (2011) kutatásaiban az Észak-Magyarország régiót „kritikus övezetként” definiálták a kora gyermekkorban biztosított ellátások szempontjából. Az általuk kapott eredményekhez való viszonyítás érdekében, illetve a kutatási dokumentumok elérhetősége miatt Heves megyében került sor a kutatásra. További indoka, hogy a 2017/2018-as tanév során valamennyi tagintézményben egységesen, ugyanaz a vizsgálati eszköz került alkalmazásra a gyermekek iskolára való felkészültségének

⁴⁰ A pedagógiai szakszolgálatokban alkalmazott vizsgáló eljárások egy része nem standardizált, gyakran önálló fejlesztésű, esetleg módosított eszköz. (M. TAMÁS, 2006, TORDA, 2015), ezért nem volt egyértelműen eldönthető, hogy az alkalmazott vizsgáló eszköz felvétele, a pontszámok ugyanazokat az értékeket tükrözték-e.

⁴¹ Azokban az esetekben, amikor a járási tagintézmény további vizsgálatot lát szükségesnek, továbbítja a vizsgálati dokumentációt és kérést a megyei pedagógiai szakszolgálat felé például az esetlegesen fennálló sajátos nevelési igény megállapításához. Ezeknél az eseteknél az ügymenet még nem ért véget a vizsgálat időpontjában, későbbi pótlására pedig nem került sor.

megítéléséhez. Mivel a teszt standardja is rendelkezésre áll, így az eredményeknek az országos átlaggal való összevetésére is lehetőséget kínált. Azok kívül, hogy a gyermekek e protokoll szerinti vizsgálata a tagintézmények közötti összehasonlítást is lehetővé tette, további hozadéka, hogy a teszt kipróbálásáról nem állnak rendelkezésre más kutatási eredmények. Így a doktori munkámban bemutatott eredmények ennek körét is gazdagítják.

A Heves megye részletes elemzését érintő további kutatási részekben (a mozgásterápiás ellátás megítélése és az intézmények stratégiáinak megismerése) a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak, valamint az intézmény vezetője alkották a mintát. A kutatásban írásbeli kikérdezés során adtak válaszokat a pedagógiai szakszolgálat szakemberei nyomtatott, illetve online kérdőív kitöltésével. Az írásbeli kikérdezésre 2017. tavasszal került sor. A kikérdezésben anonimitásuk biztosításával, önkéntes alapon vettek részt a téma iránt érdeklődő 34 szakember, függetlenül attól, hogy rendelkeznek-e valamilyen mozgásterápiás végzettséggel. A válaszadók a pedagógiai szakszolgálatban dolgozó szakemberek, akik a munkájuk során közvetlenül vagy közvetve kapcsolatba kerülnek a mozgásterápiákkal/mozgásfejlesztés kérdéseivel, esetleg diagnosztikai munkájuk során szükséges valamely mozgásterápiás ellátás javaslata és/vagy a szülők tájékoztatása a meglévő lehetőségekről. A mintában, bár különféle szakmák képviselői szerepeltek, többségében a szakértői bizottsági tevékenységet és nevelési tanácsadást végző gyógypedagógusokra (25 fő) vonatkozóan fogalmazhatók meg a következtetések.

A kutatásban a pedagógiai szakszolgálati intézmények megyei vezetőjével készült interjú az intézmény rendszerszintű működésére való széles rálátása miatt.

VI.4.2. A minta összetétele a pedagógiai szakszolgálati intézmények országos vizsgálatánál

A kutatás második részében a pedagógiai szakszolgálati intézmények országos megkeresése történt. A mintába valamennyi intézmény adatai bekerültek, akik visszaküldték a válaszaikat, ez 58 járási tagintézményt és 3 telephelyet jelent. Összesen tíz megyéből érkeztek adatok, ahol azonban eltérő voltak a válaszadási arány. 8 megye esetében az intézmények legalább 35%-a, 6 megye esetében legalább 45%-a adott meg adatokat. A szakemberekre vonatkozóan az adatokat beküldő intézményekben, 2018. júliusban dolgozók kerültek a mintába. A minta a kutatás jellegéből fakadóan a kutatási eredményeknél további részletezésre kerül.

VI.5. A KUTATÁS KORLÁTAI

A kutatás során számolni kellett néhány tényezővel, amely a kapott eredményeket befolyásolhatták. Az adatgyűjtés során a minta összeállításánál korlátozó szempont volt, hogy csak azokra a gyermekekre terjedt ki az elemzés, akik számára iskolaérettségi vizsgálatot kértek. Ebbe a mintába nem kerültek bele tehát azok a gyermekek, aki óvodai nevelése meghosszabbítása mellett döntött az óvoda és a szülők. Közöttük is lehettek olyan gyermekek, akik mozgásterápiás ellátásban részesülnek, illetve, akik képességeinek felmérése már korábban megtörtént. Éppen ezért a kutatásban levonható következtetéseknél nem lehet általánosítani az iskola előtt álló gyermekek körére, csupán azokra, akik számára vizsgálat kérése történt. Továbbá, mivel feltételezhetően évről évre eltérhetnek a gyermekek szükségleteitől függően az ellátás iránti igények, ezek folyamatos nyomonkövetésével lehetne megfelelően láttatni a ténylegesen felmerülő igényeket, térségi jellemzőket.

A kutatás során a KIR-STAT adatbázis alapján végeztem a számításokat a szakemberek létszámára, területi megoszlására vonatkozóan. Ennek esetleges pontatlanságai, amelyekre KERÉKI 2011-ben végzett kutatásakor hívta fel a figyelmet (2011:389), befolyásolhatják számításokat és az eredményeket.

Mivel a kutatásban definiált mozgásfejlesztés, mozgásterápiák gyűjtőfogalom számos eljárást magába foglalt, ezek megfelelő elkülönítéséhez az intézmények által beküldött létszámadatok esetén fontos szempont volt, hogy külön is megjelenítsék az intézmények az egyes szakemberek végzettségeit. A kutatásban végzett számítások esetén azoknak a szakembereknek a végzettségeit is figyelembe vettem, akik nem tartanak foglalkozásokat, tehát a kapott létszámadatok nem a megvalósuló terápiákra, hanem a fennálló lehetőségekre vonatkoznak.

A szakemberek mozgásterápiás ellátásról való vélekedésének elemzése során a válaszadók létszáma alacsony volt, éppen ezért az így nyert adatokból általános következtetések levonására nem adtak lehetőséget, ezért a megyére vonatkozóan érvényesnek tekinthető.

VII. AZ EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE

VII.1. A MOZGÁSOS KÉSZSÉGEK FEJLETTSÉGE AZ ISKOLAÉRETTSÉGI VIZSGÁLATON RÉSZT VEVŐK KÖRÉBEN

A 2016/2017. tanévben iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek körében a kutatás első lépéseként szerettem volna felmérni a mozgásterápiás ellátás iránti igényeket. Ezeket a gyermekek mozgásos teljesítményének megismerésén keresztül közelítettem meg (értve ezalatt az iskolaérettségi vizsgálat során alkalmazott mozgásos készségek terület *tesztfeladatain* elért eredményeik elemzését más részképességeik fejlettségének összefüggésrendszerében). Továbbá elemeztem a gyermekek eredményei alapján összeállított *szakértői véleményeket*, amelyek esetenként a szükséges ellátásokról is rendelkeztek. Ez lehetett a mozgásfejlesztésre, mozgásterápiás eljárás igénybevételére adott javaslat is. A gyermekek mozgásterápiák iránti igényeinek megítélését a *pedagógusok észlelése* oldaláról is vizsgáltam, vagyis, hogy ők mennyiben látják a mozgásos készségek fejletlenségét az iskolaérettség gátjának és mennyire észlelik pontosan fejlettségük mértékét.

A vizsgálati rész azokra a gyermekekre terjedt ki, akiknél kérdéses volt, hogy megkezdhetik-e az iskolát tankötelezettségi koruk betöltésével, és ebben a döntésben az óvoda, illetve a szülők a pedagógiai szakszolgálat közreműködését kérték. A következőkben ismertetem az eredményeket. A minta részletes jellemzését követően, amely a teszteredmények értelmezésénél is fontos, a három nagyobb vizsgálati terület eredményei kerülnek leírásra, amit a hozzájuk tartozó hipotézisek elemzése követ a fejezet végén.

VII.1.1. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek köre - a minta részletes bemutatása

A kutatás azon gyermekek körét érintette, akik a 2016/2017. tanévben iskolaérettségi vizsgálaton vettek részt. 301 gyermek vizsgálati eredményét és dokumentációját elemeztem, amelyet tekinthetünk a megyében elvégzett iskolaérettségi vizsgálatok körének. Természetesen szükséges minimális hibával számolni, hiszen előfordulhatott, hogy néhány esetben nem álltak rendelkezésre a vizsgálati dokumentumok, ugyanakkor ennek aránya nem számottevő. A mintába 291 gyermek adatai kerültek be végül. A minta életkori és nemi összetételét Heves megye azonos életkorú lakosságához viszonyítva mutatom be, a 2017. januári statisztikai kimutatás alapján⁴².

⁴² A Heves megyében élő lakosság létszámát tartalmazza a „Heves megye lakónépessége 2017. január 1-jén” című statisztikai táblázat, amelyre alapozva végeztem a számításokat.

VII.1.1.1 *A minta összetétele, életkori és nemi megoszlása*

A minta életkori és nemi megoszlását járási bontásban ismertetem. A 3. táblázat az életkorok esetében korosztályba sorolva tartalmazza a gyermekek nemi megoszlását, valamint létszámát, igazítva a vizsgálatban használt eszköz besorolásához. A vizsgálatban használt eszköz három korcsoportra bontva adja meg pontértékeit. Az első korosztály (I.) az 5 év 6 hónapos kortól a 6 éves korig tart, a második (II.) a 6 év 1 hónaptól 6 év 6 hónapig, a harmadik (III.) pedig 6 év 7 hónaptól 7 éves korig terjed. Mivel azonban a vizsgálatban ezektől a korosztályoktól alacsonyabb életkorú gyermekek is előfordultak, így esetükben a 0. korosztályi besorolást alakítottam ki, valamint a 7 évesnél idősebb gyermekeket egy IV. korosztályba soroltam.

Járások	Korcsoport					Összes	Nem	
	0. 5;5 hónap alatt	I. 5;6-6;0 hónap	II. 6;1-6;6 hónap	III. 6;7-7;0 hónap	IV. 7;1 hónap felett		fiú	lány
Egri járás	2	20	16	1	1	40	24	16
Füzesabonyi járás	0	16	28	20	16	80	51	29
Gyöngyösi járás	1	19	13	2	1	36	25	11
Hatvani járás	2	16	16	7	7	48	28	20
Hevesi járás	0	28	20	6	0	54	30	24
Pétervásárai járás	3	22	7	1	0	33	18	15
Összes	8	121	100	37	25	291	176	115

3. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek életkori és nemi megoszlása a mintában, járási bontásban (saját)

Elmondható, hogy a teljes mintában a gyermekek legnagyobb arányban az I-II. korosztályból kerültek ki, tehát az 5,5 éves és 6,6 évesek közül (a teljes résztvevők 75,9%-a). Kisebb arányban a 6,6-7 éves gyermekek szerepeltek a mintában (12,7%). A három fő korcsoporton kívül 25 gyermek 7 év feletti volt (8,5%).

Az 4. táblázat a mintában szereplő gyermekek életkorának leíró statisztikai adatait tartalmazza hónapokban számított életkor szerint. A vizsgálatban résztvevők átlagéletkora 6 év 2 hónap, a legfiatalabb vizsgált gyermek 5 év 4 hónapos, a legidősebb pedig 8 éves volt. A minta összetételét az azonos korú népességhez való viszonyításához az 5-6 éves gyermekek létszámát vettem alapul, mivel a minta 90 %-a tartozott ebbe a korosztályba: 60 és 83 hónapos kor között volt a mintában szereplő 263 gyermek. Ez a Heves megyei, azonos életkorú lakossághoz viszonyítva (5283 fő) 4,9%-os mintavételi arány.

Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek hónapokban számolt életkora szerinti megoszlása a mintában						
Elemszám		Átlag	Medián	Szórás	Minimum	Maximum
Érvényes	Hiányzó					
291	0	74,14	74,00	6,067	64	96

4.táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek életkor szerinti megoszlásának leíró statisztikai mutatói a mintában (/hónap) (saját)

A fiúk és a lányok aránya kissé eltolódott a mintában a fiúk javára. Összesen a 291 gyermek közül 176 fiú és 115 lány vett részt az iskolaérettségi vizsgálaton, vagyis a minta 60,5%-a volt fiú, 38,5%-a pedig lány.

Heves megyében 2017. január 1-jén a fiúk és lányok arányát tekintve 51,33%-ban a fiúk voltak eleve többségben, míg az 5-6 éves korú lakosság 48,66%-a volt lány. Ez alapján elmondható, hogy a fiúk többsége a lakossági arányt reprezentálva eleve elvárható, ugyanakkor a mintában a népességi arányokat is meghaladó fiú többség alapján következtethetünk arra, hogy a fiúk esetében gyakrabban kértek vizsgálatot az intézmények az iskolakezdés előtt.

A minta további jellemzőjeként említhető, hogy a gyermekek többsége községi (61%) és városi intézménybe jár (21%) (részletesen lásd *Melléklet 4.*)

VII.1.2. A mozgásos készségek fejlettségének mérési eredményei

Az iskolaérettségi vizsgálat öt fő területen mérte a gyermekek képességeit, amelyek az adaptív, a mozgásos, a nyelvi, a kognitív és a számolási készségek voltak.

A gyermekek által elért eredmények összesítésekor tekintettel szükséges lenni az életkori sajátosságaikra. A vizsgálóeljárás ponthatárokat szab meg három korosztályra igazítva. Ennek megfelelően három minősítés tartozik az egy-egy területen elért összesített pontszámokhoz: átlagos és jobb, alacsony és extrém alacsony teljesítmény. A gyermekek mozgásos képességterületen elért eredményeinek ismertetéséhez elsőként azokat a többi területtel való összehasonlításban mutatom be, másrészt a kutatási kérdések megválaszolásához releváns.

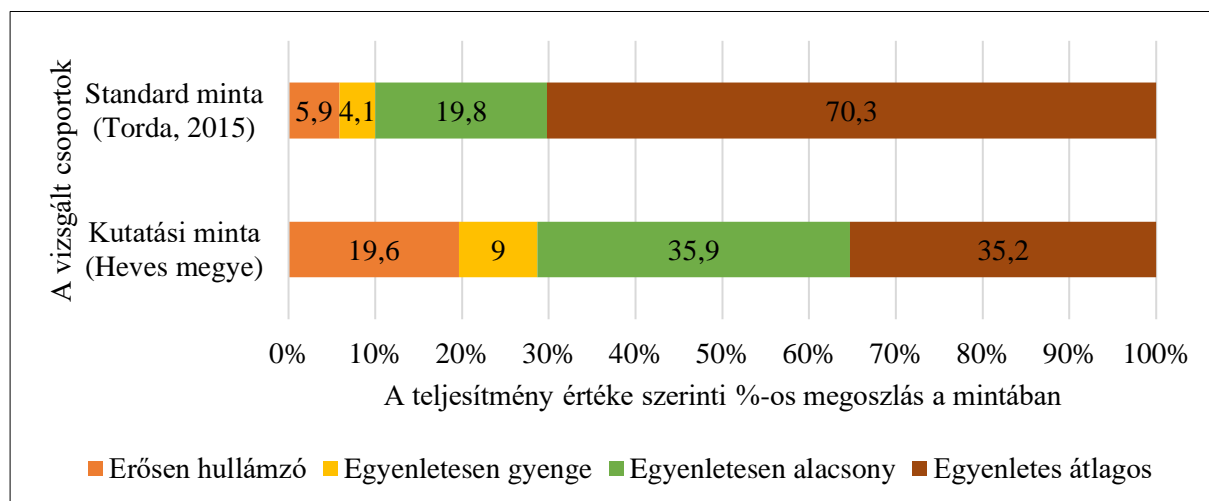
VII.1.2.1 A mintába került gyermekek által elért eredmények viszonyítása a standardhoz

A kutatásban használt vizsgálóeljárás standardja szerint a gyermekek 90%-ának iskolakészültsége megfelelő volt. Azokat sorolták a csoportokba, akiknek teljesítménye egyenletes volt, tehát mind az öt, mért területen átlagos teljesítményt mutattak (*egyenletes átlagos*), illetve, akik 1-3 területen gyengébben teljesítettek (*egyenletesen alacsony*). Egyenletesen gyenge teljesítményt mutatott a minta 4,1%-a (*egyenletesen gyenge*), akik legalább két területen extrém alacsony övezetbe estek. Emellett az *erősen hullámzó*

teljesítmény esetén (legalább egy extrém alacsony és egy átlagos és jobb övezetbe eső eredmény, a gyermekek 5,9%-a) javasolták a teszt szerkesztői a gyermek további komplex gyógyopedagógiai-pszichológiai vizsgálatát. (TORDA, 2015:53)

A Heves megyében végzett kutatásban feltételezhető volt azon gyermekek felülreprezentáltsága a mintában, akik az iskolaérettség kritériumainak nem vagy részben felelnek meg, tehát az alacsonyabb teljesítményeket mutatják. A vizsgáltkérés fő indokai között szerepel ugyanis, ha gyermek fejlettségi állapotának megítélése nehezített az óvoda számára. A 2. ábrán a standard kialakításához vett minta és a saját kutatásom mintájának azonos szempontok mentén történő összehasonlítása látható. Az összehasonlítás során a Heves megyében kapott eredményeket a standardizálás során alkotott csoportokba soroltam. A 291 gyermek eredménye közül 264 volt besorolható, mivel 16 esetben nem volt meg minden képességterület eredménye, illetve 11 esetben olyan képességprofil rajzolódott ki, amely a standardhoz vett mintában nem jelent meg⁴³.

Összevetve a két mintát, a Heves megyében a vártaknak megfelelően alacsonyabb volt azok aránya, akiknek iskolakészültsége megfelelő (az összes gyermek 71%-a). A vizsgált gyermekek 29%-a egyenletesen gyenge vagy erősen hullámzó teljesítményt mutatott. Az ilyen teljesítménymintázatoknál különösen indokolt lehet a mérőeszköz javaslata szerint az óvodai nevelés meghosszabbítása, esetleg további vizsgálatok elvégzése, mivel a képességek fejlettsége nem teszi lehetővé az eredményes iskolai tanulást.



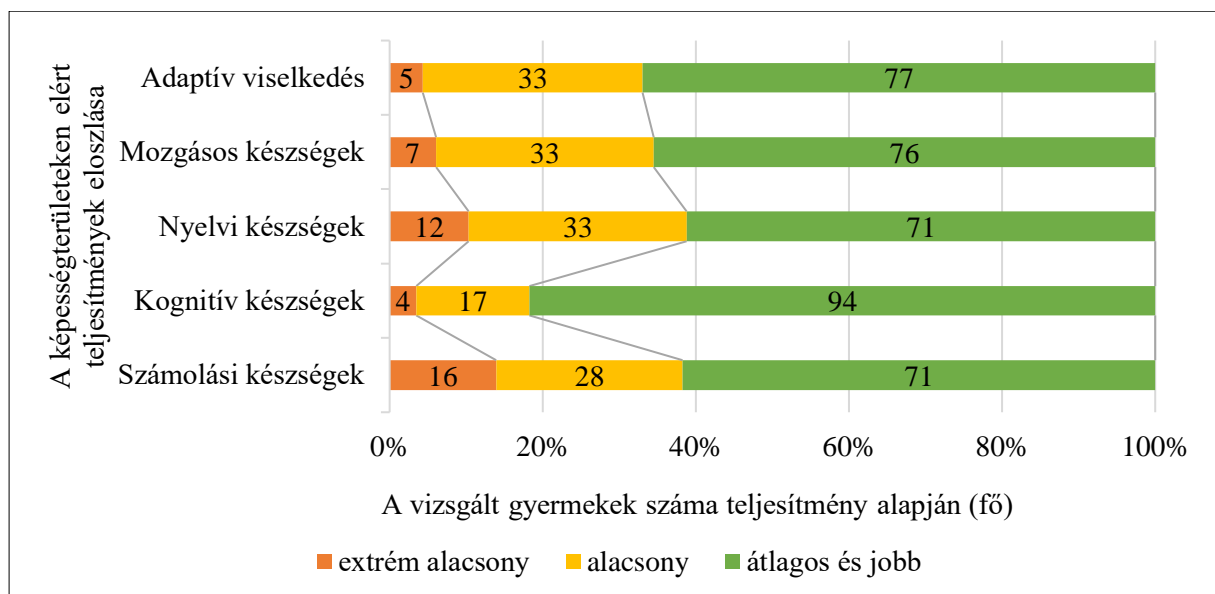
2.ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) kifejlesztése során vett minta és a Heves megyei kutatási minta eredményeinek összehasonlító ábrája (saját ábra)

⁴³ 3 esetben egy extrém alacsony teljesítmény mellett volt egyenletesen alacsony övezetben a gyermekek eredménye, 8 esetben pedig az alacsony teljesítmények mellett egy átlagos is előfordult.

VII.1.2.2 Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek mozgásos képességei a különböző képességterületekhez viszonyítva

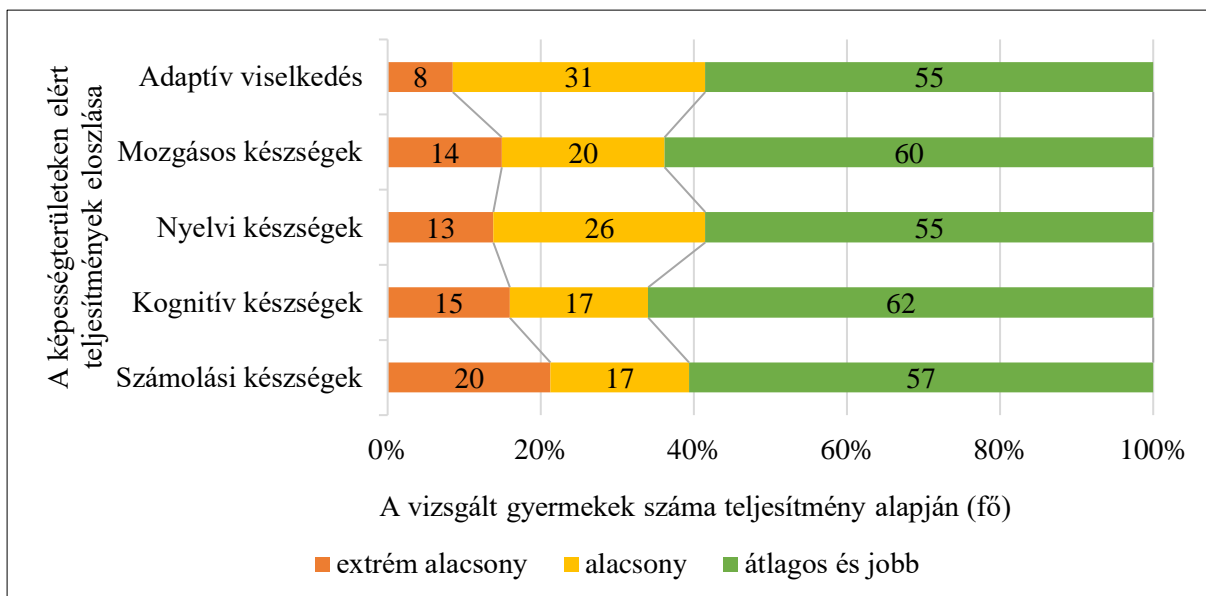
A gyermekek által elért teljesítmények a következő ábrákon, korosztályonként kerülnek feltüntetésre a teljesítményük minősítése szerint, tehát a vizsgálo eljárás pontszámítása alapján. Az ábrák segítségével arról kaphatunk képet, hogy a korosztályokban mely területeken elért teljesítménye volt erősebb, illetve gyengébb. A kutatás szempontjából lényeges kérdés, hogy ezek közül a mozgásos készségek területén milyen teljesítményt értek el a gyermekek.

Az első korcsoport (3. ábra) a kognitív képességek területén mutatta a legjobb teljesítményt, ott a gyermekek 81%-a ért el átlagos teljesítményt. Valamennyi területen 40% alatt maradt a gyermekek körében az átlagnál alacsonyabb teljesítmény. A nyelvi készségek és a számolás területén voltak legtöbben azok, akik teljesítménye nagy hiányosságokat mutatott, extrém alacsony teljesítményt hoztak. Az extrém alacsony teljesítmény a korosztályban 3-10% között jelent meg a különféle képességterületeken.



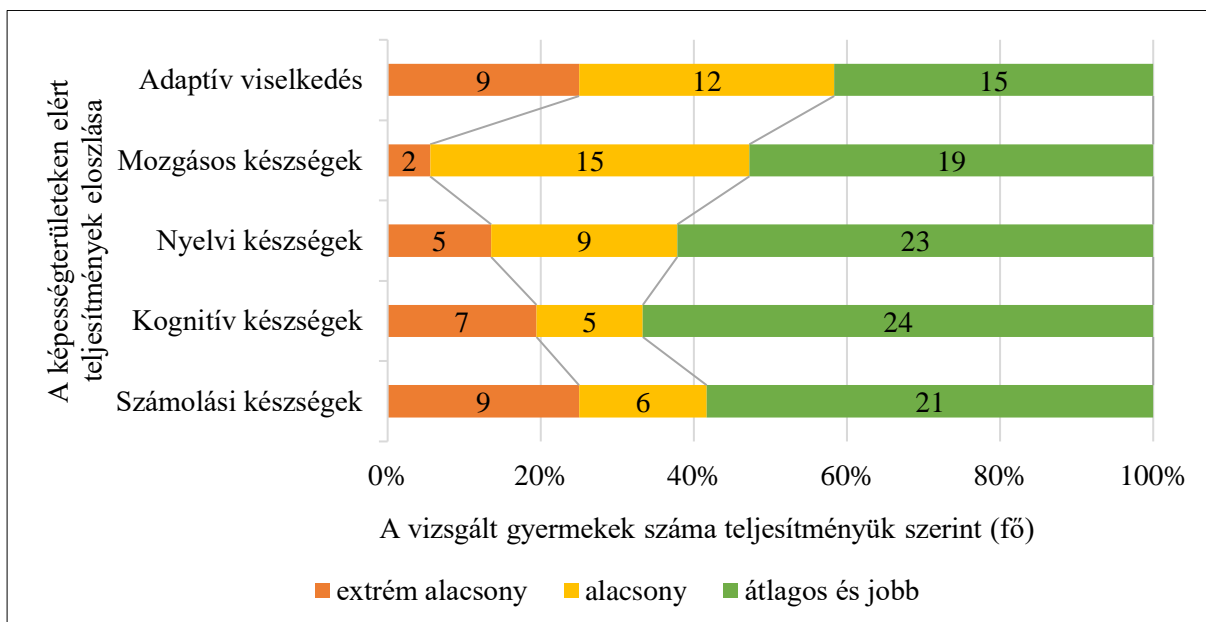
3. ábra: A „Vizsgáló eljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények az I. korcsoportban (saját ábra)

A II. korcsoportban is 40% körül volt minden területen azok aránya, akik átlag alatt teljesítettek, az extrém alacsony eredmények azonban az I. korcsoportéhoz képest nagyobb arányban jelentek meg (4-21% között). (4. ábra)



4.ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények a II. korcsoportban (saját ábra)

A III. korcsoportban volt a legnagyobb a teljesítmények ingadozása. A gyermekek közel 60%-a nem tudott a korosztályi átlagnak megfelelni az adaptív viselkedés területén, valamint a mozgásos készségek is a gyermekek 47 %-nál alacsony, vagy extrém alacsony szinten álltak. Körükben a legfiatalabb korosztályhoz hasonlóan a kognitív készségek mutatkoztak a leginkább sikeresnek. (5. ábra)

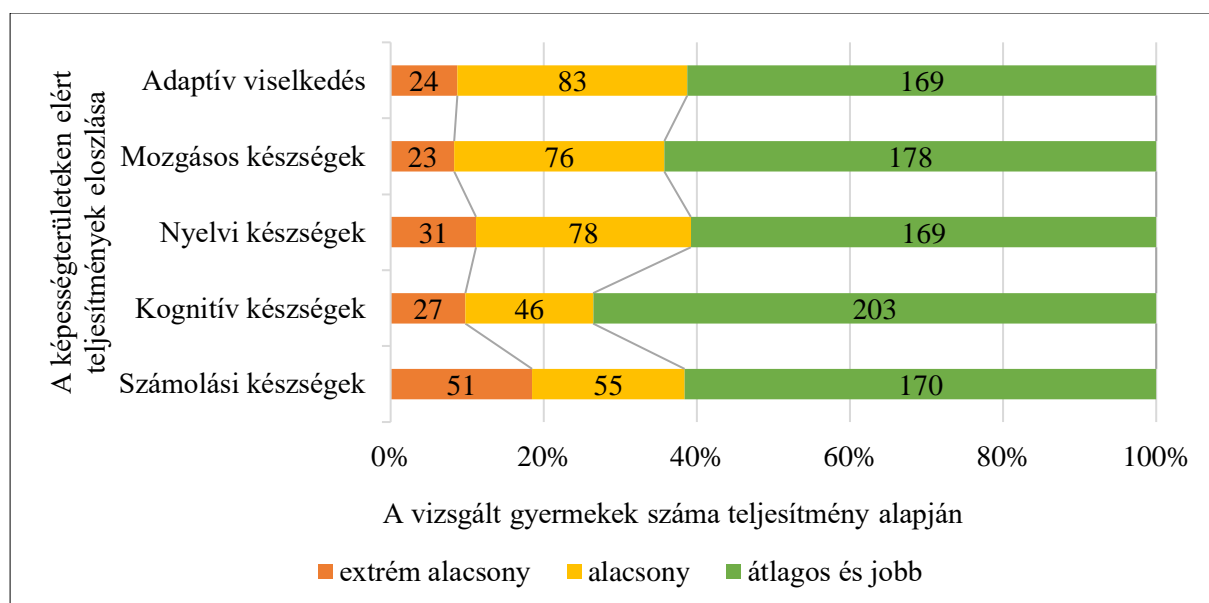


5.ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények a III. korcsoportban (saját ábra)

Az öt képességterületen, a három korosztályra lebontott eredmények összesítéséből látható, hogy valamennyi képességterület esetében nagyobb volt az átlagos és jobb teljesítményt elért gyermekek aránya, mint akik az átlag alatt teljesítettek. Ez alól kivételt képeznek az adaptív

viselkedés területén a III. korcsoportba tartozó gyermekek, akik több, mint fele ért el átlag alatti teljesítményt (58%). A mozgásos készségek területén a III. korcsoport 47%-a teljesített az átlagos szint alatt. (lásd *Melléklet 5.*)

A korosztályi bontást nélküli összesítése alapján (6. ábra) a teljes mintában a legjobb eredményeket a gyermekek a kognitív képességterületen érték el, míg a számolás és a nyelvi készségek voltak, ahol a legnagyobb arányban jelent meg a gyermekek között extrém alacsony teljesítmény. Összességében elmondható, hogy az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményeik alapján a vizsgált gyermekek átlagosan 40%-a nem tudta teljesíteni a korosztálytól elvárható szintet a legtöbb területen.



6.ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények összefoglalása a teljes mintában (saját ábra)

A mozgásos készségekre vonatkozóan tehát megfogalmazható, hogy az iskolaérettségi vizsgálat eredményei szerint a többi területhez hasonlóan mind a teljes minta összesítésében, mind a különböző korosztályokban körülbelül a gyermekek 60%-a esetén volt átlagos szinten. A harmadik korcsoportban voltak a legtöbben, akik az átlagos szint alatt teljesítették a mozgásos feladatokat az adaptív viselkedés terület mellett. Elmondható, hogy az összes vizsgált gyermek 8,3%-a extrém alacsony, 27,4%-a pedig alacsony szintet ért el a mozgásos készségterületen, vagyis a minta megközelítőleg 35%-a nem érte el az átlagos teljesítményszintet.

VII.1.2.3 *A gyermekek által elért eredmények közötti összefüggések*

Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek körében két szempontból kerestem összefüggéseket teljesítményükkel kapcsolatban. Kíváncsi voltam, hogy a különböző képességterületek között megfigyelhetőek-e együttjárások. Elsőként a képességterületek közötti összefüggéseket mutatom be a mozgásos készségek terület szempontjából.

A gyermek készségei öt területen kerültek felmérésre. A területek közötti összefüggések feltárásához korosztályokra lebontva végeztem korrelációs számítást az egyes részesztek összesített pontszámai alapján. A korrelációs mátrixokat a *Melléklet 6.* tartalmazza. Érzékelhető, pozitív összefüggés volt az I. és a II. korcsoport mozgásos eredményei és a többi részképesség területen elért eredményeik között, amely a szignifikanciavizsgálat alapján 99,9%-os valószínűséggel nem a véletlennek köszönhető ($p < 0,001$). A III. korcsoportban a számolási készségek és a mozgásos készségek között mutatkozott érzékelhető összefüggés. Pozitív szoros összefüggés a kognitív és a nyelvi készségek között mutatkozott a III. korcsoportban, szintén 99,9%-os valószínűséggel. A legtöbb területen pozitív összefüggés volt megfigyelhető, ugyanakkor ezek nagy része laza kapcsolatra utalt.

A mozgásos készségterület felmérése a következő területekre irányult: a testséma, a jobbal irányok differenciálás térben és síkban, valamint a testközépvonal átlépésének, a nagymozgások egyensúly, a koordináció és irányított mozgásformák. Ezt követték a grafomotoros feladatok az ábrázolás minőségének és kivitelezésének próbáival kombinálva. A mozgásos készségterületen elért átlagpontszámok összehasonlításából látható, hogy a különböző korosztályokban az életkor növekedésével nagyobb átlagpontszámmal teljesítették a tesztfeladatokat. Míg a III. korcsoportban az egyensúlyi területen volt megfigyelhető nagyobb szórás, mint a többi korcsoportnál, addig esetükben a grafomotoros teljesítmény kiegyensúlyozottabb volt, mint a többiekénél. Valamennyi korcsoportot összevetve a gyermekek teljesítményében leginkább ez a két terület, illetve a téri irányok ismerete esetében tértek el a csoportátlagtól az eredmények.

Összességében tehát a mozgásos képességterület a többi területhez hasonlóan mind a teljes minta összesítésében, mind a különböző korosztályokban körülbelül a gyermekek 60%-a esetén volt átlagos szinten. A harmadik korcsoportban voltak a legtöbben, akik az átlagos szint alatt teljesítették a mozgásos feladatokat az adaptív viselkedés terület mellett. (*5. táblázat*)

Vizsgálati területek	I. korcsoport			II. korcsoport			III. korcsoport		
	Átlag	Szórás	Elem-szám	Átlag	Szórás	Elem-szám	Átlag	Szórás	Elem-szám
Testséma	7,92	1,97	116	8,22	1,70	90	8,22	1,37	35
Írányérzékelés	5,98	4,00		5,96	4,09		6,45	4,42	
Testközépvonal átlépése	2,59	2,22		3,18	2,03		2,91	1,68	
Egyensúly	7,25	6,17	113	8,86	6,37	84	9,43	7,14	32
Dinamikus mozgás	7,80	3,37		8,57	2,71		8,40	2,57	
Célirányos mozgás	3,92	1,60		4,35	1,32		4,31	1,67	
Grafomotoros mozgás	14,84	5,36	116	16,36	5,34	91	17,80	3,90	35

5.táblázat: A mozgásos készségek területen mért eredmények leíró statisztikai mutatói a mintában, korcsoportonként (saját)

Azon gyermekek körében, akik alacsony teljesítményt értek el, megvizsgáltam, hogy mely területeken szerepeltek gyengébben (6. táblázat). Mivel az eredményeket eleve korcsoportonként eltérően kell értelmezni, annak bemutatásához, hogy mely területeken mutatkozott nagyobb hiányosság a gyermekek körében, a leíró statisztikai mutatókat vettem alapul. Az átlag alatti teljesítményt elért gyermekek körében a grafomotoros terület kivételével valamennyi területen előfordult, hogy egy feladatot sem tudtak teljesíteni a gyermekek. Ehhez képest a testséma, a dinamikus mozgás, illetve a grafomotoros területen sem volt olyan, aki nem tudott pontot szerezni. A módusz értékei alapján az átlag alatti teljesítményt elért gyermekek az egyensúly és az irányérzékelés területen értek el leggyakrabban 0 pontot, illetve 1 pontot a testközépvonal átlépése területén. Az átlag alatti eredményt elért gyermekek teljesítménye az irányérzékelés és az egyensúlyérzék területén volt a legkevésbé egyenletes a szórás alapján.

A gyermekek eredményei a mozgásos képességterületeken belül a következőképpen alakultak: a nagymozgások területén elért eredmények szoros, pozitív összefüggést mutattak az egyensúlyérzék területeivel ($r = 0,884$, $p < 0,005$), illetve érzékelhető, pozitív összefüggést a dinamikus mozgások területével ($r = 0,698$, $p < 0,005$). A grafomotoros területen elért eredmények laza, pozitív összefüggést mutattak a dinamikus mozgás, a testközépvonal átlépése és az egyensúly terület fejlettségével (Melléklet 7. M7.2.táblázat). Ez azt is jelenti, hogy a területen egymástól viszonylag függetlenek, így a mért pontszámok különböző képességfejlettségére mutatnak rá.

Vizsgálati területek	Átlagos és jobb teljesítményt elért gyermekek eredményei								Átlag alatti teljesítményt elért gyermekek eredményei							
	Elem-szám		Átlag	Medián	Módusz	Szórás	Minimum	Maximum	Elem-szám		Átlag	Medián	Módusz	Szórás	Minimum	Maximum
	Érvényes	Hiányzik							Érvényes	Hiányzik						
Testséma	178	0	8,48	9	10	1,37	4	10	94	19	7,34	8	7	2,15	0	10
Irány-érzékelés			7,49	9	10	3,48	0	10			3,37	2	0	3,73	0	10
Testközépvonal átlépése			3,38	4	5	2,06	0	14			2,01	2	1	1,73	0	6
Egyensúly	174	4	10,57	10	10	5,66	0	20	85	28	3,22	0	0	4,37	0	22
Dinamikus mozgás			9,38	10	10	1,78	3	17			6,00	5	5	3,55	0	10
Célirányos mozgás			4,48	5	5	1,30	0	10			3,56	5	5	1,82	0	10
Grafo-motoros mozgás	178	0	18,16	18	19	4,25	6	27	95	18	12,38	12	11	4,64	2	25

6.táblázat: A mozgásos készségek területen mért eredmények leíró statisztikai mutatói az átlagos teljesítményhez viszonyítva (saját)

VII.1.2.4 A gyermekek teljesítményét befolyásoló tényezők

A továbbiakban a gyermekek életkorának és az intézmény székhelyének típusa a teljesítményükre való befolyásának vizsgálata érdekében végeztem számításokat. (Melléklet 7.) A gyermekek teljesítményének elemzéséhez a Torda-féle vizsgálóeljárás (TORDA, 2015) életkorokhoz igazított minősítéseit vettem alapul, ahol tehát átlagos, alacsony és extrém alacsony teljesítmény kategóriákba sorolták a gyermekek által elért pontszámokat.

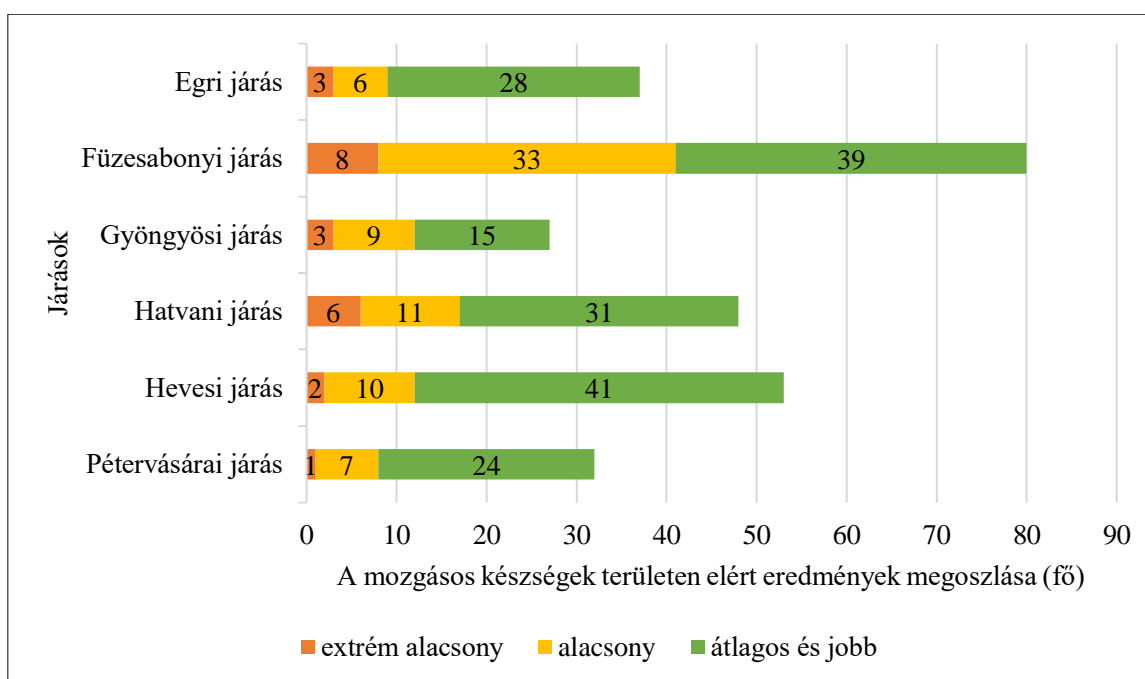
Korreláció számítás alapján elmondható, hogy a gyermekek hónapokban számított életkora és a mozgásos készségek területen elért pontszámai nem mutattak összefüggést, nem mondható el tehát, hogy a gyermekek életkorának növekedésével lineárisan összefüggene pontszámaik változása ezen a területen (Melléklet 7. M7.3. táblázat). Ezt megerősítette a Spearman-féle rangkorreláció is, amely az életkori csoportok, valamint az egyes részképességek területén elért eredmények minősítései alapján (átlagos, alacsony, extrém alacsony teljesítmény) került kiszámításra. (M8.4. táblázat)

A gyermekek teljesítménye és a település nagysága (község, nagyközség, város vagy megyeszékhely szerint csoportosítva), amelyen az intézmény található, Spearman-féle

rankorreláció számítása alapján nem mutat összefüggést. Ez azt jelenti tehát, hogy nem volt meghatározó a gyermekek intézményének székhelye abból a szempontból, hogy milyen teljesítményt értek el. (M7.5. táblázat)

VII.1.2.5 A gyermekek teljesítményeinek járási jellemzői

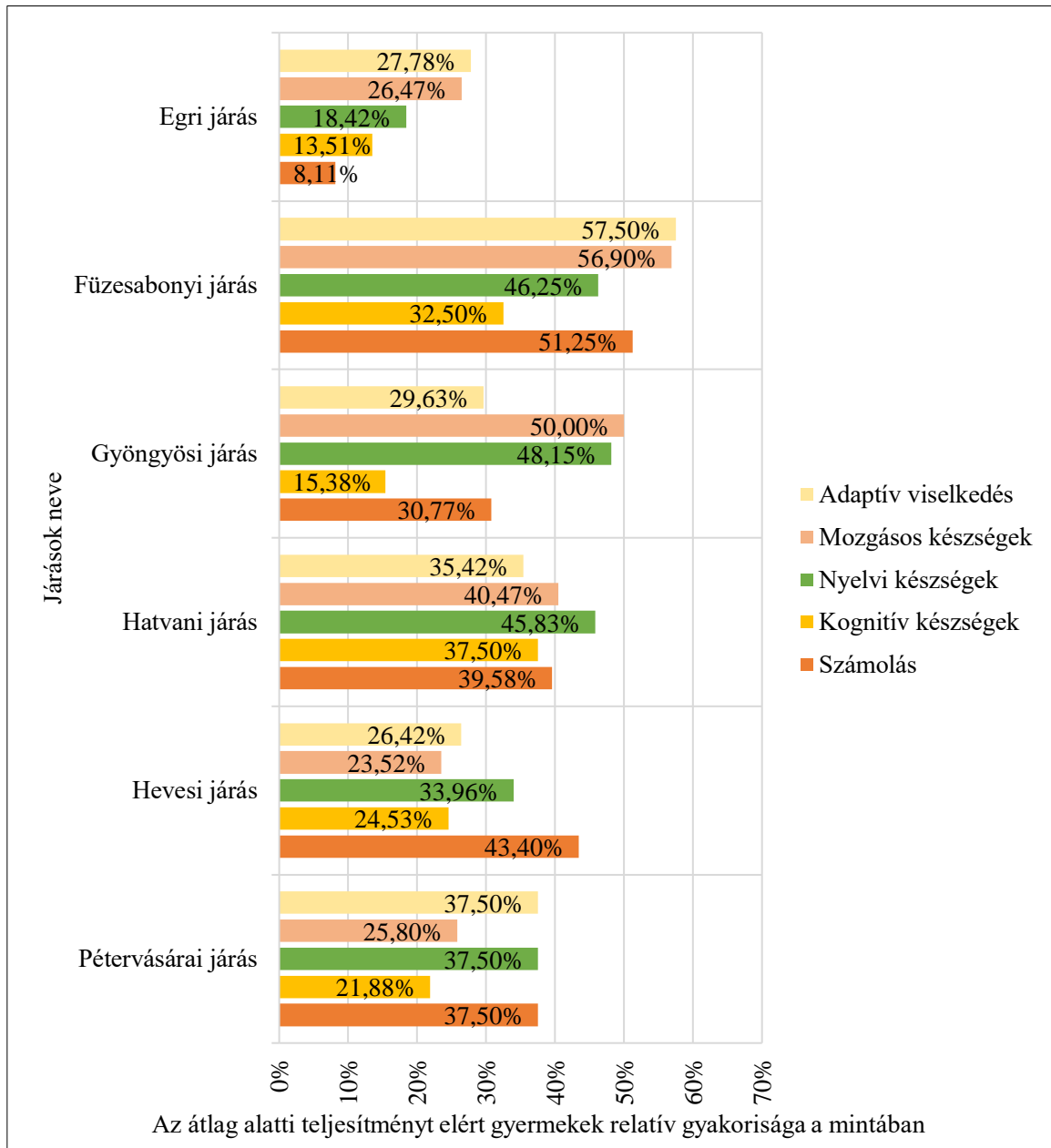
A gyermekek mozgásos területen elért eredményeit járásonként összesítve különbség figyelhető meg a gyermekek teljesítményében (7.ábra). A járásokban vagy 50% felett volt az átlag alatti teljesítményt elért gyermekek száma (Füzesabonyi, Gyöngyösi járásban), vagy 23-26% között (Egri, Hevei, Pétervásárai járás). A Hatvani járásban 40% volt a mozgásos teljesítmény szempontjából átlag alatti teljesítményt elért gyermekek száma.



7.ábra: A mozgásos készségek területen elért eredmények megoszlása a mintában, járásonként (saját ábra)

A többi képességterületen járásonként összehasonlításra került, hogy mely területeken teljesítettek átlag alatt a gyermekek. Ettől az elemzéstől azt vártam, hogy kirajzolódhatnak azok a súlypontok, amelyek területén a térségek között különbségeket láthatunk. Az ábrán (8. ábra) járásonként látható, hogy a gyermekek milyen arányban teljesítettek átlag alatti szinten. A legjobb eredményeket a kognitív képességek területén érték el a gyermekek a legtöbb járásban (általában ezen a területen teljesítettek legkevesebben átlag alatt), a járások között azonban különbségek láthatóak a teljesítmények megoszlásában. A legtöbb járás esetén volt 1-2 olyan terület, amelyet gyengébben teljesítettek a gyermekek a többihez viszonyítva (az Egri járásban és a Füzesabonyi járásban ez az adaptív viselkedés és a mozgás területei voltak). Előfordult,

hogy valamennyi területen közel azonos arányokban érték el átlag alatti teljesítményt a gyermekek (Hatvani járás). Az eredmények értelmezéséhez a járásokban lévő intézmények működésének, ellátásainak alaposabb ismerete lenne szükséges, valamint hosszanti vizsgálata, amely által látható lenne, hogy az itt megjelölt arányok csupán ebben a vizsgálatban alakulnak így, vagy hasonlóképpen alakulnak más vizsgálatok során is.



8.ábra: A különböző készségek területein elért, átlag alatti teljesítmények relatív gyakorisága a mintában, járásonként összesítve (%) (saját ábra)

VII.1.2.6 *A gyermekek mozgásos készségeinek fejlettsége a korábbi vizsgálatok tükrében*

A kutatásban résztvevő gyermekek egy alcsoportja esetében megvizsgáltam, hogy volt-e előzménye a mozgásos készségeik elmaradásának korábbi vizsgálatokban. Összesen 77 gyermek esetében, akiknél ezek az adatok rendelkezésre álltak, összevettem a náluk korábban elvégzett szűrővizsgálat és az iskolaérettségi vizsgálat eredményeit.

Az elemzés célja volt azt látni, hogy a korábbi teszten mutatott eredmények előre jelezték-e már az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményt. Korrelációs számítást végeztem az MSSST teszten a motoros területen elért nyerspontok⁴⁴ és a Torda-féle teszt (2015) mozgásos készségek területén elért összesített pontszámaival. Érzékelhető, pozitív összefüggést lehetett megállapítani a két adatsor között ($r = 0,571$, $p < 0,005$). Ez alapján arra következtethetünk, hogy kismértékben érvényesült az a tendencia, hogy mindkét teszten alacsonyabb pontszámokat értek el azok, akiknek a motoros területen elmaradásai voltak. Ez azt jelentheti, hogy akik az egy évvel korábban elvégzett szűrővizsgálaton elmaradást mutattak a motoros területen, nem feltétlenül teljesítettek alacsony szinten az iskolaérettségi vizsgálaton és ennek fordítottja is igaz lehet. Az eredményekre számos tényező hatással lehet, többek között a gyermekek spontán érése, valamint az is, ha valamilyen fejlesztésen részt vettek és annak hatására fejlődtek a mért képességterületeken. Ezeket a tényezőket a kutatás során nem vizsgáltam.

A gyermekek által a két vizsgálat során elért eredmények is tükrözik ezt a tendenciát. A következő, 7. táblázatban a két teszten elért eredmények láthatóak a gyermekek teljesítményének keresztmetszetében. 76 gyermek közül 11 teljesített a korábbi szűrésben megfelelő szinten, ők valamennyien átlagos teljesítményt értek el az iskolaérettségi vizsgálaton is. Nem volt olyan közöttük, aki az iskolaérettségi vizsgálaton nem ért el átlagos teljesítményt. Azok 30%-a, akik a szűrés során gyengébben teljesítettek (kissé elmaradó, vagy elmaradó teljesítményt értek el), az iskolaérettségi vizsgálaton is alacsony teljesítményt értek el. Megfigyelhető, hogy a vizsgált mintában azok között fordult elő extrém alacsony teljesítmény, akik a szűrővizsgálaton jelentős elmaradást mutattak. Ugyanakkor igaz az is, hogy például közöttük is voltak, akik átlagos teljesítményt értek el végül az iskolaérettségi vizsgálat során.

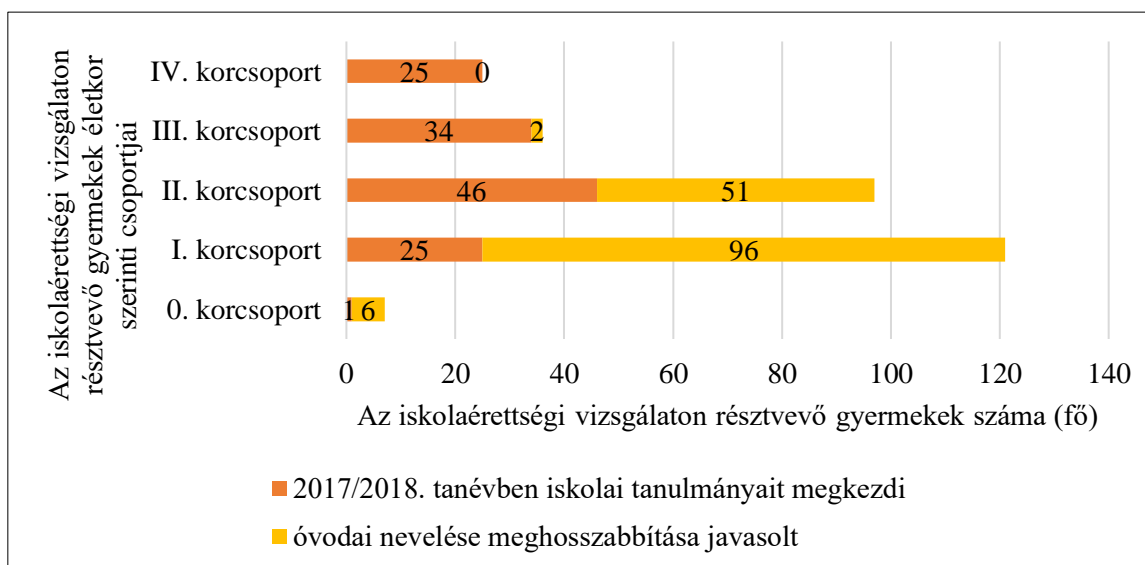
⁴⁴ A tesztben a nyerspontokat az életkorokat is figyelembe vevő normapontok álltak még rendelkezésre a gyermekek eredményeinek jellemzéséhez a vizuo-perceptuo-motoros területen elért eredményekről. Mivel a két adatsor között rendkívül szoros összefüggés volt ($r = 0,960$, szign. $< 0,005$), tehát lényegében nem volt nagy eltérés közöttük, mindkét teszt esetében azonos módon kapott nyerspontok felhasználása biztosította az összehasonlítás alapját.

A vizsgálo eljárás neve	Meeting Street School Screening Test eredményei					
	Teljesítmény	jelentősen elmarad	elmarad	kissé elmarad	megfelelő	Összes
Eredmények a „Vizsgáló eljárás az iskolai felkészültség megítélésében” eszköz alapján (TORDA, 2015)	átlagos	8	18	11	11	24
	alacsony	11	11	2	0	48
	extrém alacsony	4	0	0	0	4
	Összes	23	29	13	11	76

7.táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton elért teljesítmények és a korábbi szűrés eredményeinek megoszlása a mintában (n=76) (saját)

VII.1.2.7 Az iskolakezdők aránya a mintában

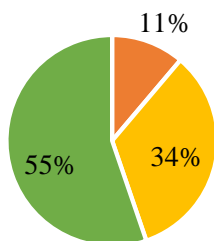
A pedagógiai szakszolgálat által végzett vizsgálatok alapján a gyermekek esetében javaslat született arról, hogy megkezdhetik-e a következő tanévben tanulmányaikat. A 9. ábrán összegeztem a kapott eredményeket, korosztályok szerint. A legfiatalabb korosztály (0. és I.), tehát az 5,5-6 éves korú gyermekek esetében nagyobb arányban született döntés a gyermekek óvodai nevelésének meghosszabbításáról. Ennek fordítottja is igaznak bizonyult, a 6 év 7 hónapos kor feletti gyermekek nagyobb arányban kaptak javaslatot tanulmányaik megkezdésére, a III. és IV. korcsoportnál néhány kivételtől eltekintve valamennyi gyermek. Összességében tehát a pedagógiai szakszolgálat által vizsgált gyermekek közül 45,8%-a esetében született olyan döntés, hogy a következő tanévben megkezdhetik az iskolai tanulmányaikat. Ez az arány M. TAMÁS által végzett vizsgálatokban körülbelül 70% volt (2006:111).



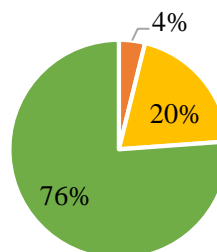
9.ábra: Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek iskolakezdésére vonatkozó döntés, korcsoportonként (saját ábra)

Azok esetében, akiknél óvodai nevelésük meghosszabbításának javaslata állt, megvizsgáltam, milyen arányban maradt átlag alatt a mozgásos készségek területén mutatott teljesítményük. Az átlag alatti övezetbe estek, akik alacsony, vagy extrém alacsony teljesítményt értek el. Ez az arány összesen a gyermekek 45%-a volt, míg azok között, akik tanulmányaikat szeptemberben megkezdik, 24% (10. ábra). A többi képességterülettel összehasonlításban ez az arány azonban nem kiugró, valamennyi területen hasonlóan alakult: míg az iskolakezdésre javaslatot kapott csoportban átlagos teljesítményt a gyermekek legalább 70%-a elért valamennyi képességterületen, addig azok 50%-a érte el ugyanezt a szintet, akiknek óvodai nevelése meghosszabbítására volt javasolt (Melléklet 8.).

A mozgásos készségek területén elért eredmények megoszlása azok körében, akik óvodai nevelése meghosszabbítása javasolt



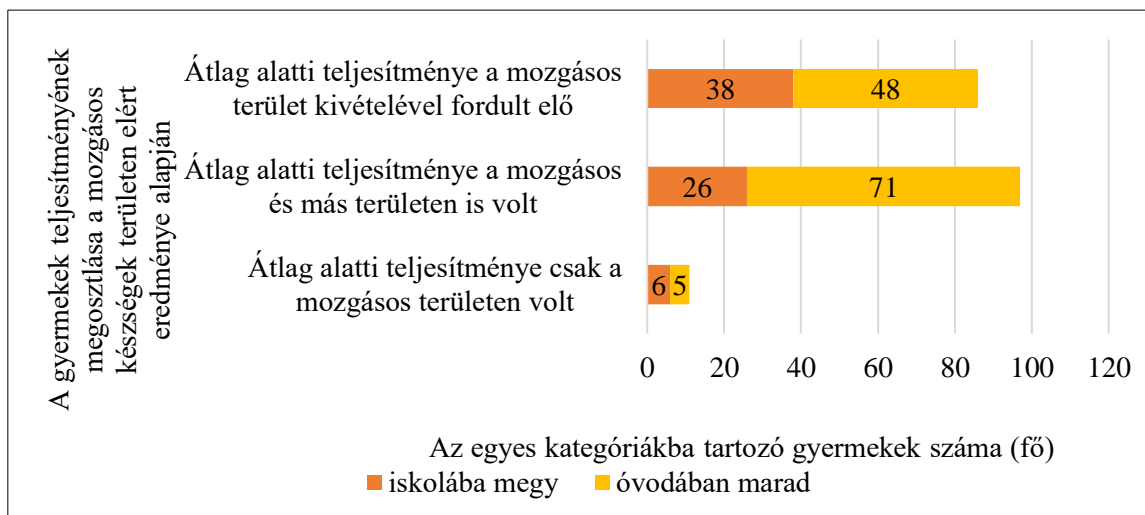
A mozgásos készségek területén elért eredmények megoszlása azok körében, akik 2017/2018. tanévben megkezdik iskolai tanulmányaikat



■ extrém alacsony ■ alacsony ■ átlagos és jobb ■ extrém alacsony ■ alacsony ■ átlagos és jobb

10. ábra: A mozgásos készségek területén elért eredmények az iskolakezdésről szóló javaslat szerinti bontásban

A gyermekek körében vizsgáltam, hogy hány esetben áll a mozgásos készségek elmaradása azok háttérben, akik nem kezdhették meg az iskolai tanévet. Megállapítható volt, hogy összesen 11 esetben fordult elő, hogy csak a mozgásos készségek területén volt egy gyermeknek elmaradása. Közülük 6-an kezdték meg az iskolát és 5-en kaptak javaslatot az óvodai nevelés meghosszabbítására. Előfordult, hogy átlag alatti teljesítményt ért el egy gyermek a mozgásos területen és további képességterülete(ke)n is. Az ilyen képességprofillal rendelkező gyermekek 26,8%-a kapott javaslatot az iskolakezdésre. Akik a mozgásos területen kívüli más területen teljesítettek gyengébben, azok 44,1%-a számára volt az iskolakezdés a javaslat. (11. ábra)



11.ábra: A gyermekek teljesítményének megoszlása a mozgásos készségek területen elért eredményeikhez viszonyítva az iskolakezdésről szóló javaslat függvényében (saját ábra)

VII.1.3. Részösszegzés

A Heves megyében, iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek eredményeit abból a szempontból elemeztem, hogy vajon a többi képességterülethez viszonyítva milyen mértékű annak fejlettsége az iskolakezdés előtt álló gyermekeknél, akiknél valamilyen probléma miatt vizsgálatot láttak indokoltnak.

Az eredmények azt mutatták, hogy a mozgásos területen a gyermekek a többi részképesség területhez hasonló arányban mutattak gyengébb teljesítményt. A gyermekek körülbelül 40%-a volt valamennyi képességterületen az átlagos teljesítmény alatt. Korosztályi bontásban a 6 év 7 hónapos kor alatti gyermekek 30-40%-a teljesítette átlag alatt a mozgásos készségterület feladatait, az ennél idősebb gyermekek 47%-a maradt azonban átlag alatt, ami a korosztályi bontásban a legrosszabb arány volt. Megfigyelhető azonban, hogy az extrém alacsony teljesítményt elért gyermekek aránya a második korcsoportban volt a legnagyobb (6-6,5 éves korig), a korcsoportba tartozó gyermekek 15%-a. Összességében a mintában szereplők 35%-a nem érte el az átlagos szintet a mozgásos területen, ez az arány azonban nem kiugró, a többi képességterületen is hasonlóképpen alakult. A kutatási részhez tartozó eredményeket, a hipotézisekhez kapcsolódó adatok kiemelésével foglalom össze a következőkben.

H.I.1.1. Ha a gyermekek mozgásos készségei elmaradnak az átlagostól, a nyelvi, a kognitív és az adaptív viselkedésbeli területeken is alacsonyabb teljesítményt mutatnak. (LAKATOS, 2003)

A hipotézis részben igazolt, mivel a mozgásos készségek területen elért eredmények nem mutattak szoros összefüggést a többi vizsgálati területtel, de a köztük lévő érzékelhető, pozitív összefüggés kimutatható volt az I. és a II. korcsoport mozgásos eredményei és a többi részképesség területen elért eredményeik között.

H.I.1.2. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő, fiatalabb gyermekek nagyobb elmaradással rendelkeznek a mozgásos készségek fejlettségében, mint az idősebbek.

A hipotézis nem igazolható, mivel a gyermekek hónapokban számított életkora és a mozgásos készségek területen elért pontszámai nem mutattak lineáris összefüggést.

H.I.1.3. A város székhelyű intézményekben alacsonyabb teljesítményt érnek el az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek a mozgásos készségek fejlettségében, mint a városnál kisebb települések intézményeiben.

A területi összehasonlításból láthatóvá vált, hogy különbségek vannak a járási intézményekben kapott eredmények között. Volt olyan intézmény, ahol megjelent egy-egy kiugró területen, ahol a gyermekek elmaradó képességei megmutatkoztak (például a Füzesabonyi járásban az adaptív viselkedés területén), ugyanakkor volt olyan intézmény is, ahol valamennyi képességterületen hasonló szintet értek el a gyermekek (Hatvani járás). A mozgásos készségek fejlettségéről kapott eredmények is változatosak voltak, három intézményben teljesített átlag alatt a gyermekek 21-26%-a, két intézményben pedig azok 50-55%-a. Ugyanakkor a járási összefüggések elemzése hosszanti vizsgálattal eredményesebben lehetséges, jelen kutatás csupán keresztmetszeti képet kíván nyújtani ebben a témában.

A hipotézis tehát nem igazolható az említett vizsgálati eredmények alapján, valamint a Spearman-féle rangkorreláció alapján sem volt összefüggés a település nagysága és a gyermekek által elért teljesítmény között.

H.I.1.4. Arra alapozva, hogy a mozgásfejlődés folyamatában a finommozgások fejlődése tehető a későbbi időszakra (BALOGH, 1985), feltételezem, hogy a mozgásos területen gyengén teljesítő gyermekek többségénél a grafomotoros képességeik gyengesége figyelhető meg.

A gyermekek teljesítményében az irányérzékelés, az egyensúly és a testközépvonal átlépése mutatott leginkább nehézségeket, a mozgásos területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekek gyakran egyáltalán nem szereztek pontokat ezeken a területeken, illetve teljesítményük nagy ingadozást mutatott a szórás értékei alapján.

A grafomotoros terület laza, pozitív összefüggést mutatott csak a dinamikus mozgás, a testközépvonal átlépése és az egyensúly terület fejlettségével, az egyensúly és a nagymozgások esetében volt megfigyelhető az adatok szoros, pozitív összefüggése. Ha tehát jól teljesítettek a gyermekek a nagymozgások területein, egyensúlyérzékük is hasonlóan biztosnak volt mondható. Illetve a gyermekek gyenge teljesítménye a nagymozgásban az egyensúlyérzék gyengeségével is együtt járt. A grafomotoros területen a III. korcsoport teljesítménye volt leginkább kiegyensúlyozott a többiekhez képest.

Ezek alapján a mozgásos készségek területen a grafomotoros területnél meghatározóbb területeken mutattak gyengeségeket a gyermekek. A grafomotoros terület gyengesége nem volt kiemelkedő szempont a mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekekénél, éppen ezért a hipotézis nem helytálló.

Az eddigieken felül vizsgálatra került továbbá a gyermekek teljesítménye az iskolakezdés időpontjáról alkotott javaslat közötti kapcsolat. Itt arra voltam elsősorban kíváncsi, hogy milyen arányban áll az óvodai nevelés meghosszabbítása háttérében a mozgásos teljesítmények gyengesége. Ehhez a területhez két hipotézis tartozott.

H.I.1.5. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek harmada esetében az óvodai nevelésének meghosszabbítása javasolt. (M.TAMÁS, 2006)

Az összes gyermek 45,8%-a kapott javaslatot tanulmányai megkezdésére, amely döntés igazodott életkorukhoz: a legfiatalabbak kaptak nagyobb arányban javaslatot az óvodai nevelés meghosszabbítására (az I. korosztály 79%-a), míg a II. korosztály 52%-a, a III. korcsoportban ez az arány már csak 5% volt. A hipotézis a vizsgált mintára nem igazolódott, ugyanis itt a gyermekek több mint fele (54,2%-a) esetében született az a döntés, hogy a következő tanévben nem kezdik meg iskolai tanulmányaikat.

H.I.1.6. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek többsége, akik óvodai nevelésének meghosszabbítása javasolt, gyengébb mozgásos teljesítményt mutat társainál. Emellett a mozgásos területen tapasztalható elmaradás nem indokolja önmagában az óvodai nevelés meghosszabbításának javaslatát.

A mozgásos terület szerepét vizsgálva megállapítható, hogy az iskolai tanulmányok megkezdésére javaslatot kapott gyermekek 24%-a, míg az óvodai nevelésének meghosszabbítására javasoltak 45%-a teljesített átlag alatt a mozgásos képességek területén. A hipotézis első fele tehát egyik korosztályban sem igazolható, az óvodai nevelésük meghosszabbítására javaslatot kapott gyermekekénél tehát a gyermekek közel felére igaz, hogy mozgásos teljesítményük gyengébb.

A hipotézis második felére vonatkozóan elmondható, hogy volt hat olyan gyermek, akinél önmagában indokolta az óvodai nevelés meghosszabbítását a mozgásos készségek területén nyújtott gyenge teljesítmény. Mivel alacsony volt azok száma a mintában, akiknél csak a mozgásos készségek területén volt elmaradás tapasztalható, a hipotézis igazolásához nem találtam alkalmasnak a kapott eredményeket. A hipotézis ezen részének igazolásához tehát további vizsgálat szükséges.

VII.1.4. A mozgásos készségek észlelt eredményei

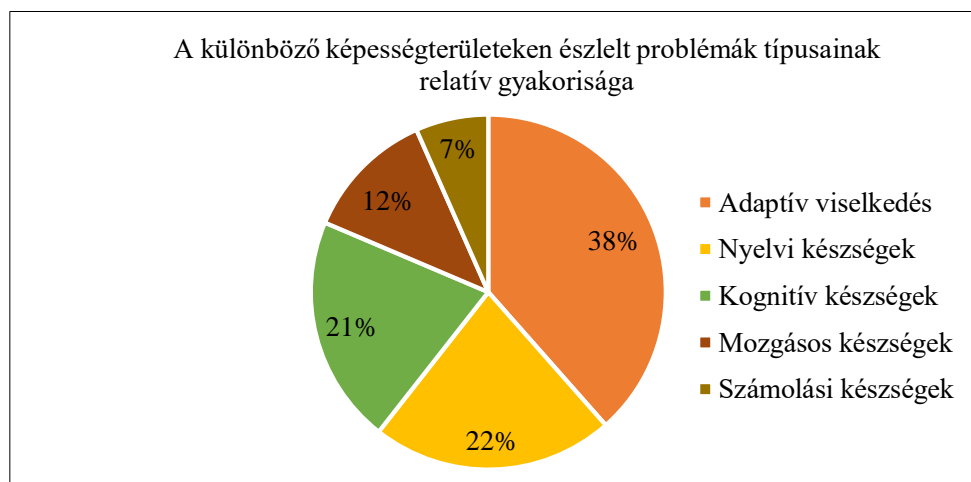
A pedagógusok fontos szerepet játszanak az iskolakezdsre való alkalmasság megítélésében. Feladatuk saját vélemény alkotása, valamint indokolt esetben a pedagógiai szakszolgálati intézmény bevonása az iskolakezds megkezdésének megállapításához. A pedagógusok észlelésének pontossága tehát lényeges a gyermekek képességei fejlettségével kapcsolatos elmaradások felismerésben.

Az iskolaérettségi vizsgálat iránti kérelem elkészítésekor a pedagógusok a szülők bevonásával készítene pedagógiai jellemzést, valamint megfogalmazzák a vizsgálat kérésének indokát is. Az iskolaérettségi vizsgálatra javasolt gyermekek esetében a vizsgálatkérő dokumentumok elemzésével vizsgáltam, hogy hogyan észlelik a pedagógusok és a szülők a gyermekek iskolakezdsét nehezítő problémákat, hogyan fogalmazzák meg és milyen tényezőket tartanak fontosnak a gyermekek (mozgás)fejlettségében. További lényeges kérdés volt, milyen mértékben egyeznek a mozgásos teljesítmény észlelt és mért eredményei.

VII.1.4.1 A vizsgálatkérés indokai a mintában

Az adatfeldolgozás során a gyermekekről készített pedagógiai jellemzések kódolására volt szükség, ahol kiemeltem a vizsgálatkérések indoklásából a képességekre vonatkozó megállapításokat, fogalmakat, valamint azokat kategóriákba soroltam. Az összehasonlíthatóság érdekében a kategóriák megállapításánál törekedtem a méréshez használt vizsgálo eljárás szempontjait megjeleníteni.

A gyermekekről készült pedagógiai vélemények alapján a fogalmi kategóriákat hoztam létre. A kialakított kategóriákba sorolva az egyes területek említésének gyakoriságát összesítettem a következő ábrán (12. ábra).



12.ábra: A különböző képességterületeken észlelt problémák típusainak relatív gyakorisága az iskolaérettségi vizsgálatra beküldött vizsgálatkérő dokumentumok tartalmi elemzése alapján (%) (saját ábra)

A legnagyobb arányban, összesen 291 gyermek közül 209 esetben adaptív viselkedésbeli problémákat jelöltek meg a vizsgálatkérés indokaként: viszonyítva a többi területhez, a gyermekekről készített pedagógiai jellemzések 38%-a tartalmazott ehhez tartozó problémákat. A nyelvi és kognitív területen észlelt problémák a gyermekek 21-22%-nak jellemzésében jelentek meg, míg a mozgás az összes vizsgálatkérés 12%-nál, 65 esetben. Ez azt jelenti, hogy a pedagógusok jellemzések alapján a többi problématerülethez viszonyítva kisebb arányban jelent meg a gyermekek körében a vizsgálatkérés indokaként a mozgásos készségterületen fejlettségével kapcsolatos probléma.

21 esetben volt a vizsgálatkérés indoka kifejezetten az információk hiánya, amelynek oka volt például a hiányzás, ami miatt nem tudtak megfelelő képek kialakítani a gyermek fejlődéséről, esetleg, ha újonnan került az intézménybe, ezért nem rendelkeztek megfelelő ismeretekkel a korábbi fejlettségéről.

VII.1.4.2 *A mozgásos területen észlelt problémák aránya a pedagógiai jellemzésekben*

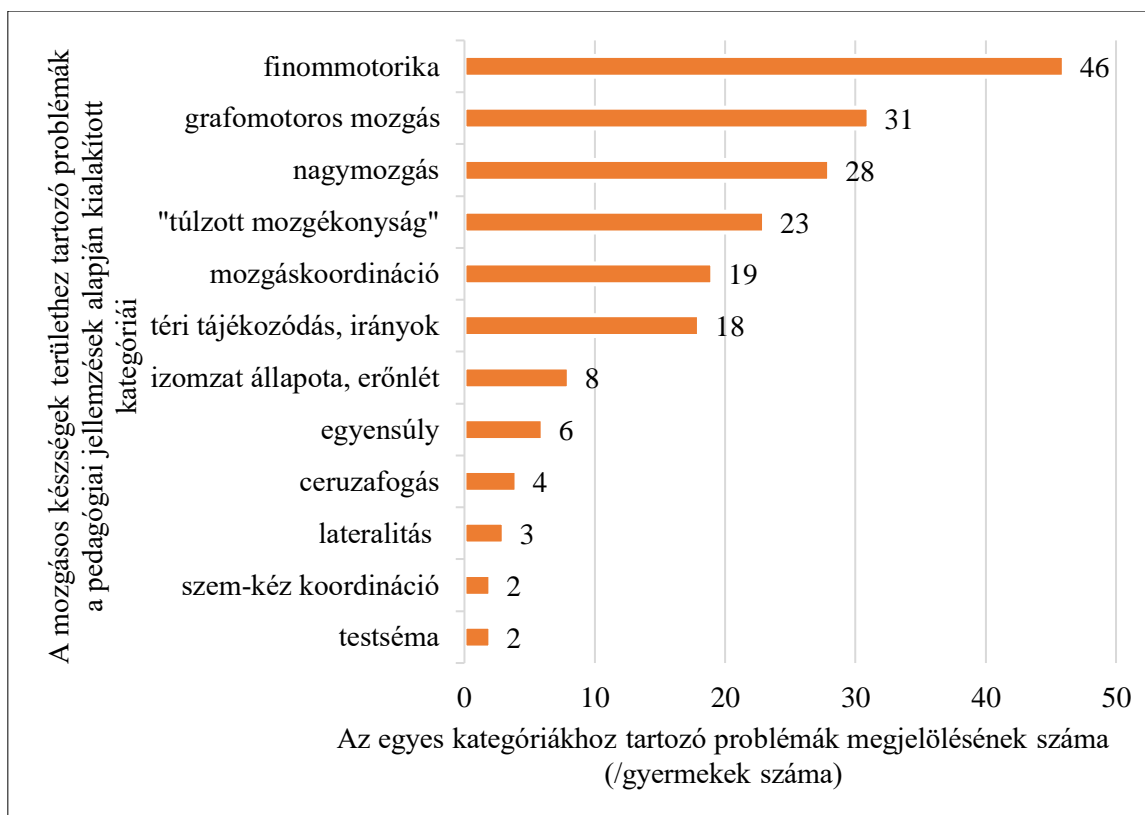
A gyermekek fejlődésére vonatkozóan a pedagógusok és a szülők pedagógiai jellemzésekben jelezték észrevételeiket előre megadott szempontok szerint, amelyek érintették a gyermekek mozgásával kapcsolatos területeket is. A dokumentumokban szabad megfogalmazások szerepeltek az egyes szempontok kifejtésénél, így a gyermekekről készült jellemzések szövegében megjelölt problématerületeket kategóriákba rendeztem. Egy-egy terület említésének gyakoriságát a teljes mintára nézve a következő (13. ábra) szemlélteti.

Mozgásos területhez tartozó problémát 65 gyermek esetében jeleztek a pedagógusok és a szülők a gyermekek jellemzésében, a teljes mintára nézve. Részletesen vizsgálva, leggyakrabban a finommotoros terület fejletlensége került megnevezésre, összesen 46 gyermeknél. Továbbá az írásmozgás a gyermekek közel felénél (47%), illetőleg a nagymozgás átfogó területe volt a leggyakrabban jelölt probléma (43%). „Túlzott mozgékonyásként” írták le a pedagógusok, ha a gyermek nehezen tudott megülni olyan tevékenységeknél, amelyek azt kívánták volna. Néhány esetben a testséma, az egyensúly, esetleg a lateralitás⁴⁵ kialakulatlansága jelent meg a gyermekek számára nehézséget okozó területként.

A mozgásos készségek területen megjelenő szempontok esetében felmerül a kérdés, hogy mennyire állnak összhangban aztán az iskolaérettségi vizsgálat során vizsgált területekkel. M. TAMÁS (2006:110) kutatásánál kiderült, hogy a vélemények tartalma és a vizsgálatok

⁴⁵ A lateralitás kategóriájába soroltam a pedagógusok által „keresztcsatornák rendezetlensége”, „agyfélteke dominancia”, illetve a domináns kézhasználatra vonatkozó területeket.

szempontjai nem egyeznek, ezért saját vizsgálatkérő dokumentum összeállítása volt szükséges⁴⁶. Itt azonban elmondható, hogy a legtöbb terület, amelyre a mozgásos készségek tekintetében az iskolaérettségi vizsgálat is irányul, megjelent a pedagógiai véleményekben.

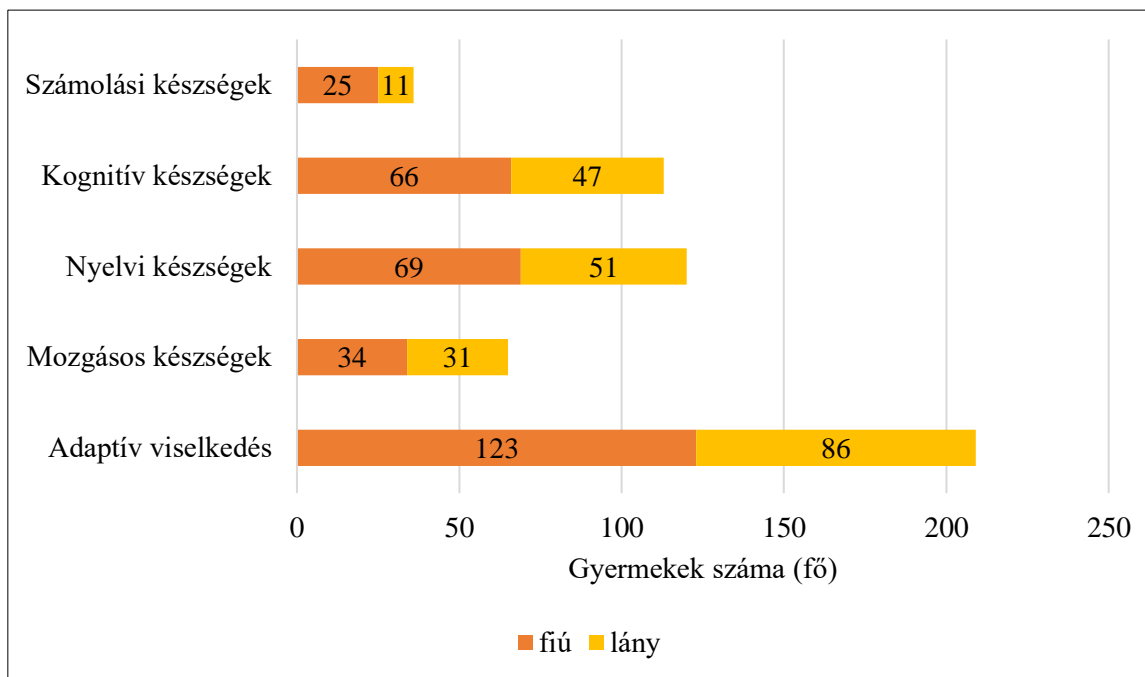


13. ábra: A mozgásos készségek területhez tartozó problémák típusai a pedagógiai jellemzések tartalma alapján, azok előfordulásának száma szerint (saját ábra)

VII.1.4.3 Az észlelt problémák nemek szerint

A különféle problémák megnevezésénél elemeztem, hogy nemek szerint hogyan alakultak a különböző területek megnevezései a jellemzésekben (14. ábra). Az összes megnevezett problématerület szempontjából 58% volt a fiúk aránya, akiknél valamely területen problémát jeleztek. Valamennyi területen elmondható, hogy több fiú esetében jeleztek problémát a pedagógiai jellemzések, mint amennyi lánynál. A mozgásos területen volt ez a leginkább kiegyenlített arányban, ahol a problémát 52%-ban észlelték a fiúknál.

⁴⁶ M. TAMÁS (2006) a 2000-es évek elején 2-300 gyermek eredményeit vizsgálta meg abból a szempontból, hogy milyen volt az óvodai „megrendelés” és milyen eredményt hozott végül. A pedagógiai jellemzések elemzése során olyan problémákra derült fény például, mint hogy a gyermekekről készült pedagógiai jellemzések tartalma változatos volt, nem minden esetben szerepelt rajta javaslat az óvodától. További nehézségként merült fel, hogy a pedagógiai jellemzések nem tartalmazták azokat a szempontokat, amelyekre az iskolaérettségi vizsgálat irányult, ezért nem volt átfedés a megfogalmazott kérések és a feltárt problémák között.



14.ábra: A gyermekek nemi megoszlása azok között, akiknél a különböző készségterületeken problémát észleltek (saját ábra)

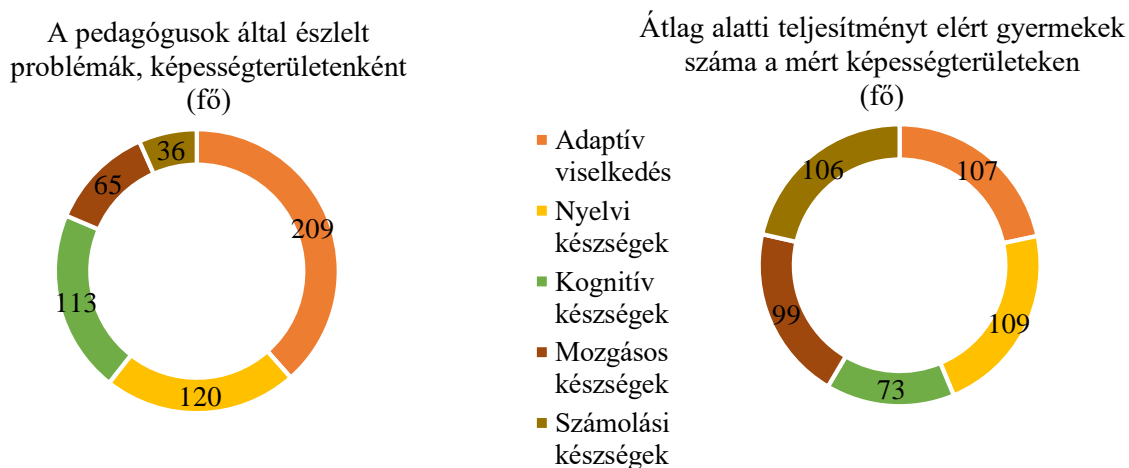
VII.1.4.4 A vizsgált területek észlelt és mért eredményeinek összehasonlítása

Annak megállapítására, hogy a pedagógiai jellemzésekben szereplő problémamegjelölések, a vizsgálatkérés indokai mennyire állnak összhangban a gyermekek képességeinek mért eredményeivel, összehasonlítást végeztem az egyes területeken tapasztalt problémák előfordulásai között.

A dokumentumok elemzéséhez kialakított kategóriák a legtöbb esetben egyeztek a mérőeszköz területeivel is, ugyanakkor minimális eltérést okozhatott, ha olyan részterületre tért ki a pedagógusok és a szülők megfigyelése, amely a mérőeszköz esetében nem szerepelt (például a mozgásos készségek területen a testi fejlettség, izomzat állapota), vagy megjelent bennük olyan szempont, amely bár például a mozgáshoz is tartozik, esetleg a teszt feladatai között más feladatba integrálva jelent meg (pl. laterális).

A gyermekek képességeinek megítélésében a nyelvi készségek területen egyeztek meg az arányok leginkább a pedagógiai jellemzésekben előforduló említésük és a mért eredmények tekintetében. Átlag alatti teljesítményt ért el a gyermekek 20%-a, amely arány megegyezett azzal, ahány gyermeknél ezen a területen elmaradásokat észleltek a vizsgálatkérés előtt. A jellemzések nagyobb arányban a viselkedés területein jeleztek problémákat, amelyek közé azonban egyaránt odatartozott a gyermek érzelmszabályozása, társas kapcsolatai, illetve az irányított feladathelyzetekhez kapcsolódó viselkedése (feladattartás, tanulás iránti motiváltság, munkatempó), illetve a figyelem megtartásának képessége, ami a feladatvégzéshez szükséges.

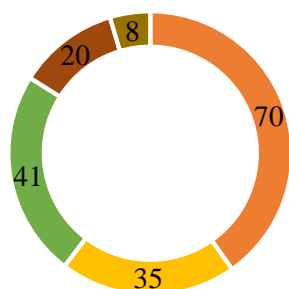
Az adaptív viselkedés a gyermekek 22%-ánál maradt csak életkorának megfelelő szint alatt, tehát a jellemzésekben nagyobb hangsúlyt kaptak olyan magatartási kérdések is, amelyek nem feltétlenül voltak az életkori átlagtól eltérőek. Ehhez hasonlóan a kognitív képességek területeihez kapcsolódva is gyakrabban jeleztek elmaradást a pedagógiai jellemzésekben, mint aztán a tényleges életkori szint alatt teljesítő gyermekek aránya. Arányosan tehát a mozgás és a számolás területein érzékelték kevésbé elmaradást a gyermekek készségeinél, mint amekkora arányban ez a mért eredményekben előfordult (15. ábra). A képességterületeket áttekintve tehát a pedagógiai jellemzésekben felülbecsülték az adaptív viselkedésbeli, nyelvi készségek és a kognitív készségek elmaradásait és alábecsülték a mozgásos és számolási készségek területén mutatott fejlettségét a gyermekeknek.



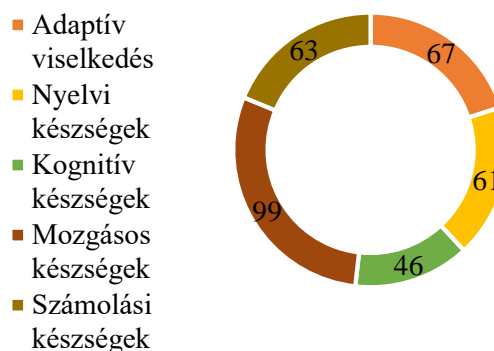
15.ábra: A pedagógiai jellemzésekben szereplő problémák és a mért eredmények összehasonlítása a teljes mintában, valamennyi képességterületen (saját ábra)

A mozgásos készségekben átlag alatti teljesítményt elért 99 gyermek pedagógiai jellemzéseire szűkítve az elemzést, az adaptív készségek területén mondható, hogy több esetben gondolták a pedagógusok és szülők, hogy a gyermek viselkedése elmarad az átlagtól, mint ahogyan a mért eredmények ezt mutatták volna (16. ábra). A többi területen alábecsülték a problémákat, a legnagyobb különbség az észlelt és mért eredménye között a mozgás és a számolás területén volt. A kognitív készségeknél arányaiban közel azonos volt azoknak a gyermekeknek a száma, akik az észlelés és a mérés során is átlag alattinak mutatkoztak.

A mozgásos készségek területen
átlag alatti teljesítményt elért
gyermeknél észlelt problémák (fő)



A mozgásos készségek területen átlag
alatti teljesítményt elért gyermekeknél
mért átlag alatti teljesítmények (fő)



16.ábra: A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekeknél észlelt problémák és az iskolaérettségi vizsgálaton mért teljesítmények összehasonlítása (saját ábra)

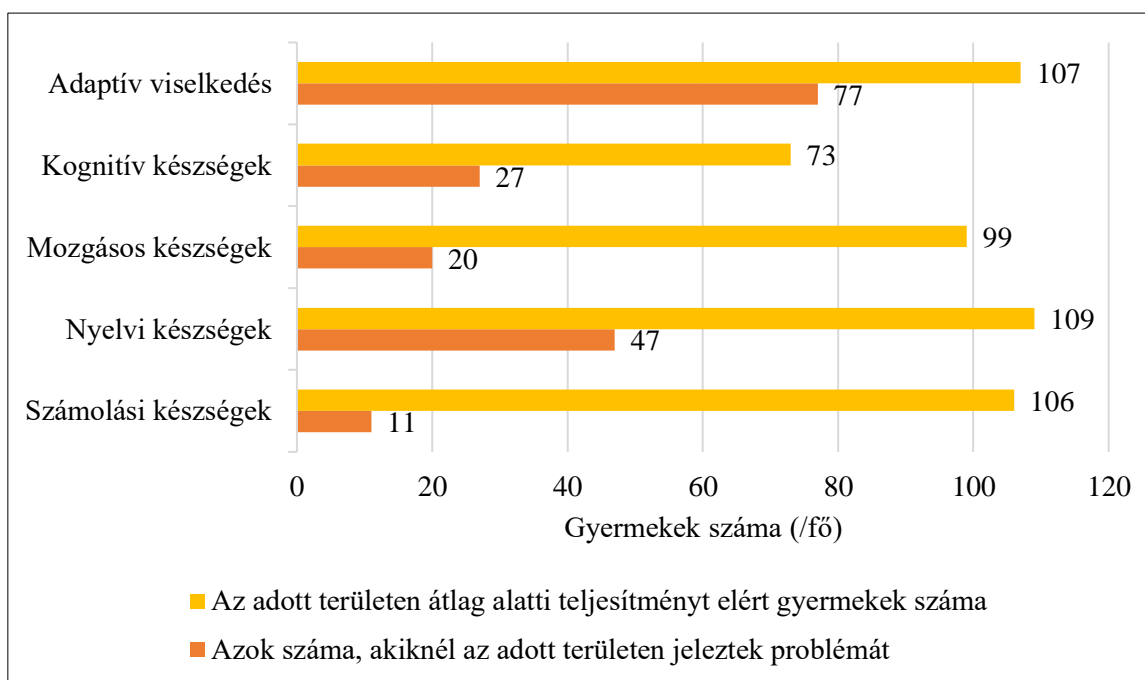
A 16. ábráról leolvasható, hogy az adaptív viselkedés területén több, 70 gyermeknél jeleztek problémát a pedagógiai jellemzésekben, mint ahányan ténylegesen átlag alatti teljesítményt értek el az iskolaérettségi vizsgálat során (67 gyermek). Ugyanakkor a többi készségterületen ez az arány megfordul, bár a mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekeknél megjelent a pedagógiai jellemzésben a kognitív készségek, a mozgásos, a nyelvi és a számolási készségek területe is, a mérés során több gyermek teljesítette a feladatokat átlag alatt. A kognitív készségekben való elmaradásnál volt a legkisebb a különbség a mért és az észlelt problémák között: 41 gyermeknél jelezték, 46-an teljesítettek azonban átlag alatt az iskolaérettségi vizsgálaton. A vizsgálatkéréskor tehát kevésbé pontosan jelentek meg a gyermekek szükségletei a mérési eredményekhez viszonyítva. Az átlag alatti teljesítményt csak 51%-ban jelezték előre a mozgásos területen elmaradást mutató gyermekeknél a pedagógiai jellemzések, ahol a viselkedésben azonosították inkább a problémákat.

Meg kell jegyezni azonban, hogy ez az összesítés jelzések és mért eredmények a teljes mintában előforduló gyakoriságán alapul, ahol nem vettem figyelembe, hogy az észlelés és a mért adat ugyanarra a gyermekre vonatkozik-e. A következőkben a mozgásos készségek területre vonatkozóan ennek a szempontnak az érvényesítésével kapott eredményeket mutatom be, ahol tehát az előre jelzett problémák bevalását láthatjuk.

Megvizsgáltam tehát, hogy azoknál a gyermekeknél, akiknél a mért eredmények alacsony vagy extrém alacsony teljesítményt mutattak, hány esetben jelent meg a pedagógiai jellemzésben is ezen a területen elmaradás (17. ábra). A 15. ábrán szemléltetett eredményekhez képest itt egy-egy gyermek esetében követtem nyomon, hogy jeleztek-e képességeit illetően

elmaradást és az a mérés során is igazolódott-e. Míg tehát korábban a teljes mintában külön összesítettem az adott területeken a jelzett problémák számát és külön, hogy hányan voltak a mintában, akik az adott területen átlag alatt teljesítettek, itt azt vizsgáltam, hogy vajon azoknál a gyermekeknél jelezték-e a problémát a szülők és pedagógusok, akik átlag alatt teljesítettek.

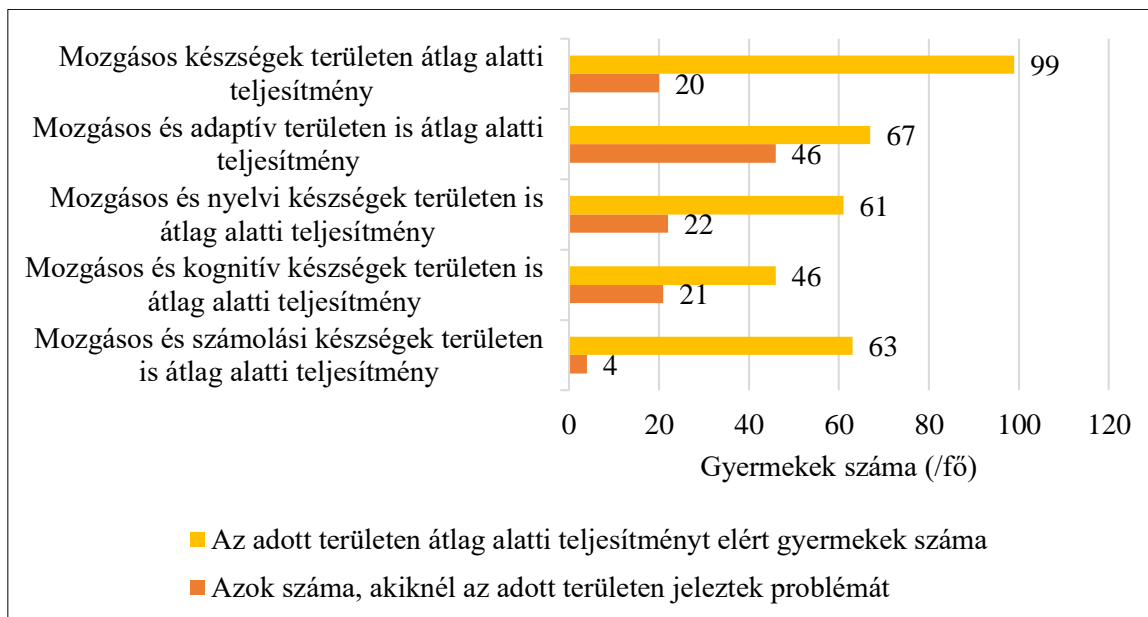
A képességterületekről átfogóan elmondható, hogy az egyes területeken várható problémákat 36%-ban jelezték előre a pedagógiai jellemzésekben, vizsgálatkérő dokumentumokban. Legnagyobb arányban, az adaptív viselkedésben tapasztalható átlag alatti teljesítményt elért gyermekek 71%-nál jelezték előre a vizsgálatkérő dokumentumok a gyermek készségeinek ezen a területen való elmaradását. Ez az arány a nyelvi készségek területén 43% volt (47 fő), a kognitív területen 36% (27 fő), a mozgás és a számolás pedig 20% alatt (előbbi 20, utóbbi 11 fő). Összességében tehát főként a viselkedésben, magatartásban, feladatokhoz való viszonyulásban megnyilvánuló jellemzőket észlelték a pedagógusok a mérési eredményekkel összhangban, a mozgás és a számolási készségek tekintetében kevésbé jelent meg a pedagógiai jellemzésben ezek elmaradása, mint a vizsgálatkérés indoka.



17.ábra: A pedagógiai jellemzésben leírt problématerületek megoszlása azoknál a gyermekeknél, akik átlag alatti teljesítményt értek el az adott képességterületen (saját ábra)

Szűkítve ugyanezt az elemzést csak a mozgásos készségekben alacsony és extrém alacsony teljesítményt elért gyermekek eredményeire, vizsgáltam, hogy mennyire vált be a pedagógiai jellemzések tartalmi utalása, tehát a megjelölt problématerületen valóban átlag alatt teljesített-e az adott gyermek (18. ábra). Az előbbiekhöz hasonló arányok tükröződnek ebben az összehasonlításban is. Ha tehát azokat a gyermekeket vizsgáljuk, akik a mozgás mellett adaptív

területen is átlag alatt teljesítették az iskolaérettségi vizsgálat feladatait, közülük 68%-os pontossággal előre jelezték esetükben a problémát (46 gyermeknél). A legkevésbé pontos előrejelzést a számolás területén mutatott elmaradásokra vonatkozóan sikerült adni (az átlag alatti teljesítményt elérték 6%-ban). Valamennyi esetben feltűnő azonban, hogy kevesebb gyermeknél gondolták azt a pedagógusok és a szülők, hogy átlag alatti teljesítménnyel bírnak, mint ahány esetben a mérés erre rámutatott.



18. ábra: A mozgásos készségek területén átlag alatti teljesítményt elért gyermekeknél észlelt problémák bevétele a mérés során (saját ábra)

Annak a kérdésnek tisztázásához, hogy a mozgásos terület mellett mely területen társult alacsony teljesítmény a gyermekeknél, különbséget kell tenni a mért és az észlelt problémák között. A mért adatok alapján azt mondhatjuk, hogy 60-70%-ban társult az adaptív, a nyelvi és a számolási készségek területének problémája a mozgásos készségek terület fejlettségének elmaradásához (18. ábra felső sorai). Az észlelés során 65 gyermeknél jelezték a pedagógusok és szülők a mozgásos terület elmaradását (15. ábra), akik közül 55 gyermeknél jelezték a gyermekek adaptív viselkedésének elmaradását is (a gyermekek 84%-nál). 61%-ban a kognitív, 55%-ban a nyelvi és 23%-ban a számolási problémákat jelezték. Tehát, nagyobb arányban gondolták azt a pedagógiai jellemzés készítésénél, hogy a gyermekeknek az adaptív viselkedés területén van valamilyen elmaradása, mint ahogy a mérés során megmutatkozott. (Melléklet 9.)

VII.1.5. Részösszegzés

A pedagógiai jellemzések, vizsgáltkérő dokumentumok tartalmának elemzésének célja volt, hogy a gyermekekről alkotott előzetes kép pontosságát tegyem láthatóvá az iskolaérettség fő kritériumainak tükrében.

H.I.2.1. Azokon a területeken, amelyeken a pedagógusok problémát észleltek az iskolaérettségi vizsgálatra javasolt gyermekeknél, teljesítményük az átlagtól alacsonyabb.

Az a feltételezés, mi szerint a jelzett problémák utalnak az átlag alatti teljesítményre, csak részben igazolódott. Az egyes képességterületeken várható problémákat 36%-ban jelezték előre a pedagógiai jellemzésekben, vizsgáltkérő dokumentumokban, ebből a mozgás területén mért átlag alatti teljesítményt 20%-ban.

H.I.2.2. A pedagógusok a fiúk esetében észlelik gyakrabban a motoros képességek gyengeségét az iskolaérettségi vizsgálatra javasolt gyermekeknél.

A hipotézis nem nyert igazolást, mivel a pedagógiai jellemzések elemzése nem támasztotta alá, hogy a fiúknál nagyobb arányban jeleznének mozgásos vagy viselkedésbeli problémákat a pedagógiai véleményekben. Valamennyi területen hasonló arányban (52-58% között) a fiúk esetében jelezték többször problémát, ugyanakkor ez a minta összetételében a fiúk nagyobb arányával is összhangban van. A mozgásos területen volt a leginkább kiegyenlített a lányok (48%) és a fiúk (52%) aránya azok körében, akiknél problémát észleltek.

H.I.2.3. A pedagógusok gyakrabban észlelik viselkedésbeli problémaként a mozgásos területen tapasztalható elmaradásokat.

Összesítve a mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekekkel kapcsolatos problémaészleléseket, nagyobb arányban észlelték a pedagógusok és szülők az adaptív viselkedés területének problémáit, mint amennyire ezt a mérés alkalmával igazolódott. A többi területnél (nyelvi, mozgásos, kognitív és számolási készségek) ez az arány megfordul, a ténylegesen elmaradó teljesítményt mutató gyermekek arányánál kisebb mértékben utaltak a pedagógiai jellemzések az ezeken a területeken várható problémákra.

Ugyanakkor az egyes gyermekekre vonatkozó észlelés és annak bevalására vonatkozó elemzések azt mutatták, hogy a mozgásos terület mellett másban is elmaradást mutató gyermekeknél a legpontosabb az adaptív viselkedés területén volt a probléma észlelése a tényleges eredményekhez viszonyítva. Minden esetben azonban kevesebb gyermeknél jelezték a gyermekeknél várható problémákat, mint ahogyan a mérés ezt kimutatta.

A 11 gyermek esetén, akiknek csak mozgásos területen volt átlag alatti teljesítményük, 9 esetben nem jeleztek mozgásos területen elmaradást a pedagógiai jellemzésben, ugyanennyi esetben azonban az adaptív viselkedés problémáit írták le.

Arra a hipotézisre tehát, hogy a pedagógusok és szülők gyakrabban észlelik a mozgásos területen jelentkező problémákat viselkedési problémaként, mint mozgásos problémaként, ráutaló adatokat kaptunk, mégis a feltételezés alátámasztása további elemzést igényel.

H.I.2.4. A pedagógusok a mozgásos területen a finommotoros mozgás problémáit gyakrabban jelölik meg a vizsgálatkérés indokaként, mint a mozgásfejlődés korábbi lépéseit.

A leggyakoribb mozgásos területhez tartozó problémaként a finommotoros mozgást jelölték meg a pedagógiai jellemzésekben, a gyermekek 70%-nál, amit a grafomotoros terület követett (a gyermekek 47%-a esetében). Ebből látható, hogy a kézügyességet igénylő feladatok voltak a problémaészlelések között a leggyakrabban megemlített problémák, tehát a hipotézis igazolódott.

VII.1.6. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti igények a gyermekek körében

Az iskolaérettségi vizsgálat során az iskolakezdés időpontjának meghatározása mellett egyes esetekben a gyermekek számára fejlesztési területek is megjelölésre kerültek a szakértői véleményekben, továbbá speciális terápiás eljárásokon való részvétel javaslata is szerepelt. A fejlesztés területeinek és a terápiák típusainak elemzésével célt a gyermekek mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti igényének feltárása volt. Ebben a kutatási részben vizsgáltam, hogy az iskolaérettségi vizsgálaton részt vevő gyermekek milyen arányban kaptak tehát javaslatot mozgásos készségek fejlesztésére, illetve, ha terápiás javaslat is született, mely típusú terápiák voltak megjelölve.

A gyermekek vizsgálati dokumentációjának elemzésével szerettem volna képet kapni arról, hogy milyen arányban javasolt számukra mozgásfejlesztés, illetve van-e, aki speciális mozgásterápiás eljárás alkalmazására kapott javaslatot. Elemeztem, milyen típusú terápiák igénybevételére mutatkoztak tehát igények a gyermekek között.

VII.1.6.1 A gyermekek számára javasolt ellátás

Az iskolaérettségi vizsgálat alkalmával előfordult valamilyen ellátási formára tett javaslat a szakértői véleményben. Összesen 173 különböző ellátási javaslat született a gyermekek körében, külön számolva, ha egy gyermek többféle ellátásra is kapott javaslatot. Ha csak azt vesszük alapul, hogy hányan kaptak egy vagy többféle ellátási javaslatot, összesen 146 gyermek esetében született ellátásra vonatkozó javaslat.

Ha ezeket az ellátási lehetőségeket rendszerezzük, elmondható, hogy 89 gyermeknél tartottak javasoltnak valamilyen ellátást/ellátásokat⁴⁷ (a pedagógiai szakszolgálat által nyújtott tevékenységeket, vagy az intézményekben szervezett fejlesztést), 14 esetben speciális terápiákat. A kétféle beavatkozási formát összesítve tehát az összes vizsgált gyermek 35%-nál szerepelt ellátásra adott javaslat. M. Tamás Márta kutatásban a gyermekek 19%-a kapott egyéni differenciált bánásmódra javaslatot, illetve a többségük járt már addig is valamilyen terápiára (logopédia, fejlesztőpedagógus, pszichológiai terápia). (M. TAMÁS, 2006:111).

A speciális terápiák a gyermekek 4,8%-át érintették az összes vizsgált gyermekhez viszonyítva, az ellátásra javaslatot kapott gyermekek 9,5%-át. További 54 gyermek számára a tanulást támogató pedagógiai módszerek használatát nevezték meg (felzárkóztató foglalkozást, tanórai, óvodai differenciált megsegítést) (19. ábra).

⁴⁷ Amennyiben többféle ellátásra is kaptak javaslatot a gyermekek, abban az esetben is csak egyszer számoltam a megadott mennyiségbe.

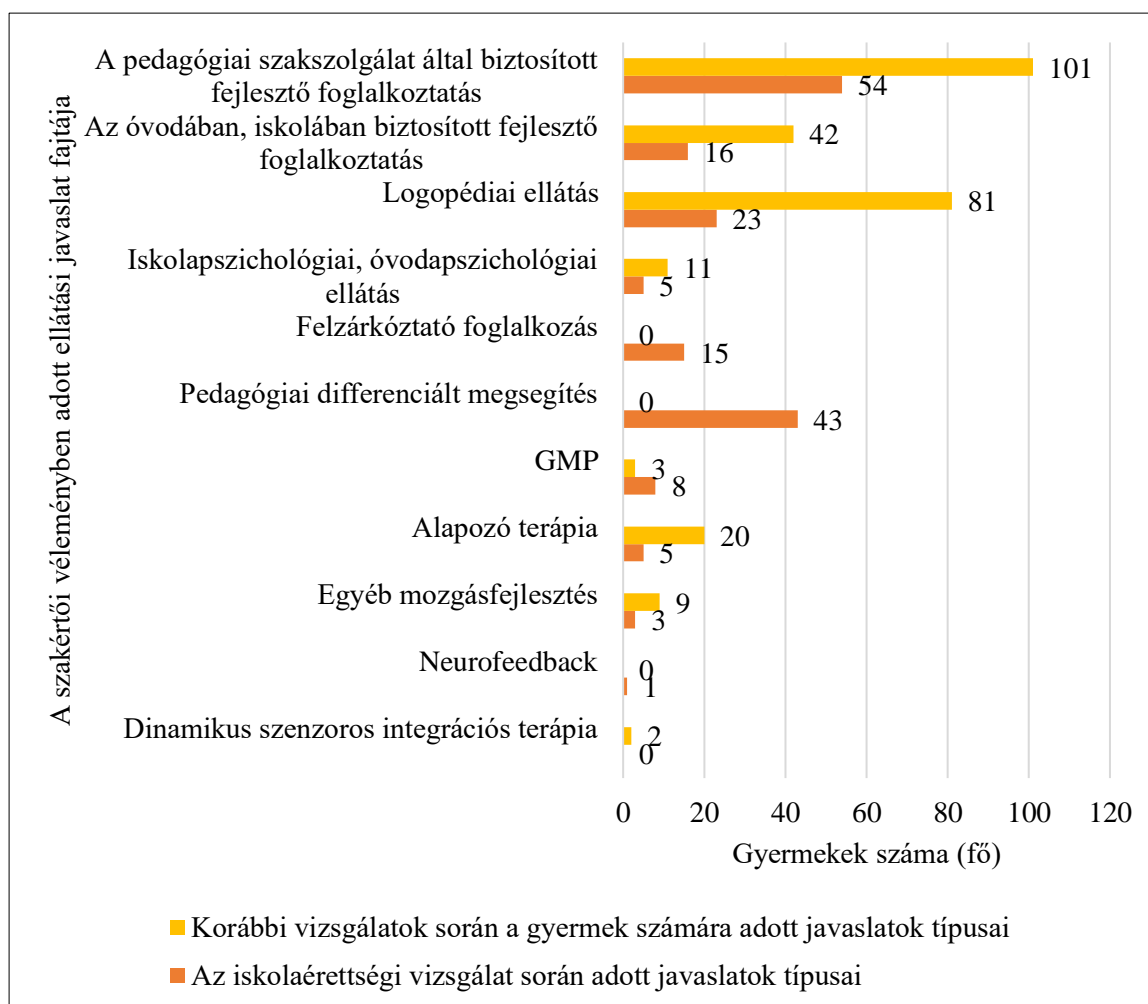
A mozgás fejlesztése többféle ellátás keretében jelenik meg a pedagógiai szakszolgálati tevékenységben. KERÉKI és LANNERT hangsúlyozza a komplex gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás alkalmazásának nagy arányát az intézményekben (2009:160). Ehhez hasonlóan itt is ez a típusú ellátás volt a leggyakoribb. 70 gyermek fejlesztő foglalkoztatásra kapott javaslatot, amelynek része lehet a gyermekek igényeihez igazodva a mozgásos készségek fejlesztése is. Emellett speciális terápiák is támogatják ezt a területet. A leggyakrabban ajánlott speciális terápiák a GMP és az Alapozó terápiák voltak. Mozdásfejlesztést három esetben neveztek meg külön, illetve 4-4 esetben speciális terápiákat. Ez utóbbiak egyenlően oszlottak meg azok között a gyermekek között, akik a mozgásos készségek területen átlag alatti és akik átlagos teljesítményt mutattak.

A speciális terápiákra adott javaslatok alacsony száma miatt nem lehetett vizsgálni azok ajánlásával kapcsolatos tendenciákat, vagyis, hogy milyen képességprofilnál ajánlottak inkább fejlesztést, pedagógiai támogatást, vagy speciális terápiát. Lényegében az ajánlott ellátás típusának gyakorisági mutatói valamennyi képességprofilnál arányosan oszlottak meg, a speciális terápiák csoportjába azonban túl kevés eset tartozott a bonyolultabb statisztikai számítások elvégzéséhez.

A gyermekek körében voltak, akik már az iskolaérettségi vizsgálat előtt is részt vettek mozgásfejlesztésben, mozgásterápiában. Az összegyűjtött adatok alapján a fejlesztő foglalkozások tartalmára vonatkozó, részletesebb információkkal nem rendelkezem, ezért csak a speciális, terápiás ellátásában vizsgáltam a mozgásos készségek, mozgásfejlődés támogatására irányuló eljárásokat. Ugyanakkor feltételezhetően azokban az esetekben, amikor a gyermekek átlag alatti teljesítményt értek el a mozgásos területen, a fejlesztő foglalkozás keretében arra irányuló beavatkozás történt.

A vizsgált megyében az összesen előforduló négyféle terápia közül legnagyobb arányban a gyermekek az Alapozó terápián vettek részt, a mozgásfejlődés összességében nagyobb arányban jelent meg a többi terápiához képest. Míg mozgásos területre irányuló fejlesztésen, terápián a vizsgált gyermekek közül 31-en vettek részt, addig egyéb terápián csak négyen (Neurofeedback-tréning, illetve a beszédészlelés és beszédmegértés terápiája).

Egyéb mozgásfejlesztések között a (gyógy)úszás és a lovaglás szerepelt egy-egy gyermek számára korábbi javaslatként, a Dévény-torna 2 gyermeknek, illetve mozgásfejlesztő foglalkozások 4 gyermeknek volt ajánlott az iskolaérettségi vizsgálatot megelőzően.



19. ábra: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek számára ajánlott ellátási formák típusai (saját ábra)

Járásonként eltérő arányban jelentek meg a különböző mozgásterápiák javaslatai (8.táblázat).

A terápia típusa	Alapozó terápia		Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia		Gyógypedagógiai lovaglás		Gyógyúszás/úszás/HRG	
	Javasolt (fő)	Elérhető-e az intézményben?	Javasolt (fő)	Elérhető-e az intézményben?	Javasolt (fő)	Elérhető-e az intézményben?	Javasolt (fő)	Elérhető-e az intézményben?
Egri járás	16	igen	0	igen	0	nem	0	nem
Füzesabonyi járás	2	igen	2	igen	0	nem	0	nem
Gyöngyösi járás	3	igen	0	nem	1	nem	0	nem
Hatvani járás	0	nem	0	nem	0	nem	2	igen
Hevesi járás	3	igen	0	nem	0	nem	0	nem
Pétervásárai járás	1	nem	0	nem	0	nem	0	nem

8.táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek számára javasolt mozgásterápiás eljárások elérhetősége Heves megye pedagógiai szakszolgálati intézményeiben, járásonként (saját)

A 8. táblázatban összesítettem, hogy a vizsgált dokumentumok alapján hány gyermek számára volt javasolt egy-egy speciális mozgásterápia, illetve, hogy van-e annak ellátásához megfelelő végzettséggel rendelkező szakember az intézményben⁴⁸. A legtöbb esetben az intézményben rendelkezésre állt az adott terápiát ismerő szakember, így a javasolt fejlesztés, terápia biztosítása is megoldott volt, de előfordult, hogy a gyermek számára javasolt terápiát az intézményben dolgozók közül nem volt, aki elvégezte volna. A kapott eredményekből az a következtetés vonható le tehát, hogy nem csak akkor került javaslatra egy-egy terápia, amikor azt biztosítani tudó szakember is volt közvetlenül a pedagógiai szakszolgálatban is, ami arra utal, hogy a gyermek szükséglete élvezett előnyt a terápia típusának meghatározásakor. Annak feltérképezéséhez, hogy a pedagógiai szakszolgálati intézményen kívül hogyan biztosítható ingyenesen az adott terápia, nem csupán a pedagógia szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak végzettségére, hanem az intézménnyel együttműködő szervezetekre is rálátásra lenne szükség: például más szervezetekkel való együttműködésre, az óvodákban, iskolákban elérhető eljárásokra.

VII.1.7. Részösszegzés

A gyermekek számára az iskolaérettségi vizsgálat során is van arra tehát példa, hogy valamilyen ellátás kerül javaslatra számukra: a pedagógiai szakszolgálat tevékenységi körébe tartozó ellátások (pl. óvoda- és iskolapszichológiai ellátás, nevelési tanácsadás keretében fejlesztő foglalkoztatás), illetve speciális terápiák is akár. Az elemzés során arra kerestem választ, hogy milyen arányban javasolt a gyermekek számára a mozgásfejlesztés, mozgásterápia az iskolaérettségi vizsgálatához kapcsolódva. 99 olyan gyermek volt, aki a mozgásos készségek területen átlag alatti szint alatt teljesített, ebből 23, akinek teljesítménye extrém alacsony volt a mérőeszköz teljesítménybesorolása alapján.

H.I.3.1. A gyermekek teljesítménye elmaradásának mértékétől függően kapnak javaslatot: enyhébb elmaradás esetén mozgásfejlesztésre, súlyosabb esetben mozgásterápiás ellátásra.

Sajnos arra vonatkozóan, hogy az ajánlott fejlesztés vagy terápia milyen képességprofil esetén volt inkább javasolt, nem kaptam megfelelő eredményeket az alacsony mintaelemszám miatt. Mivel a 291 gyermek közül 7 esetében fordult elő javaslat mozgásterápiára, 70 esetben

⁴⁸ Az itt feltüntetett adatok a Heves megyei intézményekben végzett felmérés eredményei, amely során a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek mozgásterápiás végzettségének összegyűjtése történt. Részletesen lásd 31. ábra.

mozgásfejlesztést is tartalmazó gyógypedagógiai terápiás gondozásra, az aránytalanság miatt statisztikai elemzésre nem kerülhetett sor. A hipotézis igazolásához további vizsgálat javasolt.

H.I.3.2. A gyermekek számára javasolt ellátásban a komplex gyógypedagógiai fejlesztés jelenik meg legnagyobb arányban, a speciális mozgásterápiák a gyermekek szűk köre számára kerülnek ajánlásra.

A vizsgált gyermekek közül 146-an kaptak javaslatot valamilyen ellátásra, ellátásokra: fejlesztő foglalkoztatásra, terápiákra, esetleg a pedagógiai kompetenciakörbe tartozó megsegítés formáira. Speciális terápiákat 14 gyermek számára javasoltak, ami az összes javasolt ellátás 9,5%-a volt. Ennek is csupán a fele volt mozgásfejlesztésre, mozgásterápiára irányuló ajánlás. Elmondható, hogy KERÉKI és LANNERT (2009) kutatási eredményeihez hasonlóan a fejlesztő foglalkoztatás javaslata jelent meg legnagyobb arányban, 70 gyermek esetében, amely a mozgásfejlesztést is tartalmazza/tartalmazhatja a gyermek szükségletétől függően. A gyermekek csekély száma kapott javaslatot a mozgás fejlesztésére, terápiájára: az Alapozó terápia 5 gyermek, más mozgásfejlesztés 3 gyermek számára volt ajánlott. A hipotézis ezek alapján igazoltnak mondható.

H.I.3.3. A gyermekek számára az intézményekben foglalkoztatott szakemberek végzettségének megfelelő mozgásterápiákat javasolnak.

További kérdés volt, hogy milyen típusú terápiák igénybevételére mutatkoznak igények az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek körében. A gyermekek az Alapozó terápia és a Gósy Mária által kialakított beszédpercepciós tréning alkalmazására kapták a legtöbb alkalommal a javaslatot az iskolaérettségi vizsgálat során, de azok körében, akik már eddig is részesültek valamilyen terápiás ellátásban, nagy számban megjelentek más mozgásfejlesztési javaslatok (pl. gyógypedagógiai lovaglás, gyógyúszás), illetve néhány esetben a Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia. Az intézményekben foglalkoztatottak képzettségének elemzése során azt kaptuk, hogy a legtöbb esetben a tagintézményben közvetlenül elérhető az a terápia, amelyre a gyermekek javaslatot kaptak, de előfordult olyan javaslat is, amelyet más szervezés formájában tudtak csak biztosítani (pl. a gyógypedagógiai lovaglás).

Összességében elmondható, hogy a mozgásterápiákra adott javaslatok csak kismértékben kaptak teret az iskolaérettségi vizsgálatok során, ugyanakkor a gyermekek szükségletei indokolták ezek igénybevételét.

VII.2. A MOZGÁSFEJLESZTÉS, A MOZGÁSTERÁPIÁS ELJÁRÁSOK ELÉRÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATI INTÉZMÉNYEKBEN

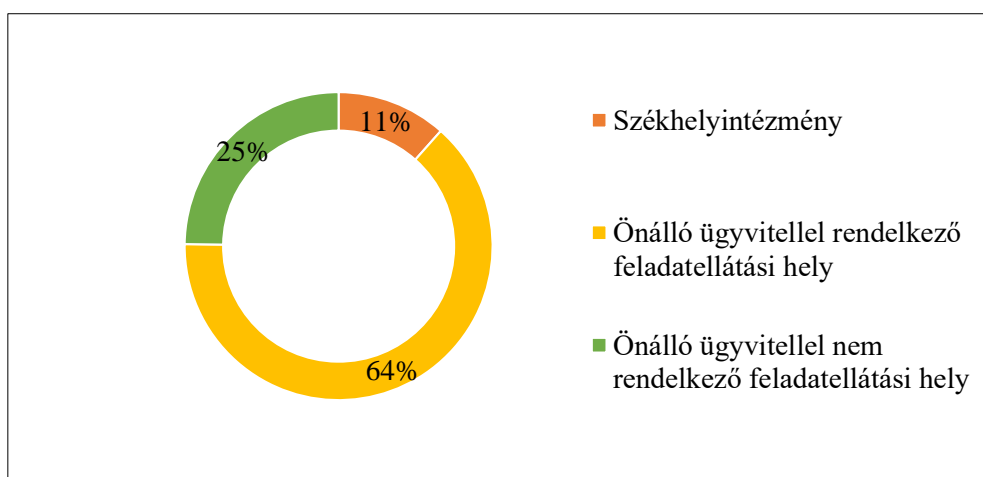
A következőkben a pedagógiai szakszolgálati intézmények országos felméréseinek eredményeit mutatom be, amelyekhez azonban szükséges az intézmény szerkezetének, a kutatás időpontjában aktuális adatainak bemutatása. Ennek keretében az intézmények száma, a foglalkoztatottak létszáma, típusai, országos megoszlásának adatait is közlöm. Ezt követően kerül sor a kutatási kérdéseknek megfelelő három témakörben kapott eredmények ismertetésére.

VII.2.1. A pedagógiai szakszolgálati intézmények jellemzői az adatszolgáltatás során gyűjtött adatok szerint

VII.2.1.1 *A pedagógiai szakszolgálati intézmények ügyvitele szerinti megoszlása*

A köznevelési információs rendszerben (KIR) tárolt adatok alapján a pedagógiai szakszolgálati feladatot ellátó intézmények létszámát, valamint annak megyei és regionális eloszlását elemeztem a fenntartó típusainak és a pedagógiai szakszolgálat ügyvitele szerint. Az leíró statisztikai elemzés során kapott adatokat a következő ábrák segítségével szemléltetem.

A lekérdezés időpontjában (2018. július) összesen 355 pedagógiai szakszolgálati intézményt tartottak számon: 41 székhelyintézményt és 226 önálló ügyvitellel rendelkező feladatellátó helyet. Összesen 88 önálló ügyvitellel nem rendelkező intézmény volt ezeken kívül (20. ábra).

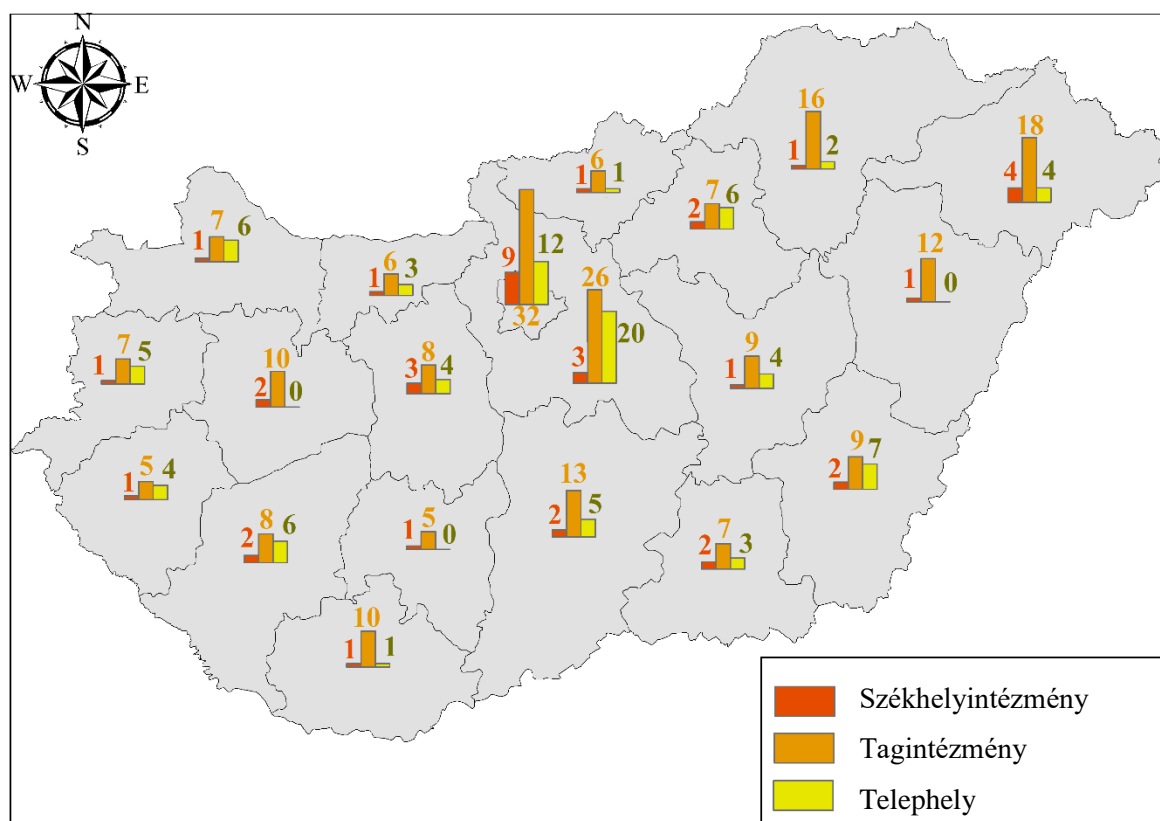


20. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézmények ügyvitel szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

VII.2.1.2 A pedagógiai szakszolgálati intézmények intézménytípus szerinti területi megoszlása

A pedagógiai szakszolgálat háromféle intézménytípusát azok megnevezései alapján azonosítottam a KIR adatbázisa szerinti adatok feldolgozásával. Az intézménynév alapján történő típusazonosítás a tankerületi központ által fenntartott intézmények esetében volt egyértelmű. E szerint 41 székhelyintézmény, 93 telephely szerepelt az adatbázisban. Minden egyéb intézményt (221 db) összefoglalóan tagintézményként azonosítottam (függetlenül a fenntartótól). Ez az adatsor az ügyviteli tevékenységgel közel azonos eredményeket mutatott⁴⁹. Az ügyviteli tevékenység alapján, valamint a név szerinti szűréssel megállapított intézménytípus szerinti elemzés eredményeinek hasonlósága miatt a kutatásban tagintézmény alatt azokat az intézményeket értem, amelyek nem székhelyintézmények, valamint nem szerepel a nevükben a telephely megnevezés.

Az intézmények intézménytípus szerinti megoszlását megyei bontásban a 21. ábra mutatja.



21. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézmények intézménytípus szerinti megoszlása, megyénként (KIR, 2018. július)⁵⁰ (saját ábra)

⁴⁹ A két adatsor között 5 intézmény esetében tapasztaltunk eltérést; ezek olyan telephelyek, amelyek önálló ügyvitellel rendelkeznek.

⁵⁰ Forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.

VII.2.1.3 *A pedagógiai szakszolgálati intézmények fenntartók szerinti megoszlása*

A pedagógiai szakszolgálati intézmények nagy része a fenntartó szempontjából a tankerületi központokhoz tartozik. A gyakorisági mutatók alapján elmondható, hogy az intézmények fenntartói között csekély számban (az összes intézmény 11%-ában) az egyházak, valamint egyesületek és alapítványok által fenntartott intézmények fordulnak elő. Az intézmények fenntartóinak eloszlását a 9. táblázat foglalja össze annak gyakorisága alapján.

Az intézmények fenntartó szerinti eloszlása

A fenntartó típusa	Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság
közhasznú nonprofit korlátolt felelősségű társaság	1	,3
közhasznú alapítvány	2	,6
nonprofit korlátolt felelősségű társaság	2	,6
állami felsőoktatási intézmény	6	1,7
alapítvány	7	2,0
egyesület	8	2,3
egyházi jogi személy	13	3,7
tankerületi központ	316	89,0
Összes intézmény száma	355	100,0

9. táblázat: Az intézmények fenntartók szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12) (saját)

VII.2.2. A vizsgálati minta

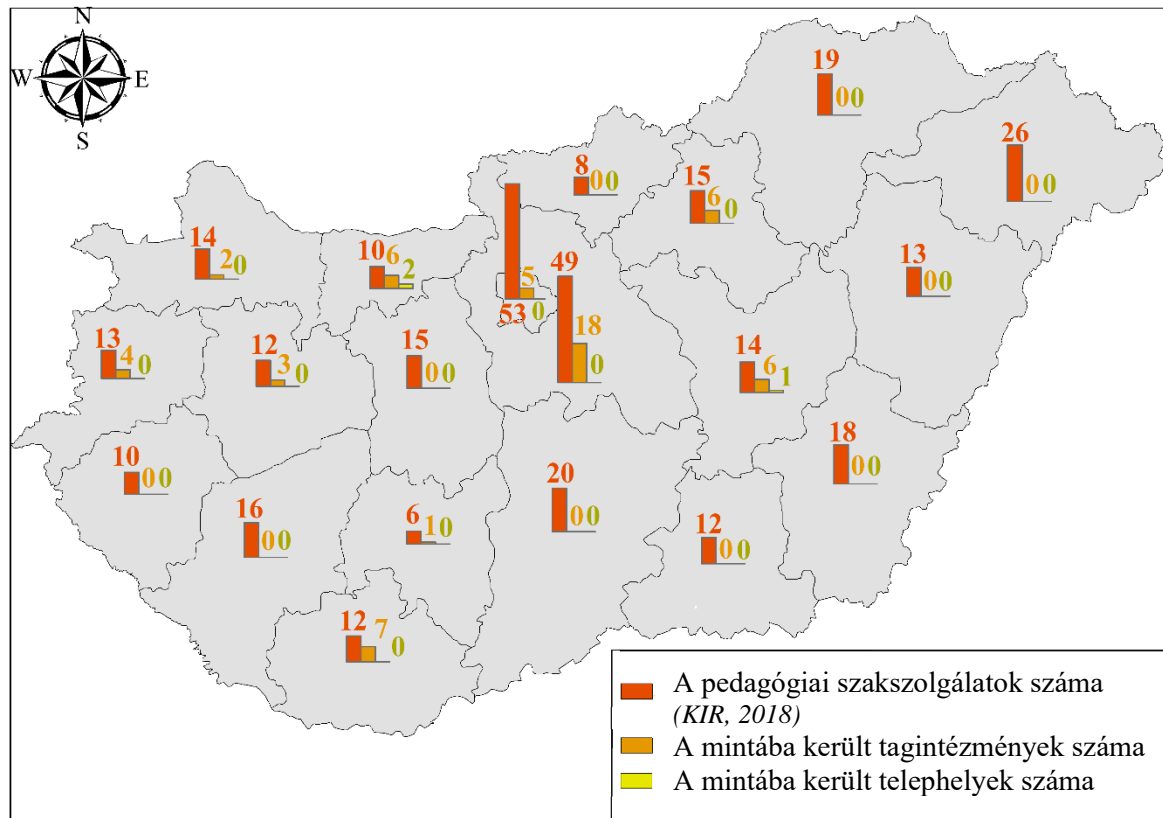
VII.2.2.1 *A pedagógiai szakszolgálati intézmények kiválasztása*

A kutatásban megkeresett valamennyi pedagógiai szakszolgálati feladatot ellátó intézmény a kért adatok visszaküldése révén kerülhetett a mintába. Az összesítés szerint 61 intézményből érkeztek vissza adatok. Az intézmény típusa szerint (székhely, tagintézmény vagy telephely) elsősorban a tagintézmény típusú intézmények alkották az adatok visszaküldőinek körét. Három esetben érkeztek adatok telephelyről (Jász-Nagykun-Szolnok megyéből egy és Komárom-Esztergom megyéből két intézménytől). (22. ábra) Így a kutatás eredményei a Magyarországon működő pedagógiai szakszolgálati intézmények szempontjából 17%-os, a tankerületi központok által fenntartott pedagógiai szakszolgálati intézmények szempontjából 19%-os válaszadási aránnyal reprezentatív.

Az intézményeket érintő kutatási kérdések megválaszolásánál az eredmények intézménytípus szerinti elkülönítésére törekedtem. Ugyanakkor a kutatás többi forrásával való összevethetőség érdekében (vagyis a KIR adatszolgáltatásából származó, illetve a 15/2013. (II.

26.) EMMI rendeletben becsült szakemberlétszámok) a szakemberek létszámára vonatkozó adatokat és következtetéseket az intézménytípus szerinti differenciálás nélkül közlöm.

A mintába került intézmények területi (megyei szintű) megoszlását a 22. ábra mutatja be, amelyen feltüntettem a mintába bekerült intézményeket az intézménytípus szerint.



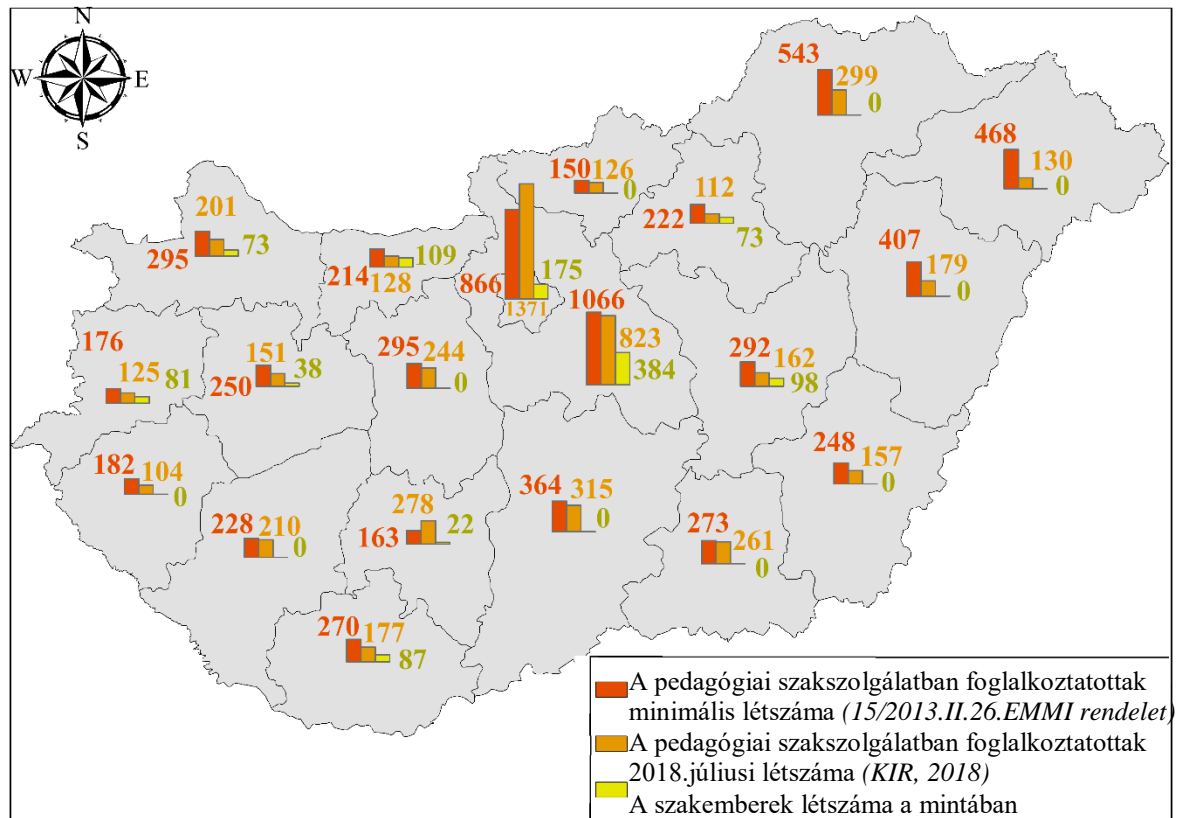
22. ábra: A mintába került intézmények a pedagógiai szakszolgálati intézmények számához viszonyítva, megyénként (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

VII.2.2.2 A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek létszáma a mintában

A kutatási mintát azok a szakemberek alkotják, akik az adatokat beküldő intézményekben dolgoztak a kutatás idején. A következő ábrán (23. ábra) a szakemberek létszámának megyei összesítését mutatom be.

Az ábrán megyénként látható az a létszám, amelyet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 7. melléklete előír a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottakkal kapcsolatban. A létszámadatokról látszik, hogy a minimális létszámelvárásokhoz képest 1419 személlyel kevesebb szakembert tartottak számon a KIR adatbázisában, a vizsgált időszakban. Bár a hiány okainak, valamint az időbeli változásainak feltárása túlmutat a dolgozat keretein, fontos megjegyezni, hogy nyilvánvalóan a különböző feladatkörök ellátását, a megfelelő szakértelem eloszlását is befolyásolja ez a jelenség. A kutatásban ezért a rendeletben előírt minimális létszámok helyett a tényleges szakember-ellátottsághoz igazítva végeztem a számításokat.

A diagram második (narancssárga színnel jelölt) oszlopának értéke azt mutatja meg, hogy a KIR adatbázisában hány szakembert tartottak számon a lekérdezés időpontjában. A harmadik érték a mintát alkotó 61 intézményben foglalkoztatott szakemberek létszámából került kiszámításra. Azt mutatja meg, hogy az adatokat visszaküldő 61 intézményben – megyénként – hány szakembert foglalkoztatnak jelenleg. Az eredmények kiszámításához alapul vett adatok lekérési időpontja (2018. július) a mozgásterápiás végzettségekkel kapcsolatos adatgyűjtéshez közel esett (2018. május), így a két adatsort összevethetőnek ítélem.



23. ábra: A mintába került szakemberek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak számához viszonyítva, megyénként (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12. és a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet) (saját ábra)

A kutatási mintába tehát a 61 intézményben dolgozó szakember került be, vagyis 1140 személy. Ez a létszám a pedagógiai szakszolgálati intézményekben összesen jelenleg foglalkoztatott szakemberek 20,52%-a, azok a szakemberek, akiről a kutatás során megtudtuk, hogy rendelkeznek-e mozgásterápiás képzettséggel, vagy sem.

A mintába került intézmények megyei eloszlása szerint összesítésre kerültek az intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámai (10. táblázat). A következtetések megfogalmazásához azonban fontos megvizsgálni az adatokat küldő intézmények arányát a megye többi intézményéhez és a szakemberek létszámához képest.

Megye	A megyében foglalkoztatottak száma az összes pedagógiai szakszolgálati intézményben (fő) (KIR, 2018. július)	A mintába került intézményekben foglalkoztatottak létszáma (fő)	A minta aránya a megye létszámadataihoz viszonyítva (%)
Bács-Kiskun megye	315	n.a.	-
Baranya megye	177	87	49,15
Békés megye	157	n.a.	-
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	299	n.a.	-
Budapest	1371	175	12,76
Csongrád megye	261	n.a.	-
Fejér megye	244	n.a.	-
Győr-Moson-Sopron megye	201	73	36,31
Hajdú-Bihar megye	179	n.a.	-
Heves megye	112	73	65,17
Jász-Nagykun-Szolnok megye	162	98	60,49
Komárom-Esztergom megye	128	109	85,15
Nógrád megye	126	n.a.	-
Pest megye	823	384	46,65
Somogy megye	210	n.a.	-
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	278	n.a.	-
Tolna megye	125	22	17,6
Vas megye	151	81	53,64
Veszprém megye	104	38	36,53
Zala megye	130	n.a.	-

10. táblázat: A minta aránya a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek megyei létszámához viszonyítva (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)

A táblázatból kiolvasható, hogy a mintába került intézményekben gyűjtött adatok milyen arányban tükrözik a megye összes intézményében foglalkoztatottak számát. Ez alapján a tíz megyében, ahonnan adatokat küldtek vissza az intézmények, a foglalkoztatottak 33,98%-ról kaptunk információkat mozgásterápiás képzettséggel kapcsolatban. A többi megyéből nem érkeztek vissza adatok, ezért azok esetében csak a foglalkoztatottak KIR-ben szereplő létszámát közlöm.

Elmondható továbbá, hogy átlagosan a konduktorok létszáma a mintába került intézmények esetében – megyénként természetesen eltérő arányszámok mellett – a megyékben foglalkoztatott konduktorok létszámának 54%-a, míg ez az arány a gyógytestnevelő tanárok esetében átlagosan 53%, a gyógytornászoknál 17% és a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok 43%-a.

VII.2.3. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek jellemzői

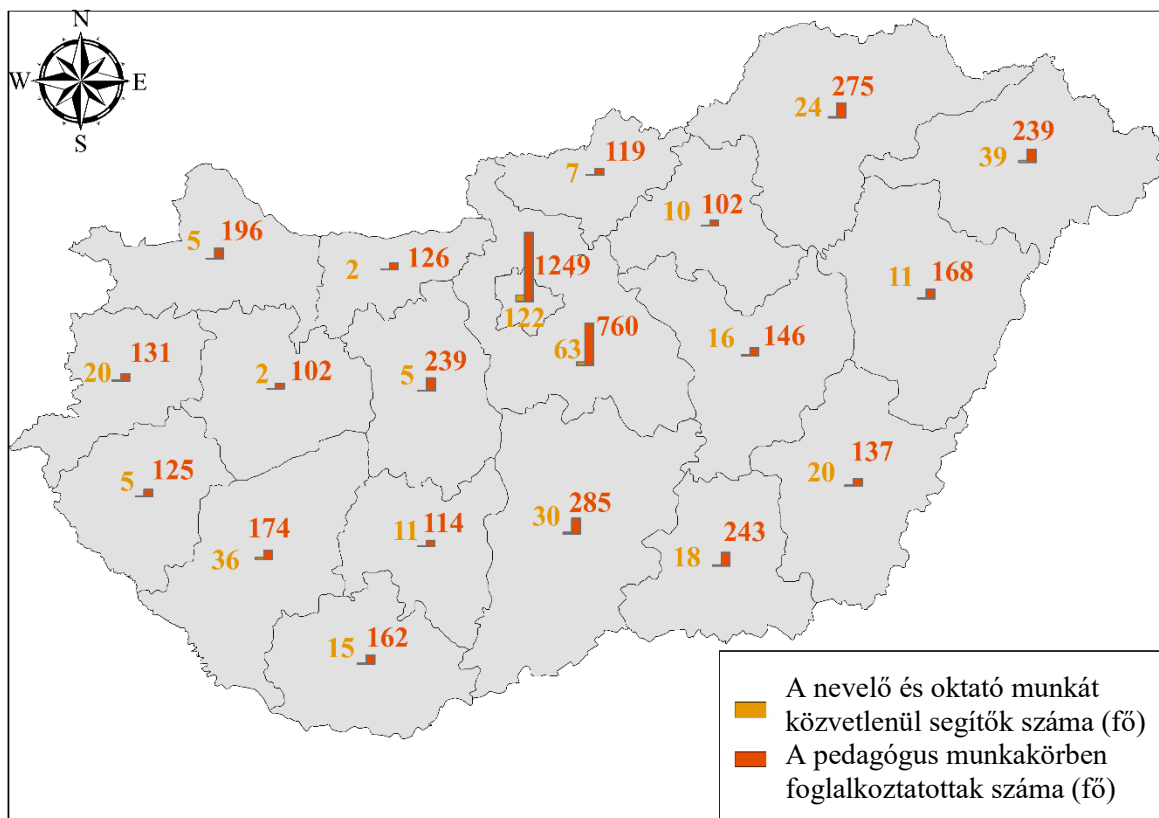
A pedagógiai szakszolgálati intézmények működését meghatározó rendelet⁵¹ előírja megyénként és tevékenységi körönként a foglalkoztatott szakemberek minimális létszámát (lásd 23. ábra). Az előírások részletes bemutatását lásd az „V.1.3. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak” fejezetben. A szakemberek létszámára vonatkozóan ehhez viszonyítva mutatom be a köznevelési információs rendszerben (KIR) szereplő adatok feldolgozása során kapott eredményeket.

VII.2.3.1 A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszáma és munkakörének típusa

A minta bemutatásánál részletes ismertetésére került az intézményekben foglalkoztatott szakemberek megyei megoszlása, valamint viszonyítása az országos minimális irányszámokhoz. (10. táblázat) Az 24. ábra munkakör szerinti bontásban mutatja az intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámát.

A kutatás fogalomhasználatánál alapvetően törekedtem a Nemzeti köznevelési törvény meghatározásaival való összhangra. A pedagógiai szakszolgálatban a szakemberek munkakör szerinti megkülönböztetése a gyermekekkel végzett munkájuk jellegét tekintve fontos információkat szolgáltat. A pedagógus munkakörben foglalkoztatott szakemberek azok, akik a törvény szerint végzett oktató-nevelő munkája a „[...] pedagógiai szakszolgálat keretében gyermekekkel, tanulókkal való pedagógiai célú közvetlen foglalkozás” (Nkt. 61. § (1)). Ebből fakadóan a kutatás is inkább rájuk fókuszál. Felmerül azonban bizonyos nevelő-oktató munkát közvetlenül segítő végzettségek figyelembevétele is (pl. gyógytornászok), amelyek bár nem pedagógiai céllal, de nyilvánvalóan foglalkoznak a gyermekekkel, amely munkájukban a mozgásterápiás képzettségük alkalmazható. Így, mivel a szakértelem megléte a szakember munkaköri feladataitól független, a kutatási kérdések szempontjából a két munkakör szerinti különbségtételtől a mozgásterápiás képzettségek vizsgálatánál eltekintek.

⁵¹ A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

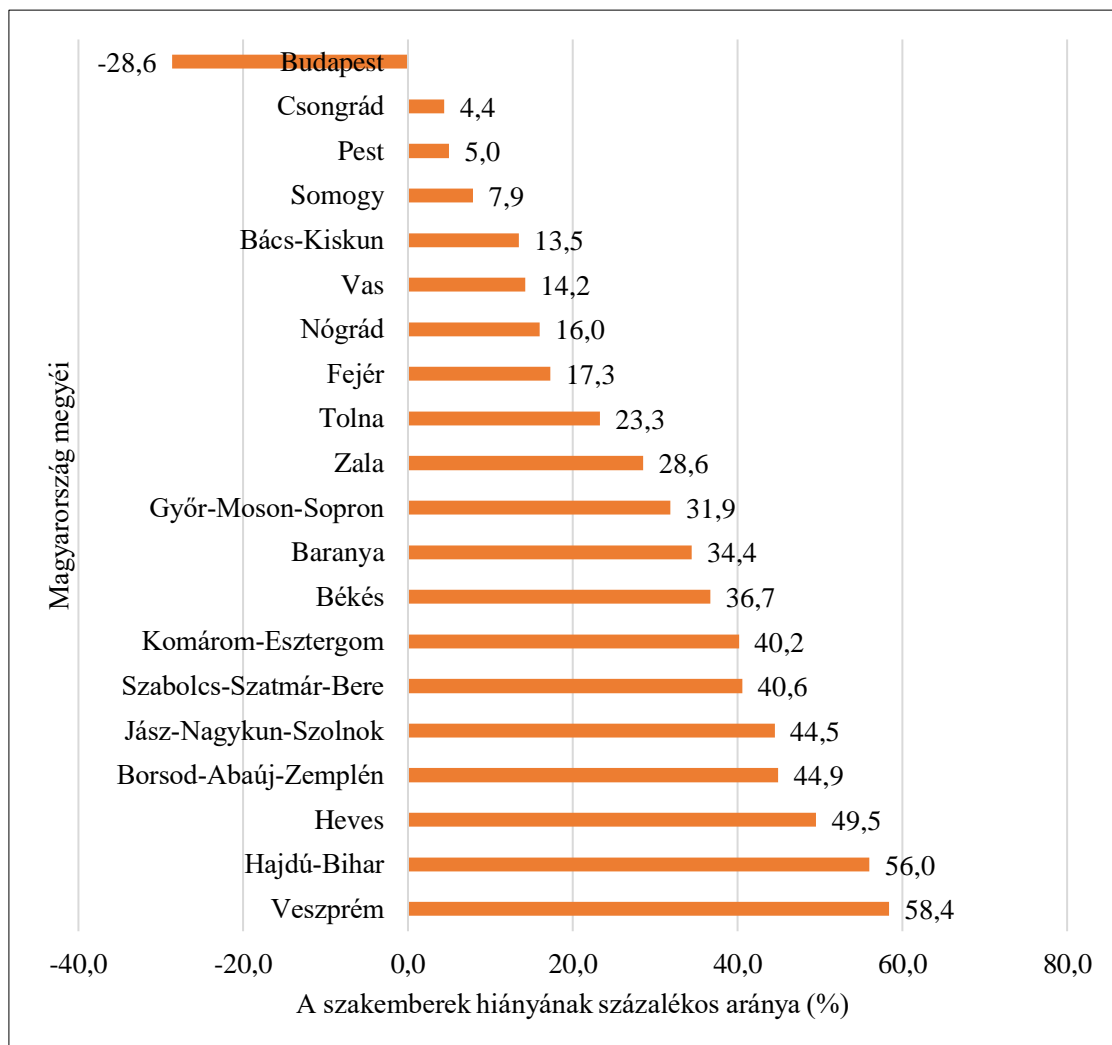


24.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak munkakör szerinti megoszlása, megyénként (KIR, 2018. július) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

A Rendeletben meghatározott megyei szakemberekre vonatkozó létszámjavaslatok háttérének megismeréséhez korrelációs számítást végeztem, ahol összevettem a szakemberek minimális létszámára vonatkozó ajánlást a megye méretével. A 218/2012. (VIII. 13.) Kormányrendelet alapján meghatározott járások számával vettem össze. Az összevetés eredményeként megállapítható, hogy pozitív, igen szoros összefüggés tapasztalható a két adatsor között, vagyis a járások számához igazodik a szakemberek tervezett létszáma ($r = 0,963$, $p < 0,005$).

VII.2.3.2 *A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak tényleges létszáma*

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámára vonatkozó adatok alapján megállapítható volt, hogy számos szakember hiányzik a rendszerből. A hiányzó szakemberek létszámát megyei bontásban a következő táblázatban mutatom be, a hiány százalékos arányának sorrendjében.



25.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekből hiányzó szakemberek megyei összesítése a hiány százalékos arányának sorrendjében (saját ábra)

Ahogy a 25. ábrán látható, vannak olyan megyék (Pest, Csongrád és Somogy megye), ahol a Rendelet által megszabott szakemberlétszámokhoz képest néhány százalékos hiánnyal számolhatunk (<10%). Emellett azonban jóval nagyobb, 7 megye esetében 40%-nál magasabb a szakemberek hiánya. Budapest esetén viszont a minimális létszámnál többel számolhatunk (ennek értéke 28,6%). Kíváncsi voltam, hogy a szakemberek hiánya összefüggést mutat-e azzal, hogy mely földrajzi területen található. A kutatásban az egy főre jutó bruttó hazai termék értékével (2017-es évre vonatkozóan), valamint a megyében hiányzó szakemberek létszámával korrelációs számítást végeztem. Összefüggés azonban nem volt kimutatható a két adatsor között ($r = -0,137$, $p = 0,553$) (lásd 11. táblázat).

A 11. táblázat a keresztábra elemzés eredményeit mutatja, amelyben Pearson-korreláció kiszámítására került sor. A táblázatban leolvasható az egyes tényezők közötti összefüggést mutató korrelációs együttható értéke a hozzá tartozó szignifikancia értéke mellett. A táblázat

oszlopait és sorait alkotó tényezők, amelyek között összefüggést kerestem, a következők voltak: az intézményekben foglalkoztatottak tényleges létszáma a KIR adatbázisa alapján végzett számítások alapján, a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletben meghatározott minimális szakemberlétszámok, az egy főre jutó bruttó hazai termék értéke a 2017-es KSH-adatok alapján, illetve a 6. ábrán szemléltetett, az egyes megyékben kimutatott szakemberhiány értékei.

A szakemberek hiányával szoros pozitív korrelációt mutatott a ténylegesen foglalkoztatottak száma, valamint igen szoros összefüggést a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletben foglalt minimális létszám is (lásd 11. táblázat.) A szignifikancia értéke alapján az összefüggés nem a véletlennek köszönhető.

A szakemberek tervezett, tényleges létszáma, valamint a hiányzó szakemberek száma közötti összefüggés vizsgálatának eredményei

		Ténylegesen foglalkoztatottak száma (fő)	Egy főre jutó GDP összege 2017-ben (ezer ft) <i>Forrás: KSH</i>	A megyében minimálisan foglalkoztatottak száma (fő) <i>Forrás: 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet</i>	Hiányzó szakemberek száma (fő)
Ténylegesen foglalkoztatottak száma (fő)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 21	,290 21	,994** 21	,849** 21
Egy főre jutó GDP összege 2017-ben (ezer ft) <i>Forrás: KSH</i>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,290 21	1 21	,206 21	-,137 21
A megyében minimálisan foglalkoztatottak száma (fő) <i>Forrás: 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet</i>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,994** 21	,206 21	1 21	,903** 21
Hiányzó szakemberek száma (fő)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,849** 21	-,137 21	,903** 21	1 21

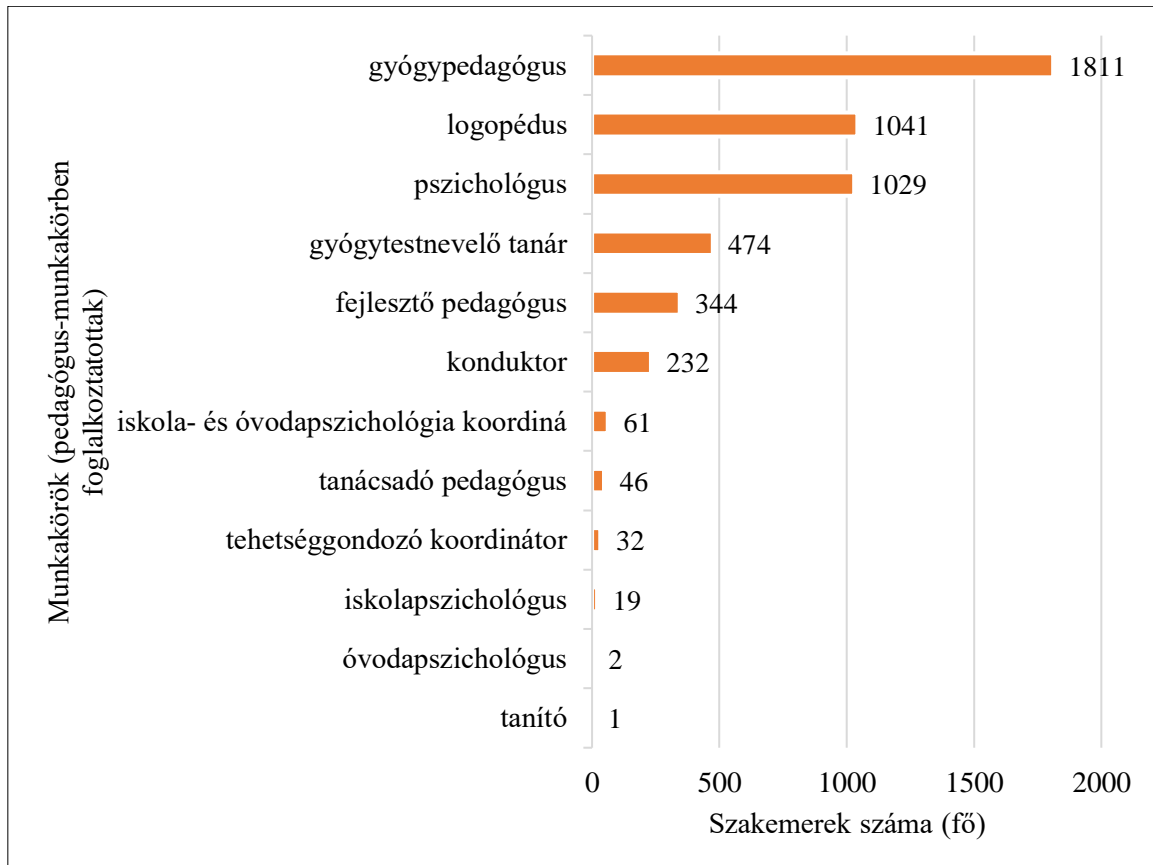
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

11. táblázat: korrelációs mátrix a pedagógiai szakszolgálati intézményekben megyénként foglalkoztatott szakemberek létszámai és a megyében egy főre jutó bruttó hazai termék között (saját)

VII.2.3.3 A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek munkaköre

A szakemberek végzettségére vonatkozó adatokat külön mutatom be aszerint, hogy pedagógus vagy nem pedagógus munkakörben dolgoznak. Így jól láthatóak az egyes munkakörtípusokhoz tartozó munkakörök. A 26. ábrán látható a pedagógus munkakörben foglalkoztatottak (5092 fő) országos, munkakörök szerinti megoszlása.

A különféle munkakörök megyei megoszlását a melléklet tartalmazza (Melléklet 10.).

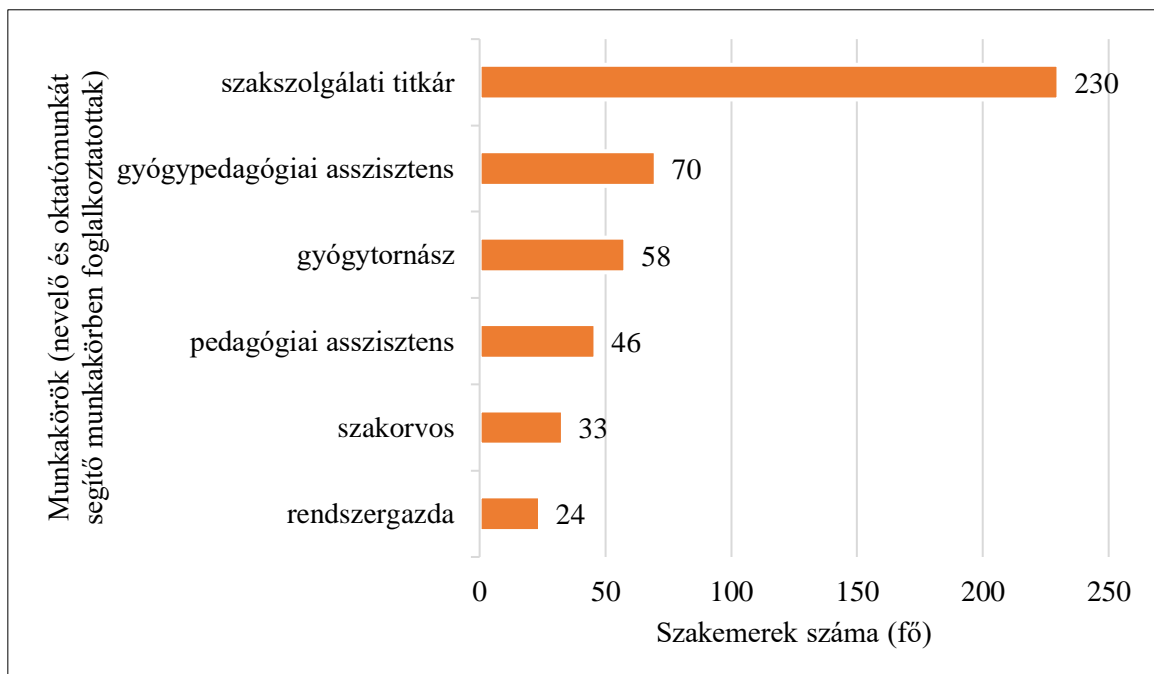


26.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben pedagógus munkakörben foglalkoztatott szakemberek munkakör szerinti megoszlása (saját ábra)

A szakemberek ajánlott létszámai a 6307 és 665, amelyek esetén látható a pedagógus munkakörben alkalmazottak közel 20%-os elmaradása, valamint a nem pedagógus munkakörben alkalmazottak 38%-os hiánya. Természetesen ezek a hiányok a különféle pedagógiai szakszolgálati feladatok területén lennének jobban követhetők. A rendelkezésre álló adatok alapján a gyógytestnevelés esetében lehetett pontosan azonosítani a feladat ellátásához tartozó munkakört (gyógytestnevelő tanár), ezért a Rendeletben meghatározott létszámmal összehasonlítható volt. A gyógytestnevelés feladata esetében összesen 761 fővel számol a Rendelet, de csak 474 gyógytestnevelő tanár volt nyilvántartva a KIR adatbázisában. A konduktív pedagógia esetén (amelyet konduktor végzettségű szakemberek láthatnak el),

alapvetően valamivel többen voltak foglalkoztatva a vizsgált időszakban, mint ehhez a feladathoz tervezett létszám (198 fő). Mivel ők azonban többféle feladatkört ellátásában is részt vesznek (a Rendelet alapján a szakértői bizottsági tevékenység és korai fejlesztés és gondozás területén is érintettek), így az eloszlásuk kiszámításához szükséges lenne az általuk ellátott pedagógiai szakszolgálati feladatok (és esetleg a feladat ellátása időkereteinek) ismerete személyenként.

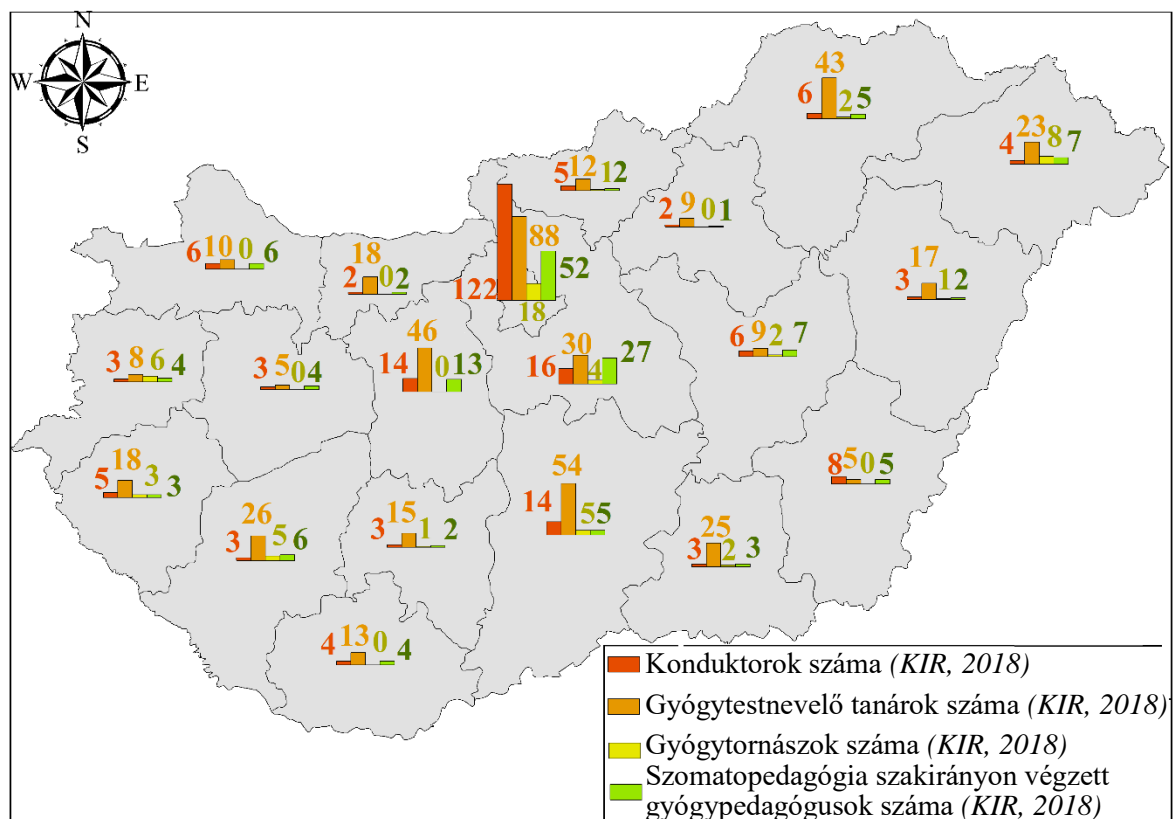
A nem pedagógus munkakörben alkalmazott szakemberek munkakör szerinti megoszlását a 27. ábra mutatja be. A 416 szakemberekből 12,6% gyógytornász (58 fő), valamint gyógypedagógiai vagy pedagógiai asszisztens munkakörökben összesen 116 fő volt a vizsgált időszakban alkalmazásban, ami a nevelő-oktató munkát közvetlenül segítő munkakörökben foglalkoztatottak 25,2 %-a.



27.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő munkakörben foglalkoztatott szakemberek munkakör szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

VII.2.3.4 *Mozgásfejlesztést végző szakemberek létszáma a pedagógiai szakszolgálatban*

A pedagógiai szakszolgálati feladatok ellátásánál kiemelten két alapvégzettség jelent meg az adatgyűjtés során, amelyekről a pedagógiai szakszolgálatok mozgásfejlesztő/mozgásterápiás eljárásként definiáltak: a konduktor és a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus. Ezeket kiegészítve mutatom be a pedagógiai szakszolgálati intézményekben a mozgás fejlesztésével/vagy a mozgásos tevékenységekre alapozott fejlesztés területén szakterületi ismeretekkel rendelkezők létszámát. A diagramon jelzem a KIR adatbázisában szereplő megyei létszámadatokat, valamint a gyógytestnevelés és a konduktív pedagógia feladatokhoz tartozó rendeleti létszámokat is feltüntettem viszonyítási pontként. (28. ábra)



28. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott mozgásfejlesztést végző szakemberek megyei megoszlása (2018. júliusban) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

Az adatok értelmezésénél tekintettel szükséges lenni a konduktorok esetében már említett tényezőre (lásd „VII.1. A mozgásfejlesztés, terápiák a szakszolgálatban” című fejezet), vagyis, hogy a KIR adatbázisában konduktor munkakörben foglalkoztatott szakemberek többféle pedagógiai szakszolgálati feladat ellátásában részt vesznek, ezért szakértelmük nem kizárólag a konduktív pedagógiai ellátás területére korlátozódik. Éppen ezért létszámuk nem egyezhet meg a Rendeletben a konduktív pedagógiai feladat ellátását végzők létszámával. Ez

magyarázhatja, miért látunk a KIR adatbázisa szerint több konduktor végzettségű szakembert a rendszerben, mint amennyivel a Rendelet alapján minimálisan biztosítható a konduktív pedagógiai ellátást.

Az intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámát tekintve szükséges feltenni azt a kérdést, hogy miként mutatkozik meg egy-egy pedagógiai szakszolgálati feladat ellátásában a szakemberek hiánya – vagy esetleg többlete és hogy az intézményrendszer, valamint egy-egy intézmény helyi szinten hogyan tudja kezelni ezt.

A kimutatásból látszik (12. táblázat), hogy van legalább megyénként egy-egy szomatopedagógia szakos gyógypedagógus, konduktor vagy gyógytestnevelő tanár. Gyógytornászok több megye esetén sincsenek az intézmény alkalmazásában. Az említett végzettségek különböző területeken vesznek részt a gyermekek mozgásfejlődésének támogatásában természetesen, így egymással nem helyettesíthetők.

	konduktorok száma (KIR, 2018. július)	konduktív pedagógia feladatot ellátók száma (7.sz. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez)	gyógytestnevelő tanárok száma (KIR, 2018. július)	gyógytestnevelés feladatot ellátók száma (7.sz. melléklet 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez)	gyógytornászok száma (KIR, 2018. július)	szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok száma (KIR, 2018. július)
Összeg	232	198	474	761	58	160
Átlag	11,6	9,9	23,7	38,05	2,9	8
Medián	4,5	9	17,5	29	1,5	4,5
Módusz	3	7	5	24	0	2
Szórás	26,31	4,50	20,48	26,29	4,26	11,80
Min.	2	6	5	16	0	1
Max.	122	23	88	115	18	52
<i>(a főváros adatai nélkül)</i>						
Összeg	110	175	386	646	40	108
Átlag	5,78	9,21	20,31	34	2,10	5,68
Medián	4	9	17	28	1	4
Módusz	3	7	5	24	0	2
Szórás	4,14	3,28	13,80	19,06	2,35	5,67
Min.	2	6	5	16	0	1
Max.	16	18	54	99	8	27

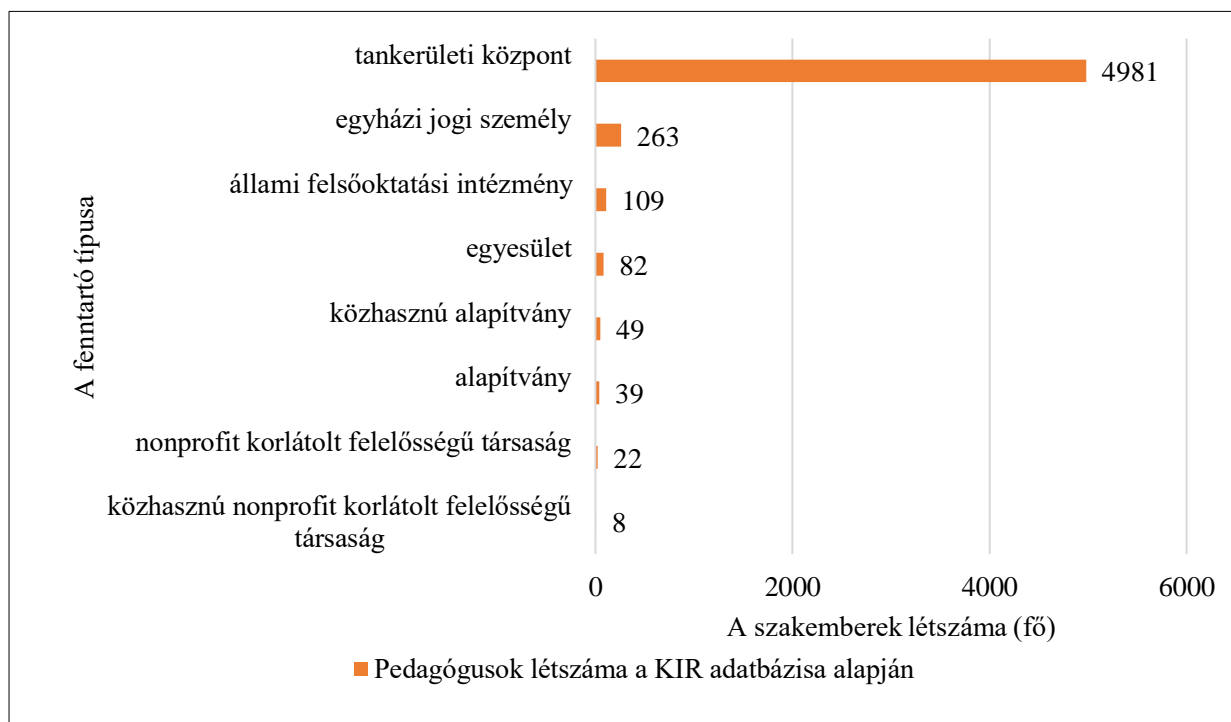
12. táblázat: A gyermekek mozgásfejlődésének támogatásában érintett, különböző alapvégzettségű szakemberek leíró statisztikai mutatói (saját)

A gyermekek mozgásfejlődésének támogatásában érintett különféle végzettségek előfordulási mutatói a 4. táblázatban kerülnek összegzésre. A fővároson kívüli közigazgatási egységek eloszlása alapján a gyógytestnevelő tanár munkakörben alkalmazottak átlagos létszáma a legnagyobb a kiemelték közül (20,31). A konduktor és a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok esetén megyénként, a magas szórásértékek az eloszlás egyenetlenségére hívják fel a figyelmet. Legkevesebb 1 szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus, 2 konduktor és 5 gyógytestnevelő érhető el megyénként átlagosan.

A medián és módusz segítségével kapott adatok pontosabb képet adnak a szakemberek létszámának eloszlásáról. Elmondható, hogy a leggyakrabban előforduló értéként 3 fő konduktor, a medián alapján 4-5 konduktor érhető el az intézményekben. A gyógytestnevelők létszáma a medián alapján 17-18 fő (módusz=5 fő), a gyógytornászok létszáma 1-2 fő, a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok létszáma pedig 4-5 fő intézményenként. A módusz alapján gyógytornász a legtöbb intézményben nem volt, a szomatopedagógusok száma is 2 fő volt.

VII.2.3.5 *A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek fenntartó szerinti létszáma*

A különböző pedagógiai szakszolgálati intézmények fenntartói a legnagyobb arányban a tankerületi központok a KIR adatbázisa elemzése alapján (29. ábra), a szakemberek 89%-a alkalmazott tankerületi központok által fenntartott intézményekben.



29.ábra: A szakemberek létszáma a fenntartók szerint (KIR, 2018. július) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)

VII.2.4. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek jellemzői

VII.2.4.1 *A mozgásterápiás képzettség meghatározása, az adatgyűjtés módja*

A mozgásterápiás képzettségekre vonatkozó kérdésekben az intézmények egy előre összeállított lista szerint adták meg a válaszaikat (*lásd Melléklet 2.*). A lista a mozgásra építő terápiás és fejlesztő módszereket tartalmazta a szakirodalomra alapozva. A képzettségek között a leggyakoribb eljárások szerepeltek, amelyet azonban az intézmények maguk is bővíthettek az általuk „mozgásfejlesztő, mozgásterápiás” eljárásoknak tartott módszerekkel. A kiegészítések egy részénél az intézmények valamely alapvégzettséget jelöltek meg (konduktív pedagógia, gyógytornász, vagy gyógypedagógus szomatopedagógia szakirányon). Mivel ezeket a végzettségeket a KIR adatbázisa is nyilvántartja és az adatbázisban szereplő információk alapján pontosabban kiszámíthatók, ezért a mozgásterápiás szakemberek létszámának megadásánál ezeket a végzettségeket, ahol lehetett, kiszűrésre kerültek az intézmények által visszaküldött válaszokból. Azoknál a kutatási kérdéseknél, amelyek esetén nem volt lehetőség a mozgásterápiás eljárások szűrésére (például az ellátott gyermekek számára, vagy az óraszámokra vonatkozóan), a következtetéseket összefoglalóan, „az intézmények által mozgásterápiás/mozgásfejlesztő módszereknek tekintett eljárásokra” vonatkozóan fogalmaztam meg, vagy hibaként kezeltem a szempontoknak nem megfelelő végzettségeket.

VII.2.4.2 *A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma*

A szakemberek létszámának meghatározásánál különféle szempontok figyelembevételére volt szükség. A 13. táblázatban szereplő létszámvariációk ezeket tükrözik.

A tagintézményekben a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma került összegyűjtésre (13. táblázat (1)-es kategória), valamint az érintett szakemberek esetén személyenként⁵² az is, hogy ki milyen alapvégzettséggel rendelkezik, illetve, hogy milyen típusú képzést végzett el. Erre azért volt szükség, hogy látható legyen, ha egy szakember többféle képzettséggel is rendelkezett. A részletezett adatokból kiderült, hogy a megadott mozgásterápiás képzettségek egyik csoportja alapvetően valamely alapvégzettségnek felelt meg. Amennyiben egy szakember alapvégzettsége révén került a létszámba, a táblázatban külön került feltüntetésre (13. táblázat (3)-es kategória).

⁵² Az intézmények személyes adatok megadása nélkül gyűjtötték össze a szakemberek képzettségére vonatkozó adatokat, amelyeket az adatgyűjtő táblázatban rögzítettek a szakemberek nevét helyettesítő kódszámmal a kutatási etikai, valamint az adatvédelmi előírásoknak megfelelően.

Mivel előfordulhatott, hogy egy-egy szakember több tagintézményben is lát el feladatokat, ahhoz, hogy egy szakember egyszer kerüljön csak a létszámba, az intézmények egy „módosított létszámot” is megadtak (13. táblázat (4)-es kategória). A tagintézményekben tehát összesen – az intézmények által megadott létszámadatok szerint – 329 szakember rendelkezett valamilyen mozgásterápiás képzettséggel. A „módosított létszám” megadásánál 28 ismétlődés volt megfigyelhető, ezért 301 szakemberről mondható el, hogy a válaszadó intézmények közül mozgásterápiás képzettséggel rendelkezik.

	Mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma az összes intézményben			Mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek módosított létszáma (4)	Szakemberek létszáma, akiknél a képzettség megszerzése folyamatban van	Foglalkozást tartó szakemberek létszáma a vizsgált időszakban
	Az intézmények által megadott létszám (1)	Az alapvégzettségen felül mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők (2)	Az alapvégzettség szerint mozgásterápiás képzettséggel rendelkezőnek besoroltak (3)			
Válaszadó intézmények száma	61	61	60	61	60	56
Összeg	329	302	27	301	15	163
Átlag	5,39	4,95	0,45	4,93	0,25	2,91
Szórás	5,68	5,29	0,89	5,86	0,72	3,24
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	28	25	4	28	4	15

(1) Az intézmények által megadott létszámadat; a (2) és (3) összege.

(2) Azok száma, akik alapvégzettségükön felül rendelkeznek valamilyen mozgásterápiás képzettséggel

(3) Azok száma, akik alapvégzettségükön felül nem rendelkeznek további mozgásterápiás képzettséggel (konduktor⁵³; gyógytornász; gyógypedagógus, szomatopedagógia szakirányon)

(4) Az intézmények által megadott létszámadat, amennyiben egy szakember több intézményben is tart mozgásterápiás foglalkozást, csak egyszer kerül beszámításra

13. táblázat: A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának intézményi összesített eredményei; a szakemberek létszámának variációi (saját)

Az intézményekben 302 szakember képzettsége felelt meg a vizsgált szempontoknak. Ebben a létszámban tehát minden szakember egyszer szerepel, akiről az intézmények úgy ítélték meg, hogy mozgásterápiás képzettséggel rendelkezik. Az adatgyűjtés pontatlansága miatt a módosított létszám esetén minimális eltérés tapasztalható a mozgásterápiás képzettségre és az alapvégzettségre történt lebontás között (hiba=1). A módosított létszám esetén a 301 személy közül 285 személy rendelkezik a kutatás szempontjából vizsgált mozgásterápiás képzettségek valamelyikével, 19 személy alapvégzettsége alapján került a mintába, és 3 esetben

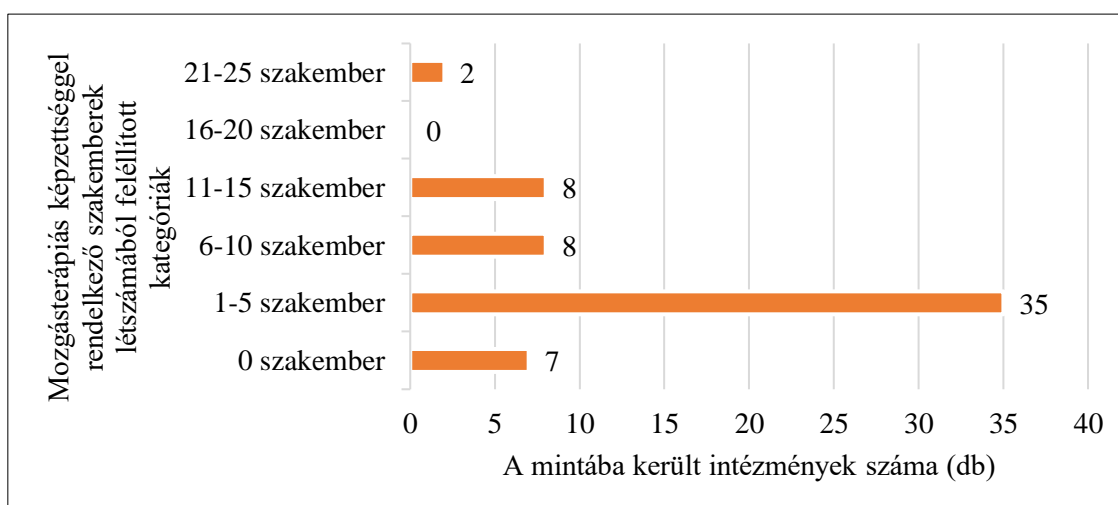
⁵³ NKt. 4 § 38. szerinti végzettségű szakemberek

nem lehetett eldönteni a képzettségének típusát. Ez azt jelenti tehát, hogy a mozgásterápiás képzettségű személyek száma a vizsgált intézményben foglalkoztatott szakemberek 25%-a pontosan.

A kutatás során a szakemberek képzettségének meghatározásakor különbséget tettem aszerint, hogy tartanak-e jelenleg foglalkozásokat. Öt intézmény esetén nem volt jelölve ez a szempont, ezért az eredményeket 56 intézmény alapján összesítettem. Összesen 163 szakember tartott a vizsgálat időpontjában mozgásterápiás fejlesztést/foglalkozásokat. Ez a létszám azt is mutatja, hogy a többi szakember, bár rendelkezik mozgásterápiás képzettséggel, vagy más feladatkörben kerül alkalmazásra, vagy nem használja a munkája során a képzettségét jelenleg.

Fontos azt is megvizsgálni, hogy hányan tervezik még a mozgásterápiás képzettség megszerzését. A táblázat erre vonatkozó ötödik oszlopában látható létszámok számításánál egy intézmény, ahol kiugróan magas érték szerepelt, kihagyásra került a számítások során.

A mozgásterápiás képzettségre vonatkozó létszám adatok alapján megerősíthető az a feltételezés (H.II.2.3.), hogy igen eltérő az intézmények stratégiája a mozgásterápiás képzettség megszerzését illetően. Volt olyan intézmény, ahol 25 szakember, máshol pedig senki sem rendelkezett mozgásterápiás képzettséggel. Az eredmények értelmezése szempontjából fontos megjegyezni, hogy a mozgásterápiás területen szerzett képzettség nem előírás a pedagógiai szakszolgálati munkakörök betöltéséhez. A következő, 30. ábrán a mintába került intézményeket a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek száma szerint kategóriákba rendeztem. Így láthatóvá válik, hogy hány olyan intézmény van, ahol egyáltalán nincs mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember, illetve a többi intézményhez képest hogyan oszlik meg a képzettségek száma.



30.ábra: A mintába került intézmények csoportosítása a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma szerinti (saját ábra)

A mintában 7 olyan intézmény szerepelt, ahol egyetlen mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember sem volt. Ezek területileg Baranya megyében (három intézmény), Veszprém megyében (két intézmény), valamint Jász-Nagykun-Szolnok és Komárom-Esztergom megyében található intézmények. Az utóbbi két megyében egy-egy intézményre volt jellemző létszám. A legtöbb, összesen 35 intézményben 1-5 szakember volt elérhető mozgásterápiás képzettséggel. Baranya és Pest megye egy-egy intézményében jelent meg kimagasló létszám, ahol 22, valamint 25 fő rendelkezett mozgásterápiás képzettséggel. Az egyes intézményekre vonatkozó létszámadatokat, megyénként lásd *Melléklet 11.*

VII.2.4.3 *Mozgásterápiás szakértelem elérhetősége az intézményekben*

A kutatás következő elemzett területe a mozgásterápiás szakértelem elérhetőségének vizsgálata volt, vagyis a mozgásterápiás képzettségek mennyiségét nem a szakemberek száma szerint elemeztem, hanem több végzettség esetén külön „szakértelemként” vettem számításba. Az így kapott mennyiségek az intézményben rejlő lehetőségek megvilágítására szolgálnak, attól függetlenül, hogy jelenleg kihasználta-e az adott szakértelem, vagy sem. (14. táblázat)

A mozgásterápiás szakértelem mennyisége nagyobb számérték, mint a szakemberek létszáma. Ez a megközelítés az átlagértékeket is növeli és nem feltétlenül a különböző képzéseket jelöli, hanem a szakemberek körében előforduló valamennyi képzettséget összesítve. Kiszámításánál az intézmények által visszaküldött adatok alapján összeadtam a mozgásterápiás képzettségek számát, tehát, ha egy szakembernek háromféle képzettsége is volt, három szakértelemként került felszámításra. Végül 410 mozgásterápiás képzettséget, valamint ezen felül 39 mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettséget számoltam össze a mintába került intézményekben.

A mozgásterápiás szakértelem mennyisége a teljes mintában összesen (1)			
	Az összes szakember esetén	<i>Az alapvégzettségen felüli mozgásterápiás képzettségek szerint</i>	<i>Az alapvégzettség szerint a mintában szereplő személyeknél</i>
Válaszadó intézmények száma	61		
Összeg	449	410	39
Átlag	7,36	6,72	0,63
Szórás	7,90	7,33	1,86
Medián	5	4	0
Módusz	2	4	0
Minimum	0	0	0
Maximum	37	37	12

(1) A mozgásterápiás képzettségek előfordulása az összes intézményben

14. táblázat: Az intézményekben elérhető mozgásterápiás szakértelem típusai és előfordulása az összes intézményben (saját)

A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának megállapítása mellett kíváncsi voltam arra is, hogy függ-e az intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámától ez az érték, vagyis nagyobb létszámú intézményben több mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember van-e. Korrelációs számítás során megállapítható volt, hogy érzékelhető pozitív összefüggés volt kimutatható az intézményben ténylegesen foglalkoztatottak és a mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők létszáma között, ami a szignifikancia-vizsgálat alapján nem a véletlen műve (lásd 15. táblázat).

		Mozgásterápiás foglalkozást tartó szakemberek létszáma	Mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek száma	Az intézményben elérhető mozgásterápiás szakértelem mennyisége	Az intézményben foglalkoztatottak száma (KIR, 2018. július)
Mozgásterápiás foglalkozást tartó szakemberek létszáma	Pearson Correlation	1	,879**	,859**	,724**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	57	57	57	56
Mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek száma	Pearson Correlation	,879**	1	,925**	,513**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	57	61	61	60
Az intézményben elérhető mozgásterápiás szakértelem mennyisége	Pearson Correlation	,859**	,925**	1	,511**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	57	61	61	60
Az intézményben foglalkoztatottak száma (KIR, 2018. július)	Pearson Correlation	,724**	,513**	,511**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	56	60	60	60

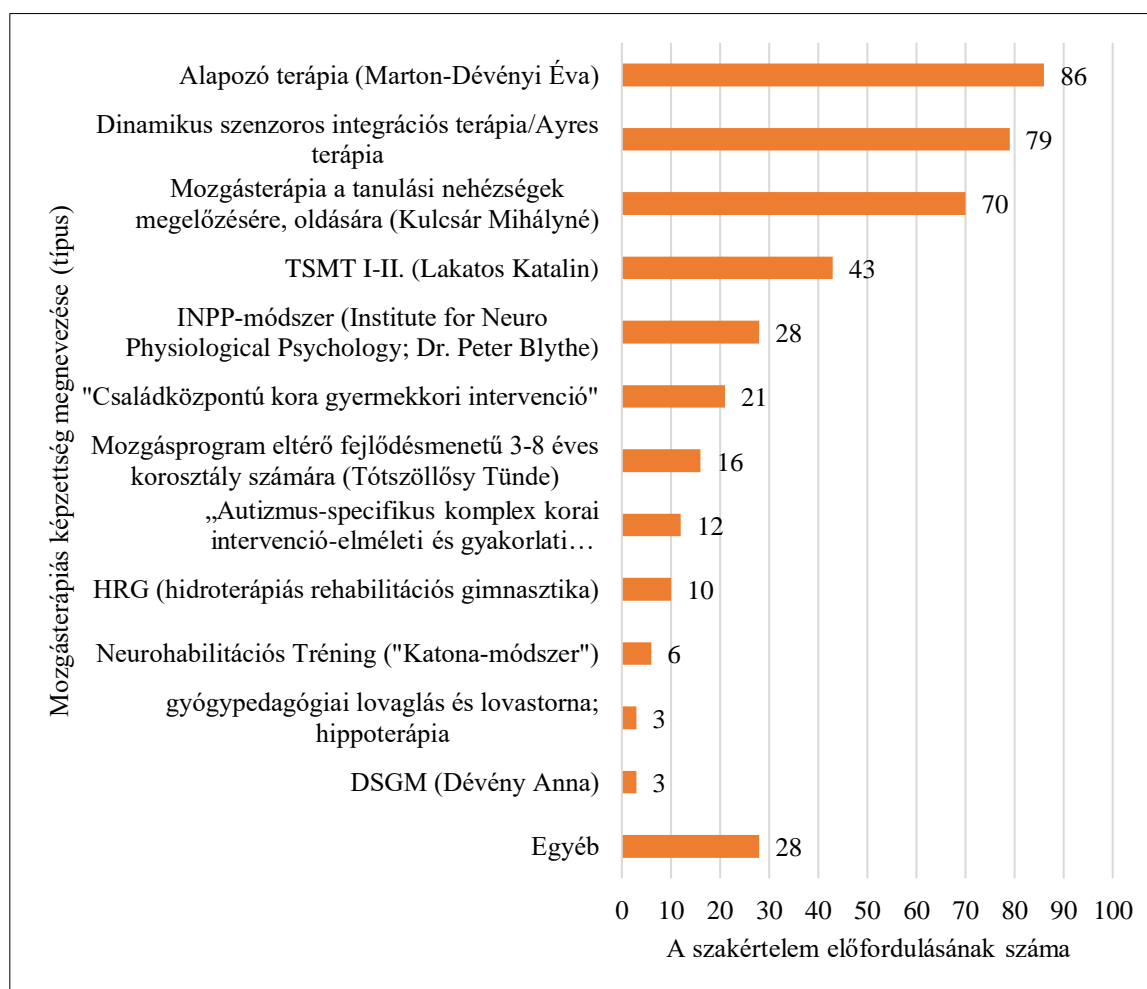
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

15. táblázat: Korrelációs mátrix a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámvariációi és az intézményben foglalkoztatott szakemberek létszáma között (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)

VII.2.4.4 *A mozgásterápiás képzettségek típusai a mintában*

Az intézmények által megadott adatokból megállapítható volt, hogy a különböző mozgásterápiás eljárásokkal hány szakember rendelkezik. Az intézményeknek elküldött listában szereplő terápiák gyakoriságát a teljes minta szempontjából összesítettem (31. ábra). Az intézmények által megnevezett terápiák nem kerültek feltüntetésre az ábrán.

A mozgásterápiás képzettségek megoszlása a szakemberek körében (teljes minta)



31.ábra: A mozgásterápiás képzettségek megoszlása a szakemberek körében (teljes minta) (saját ábra)

A mozgásterápiás képzettségek különféle típusainak elérhetősége eltérő képet mutat a vizsgált intézményekben. A vizsgált intézményekben összesen több mint 70 szakember volt, aki az Alapozó terápia, a (Dinamikus) Szenzoros Integrációs Terápia, vagy a Kulcsár Mihályné nevéhez köthető mozgásterápiás képzettséggel rendelkezett. A második leggyakrabban elvégzett képzések csoportjába sorolható a TSMT I-II., amelyet 43 terapeuta végzett el. Az INPP és a családközpontú kora gyermekkori intervenció területén 20-30 fő szerzett terápiás ismereteket a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek közül. Az

összesen a mintában elérhető 410 mozgásterápiás szakértelem közül 16-nál kevesebb számban fordult elő a fennmaradó, többi mozgásterápiás képzettség.

Ezek az eredmények kissé eltérnek KEREKI és LANNERT (2009:161) eredményeitől, ahol az itt megjelenő terápiák közül az Ayres névéhez köthető szenzoros integrációs terápia volt a leggyakrabban alkalmazott eljárás, ezt követte a Bobath-módszer, az intézmények közel 40%-ánál a gyógytorna és a „konduktív mozgásterápia”. A TSMT az intézmények 25%-ánál, míg az Alapozó terápia 23%-nál volt alkalmazott. A HRG, a gyógyúszás és a „gyógylovaglás” ennél kevesebb intézményben volt elérhető. Ehhez képest jelen kutatásban az Alapozó terápia jelent meg legnagyobb arányban, majd a szenzoros integrációs terápia, illetve a TSMT. (16. táblázat)

A táblázatban a mindkét kutatásban érintett eljárásokat helyeztem el aszerint, hogy melyiket alkalmazták gyakrabban (1-es számmal a leggyakrabban használt eljárást jelöltem).

Az intézményekben alkalmazott terápiák gyakorisága alapján felállított sorrend		
	KEREKI és LANNERT (2009:161) kutatási eredményei alapján	A jelen kutatásban kapott adatok alapján
1.	Ayres-terápia	Alapozó terápia
2.	Katona-féle módszer	Ayres-terápia (Dinamikus szenzoros integrációs terápia)
3.	TSMT	TSMT I-II.
4.	Alapozó terápia	HRG
5.	DSGM	Katona-féle módszer
6.	HRG	Gyógypedagógiai lovaglás
7.	Gyógylovaglás	DSGM

16. táblázat: Az intézményekben alkalmazott mozgásterápiák alkalmazásának gyakorisága alapján felállított sorrend összehasonlítása KEREKI és LANNERT (2009), valamint a dolgozatban mért eredmények között (saját)

A két kutatásban az Ayres-féle szenzoros integrációs terápia, a TSMT és a HRG tartoztak a leggyakrabban alkalmazott módszerek közé. Az egészségügyi területhez tartozó Katona-módszer és a DSGM eljárások is előrébb sorolódtak a szerzőpáros által végzett kutatásban, amelyet indokolhat a vizsgált intézmények körének eltérése is, mivel kutatásuk több ágazat intézményeit is érintette: az egészségügy, a szociális ellátás és a köznevelés intézményeit. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben a gyógytornászok sem érhetőek el minden megyében, ami magyarázhatja a kompetenciakörükbe tartozó eljárások alacsonyabb mértékét az általam végzett felmérésben.

A pedagógiai szakszolgálati intézmények az előre meghatározott lista mellett maguk is megnevezhettek mozgásterápiás eljárásokat. 28 esetben fordultak elő egyéb eljárások, mint például a gyógyúszás (6 esetben), különféle preventív tornák, mint a vitamintorna (5 esetben), a Dr. Földi Rita névéhez köthető labdaterápia, vagy például a Bobath-módszer egy-egy esetben.

A lovasterápia és a HRG esetén a képzettségek alacsony számát indokolhatja, hogy olyan speciális környezetben zajlanak, amelyek megteremtése nem egyforma az intézmények számára, az intézmények működését leíró rendelet nem írja elő ezek meglétét. Érdeemes lenne a képzést szerzett szakemberek létszámával történő összehasonlítása ezeknek az eredményeknek, hiszen - bár elképzelhető, hogy eleve kevesebben végzik el ezeket – sokkal valószínűbbnek tartom, hogy a pedagógiai szakszolgálat intézményi sajátosságaiból fakadóan kevésbé alkalmas helyszíne az említett terápiák alkalmazásának.

A különböző képzettségek intézményi megoszlásának elemzése során az alacsony elemszámok miatt összefüggések vizsgálatára nem volt lehetőség. Ugyanakkor érdeemesnek tartom ennek a kérdésnek később a kvalitatív kutatások eszköztárával történő további vizsgálatát, amely a számszerű adatokból levonható következtetések mellett rámutathat egy-egy intézmény belső stratégiáira, a képzések választásának motivációira is.

Arra a kérdésre, hogy hányféle eljárás érhető el az intézményekben, a szakemberek képzettségeinek leíró statisztikai elemzése segítségével válaszként elmondható, hogy maximum tízféle terápia fordult elő az vizsgált mintában az alapvégzettségeken felül. Ezek eloszlása azonban kiegyenlítetlen az átlagosan elérhető 3-4 mozgásterápiás eljárás magas szórásértéke alapján, amelyet a 17. táblázat mutat be részletesen. A táblázatban különbséget tettem a szakemberek alapvégzettsége szerint a mozgásterápiás eljárások típus szerinti összesítésében. A táblázat első oszlopában mindkét csoport eredményei szerepelnek, a második oszlopban csak azon szakemberek eredményeit mutatom be, akik alapvégzettsége nem irányul mozgásfejlesztésre, valamint a harmadik oszlopban a mozgásfejlesztéshez kapcsolódó alapvégzettségekkel rendelkező szakemberekre vonatkozó eredmények szerepelnek.

Hányféle mozgásterápia érhető el az intézményben?			
	Az összes szakember esetén	<i>Az alapvégzettségen felüli mozgásterápiás képzettségek szerint</i>	<i>Az alapvégzettség szerint a mintában szereplő személyeknél</i>
Válaszadó intézmények száma	61		
Összeg	-	-	-
Átlag	3,78	3,45	0,32
Szórás	2,52	2,44	0,59
Medián	4	3	0
Módusz	2	3	0
Minimum	0	0	0
Maximum	12	10	2

17. táblázat: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető mozgásterápiák típusok szerinti statisztikai mutatói (saját)

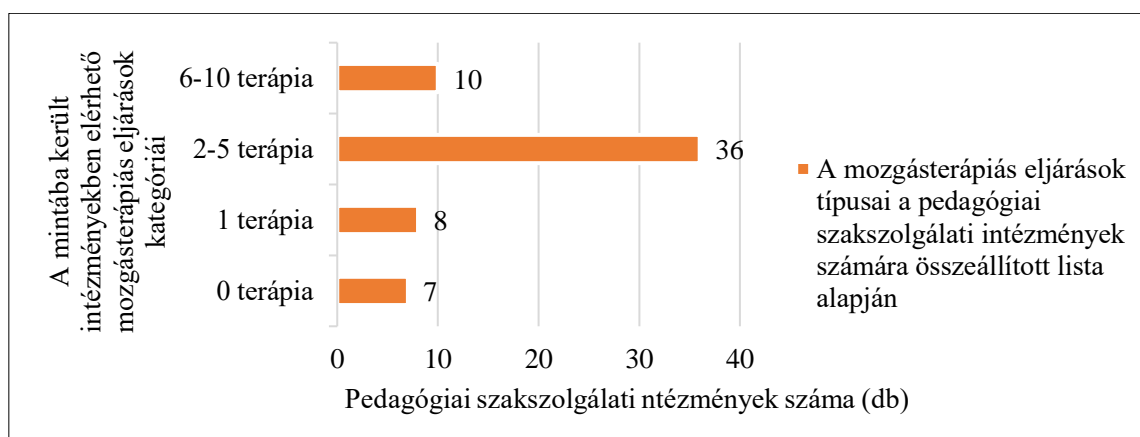
Az intézmények számára összeállított mozgásterápiás eljárások listája alapján megvizsgáltam azok intézményi és megyei gyakoriságát. Ezek részletes eredményeit terjedelmi okokból a mellékletben közlöm (*Melléklet 12.*).

A különféle mozgásterápiás eljárások megyei összesítésének elemzéséből kiderül, hogy valamennyi megyét figyelembe véve legnagyobb számban az Alapozó terápia, a Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia, illetve a Kulcsár Mihályné terápiás eljárása fordult elő az intézményekben, 8-10 szakember is rendelkezett ezekkel az ismeretekkel. A TSMT I. és II., illetve az INPP eljárásai fordultak még nagyobb számban elő egy megyén belül (6-6 szakembernél). A többi eljárás ennél alacsonyabb számban volt elérhető az intézményekben. A medián alapján két terápiáról mondható el, hogy ténylegesen előfordul az intézményekben, ezek pedig az Alapozó terápia és a Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia (medián=1).

KEREKI és SZVATKÓ (2015:58) a pedagógiai szakszolgálatok protokolljában foglaltak során az intézményekről úgy fogalmaz, hogy „egy-egy ellátó hely nem rendelkezhet mindenféle eljárással, bár a módszerek folyamatos gazdagítsa, a sokoldalúság biztosítása kiemelt cél”. Kíváncsi voltam, hogy az intézmények elemzése során milyen kép fog kirajzolódni, látható lesz-e a szerzőpáros által is megnevezett sajátosság, hogy „az ellátó helyek ebből a szempontból más-más profilt mutatnak”.

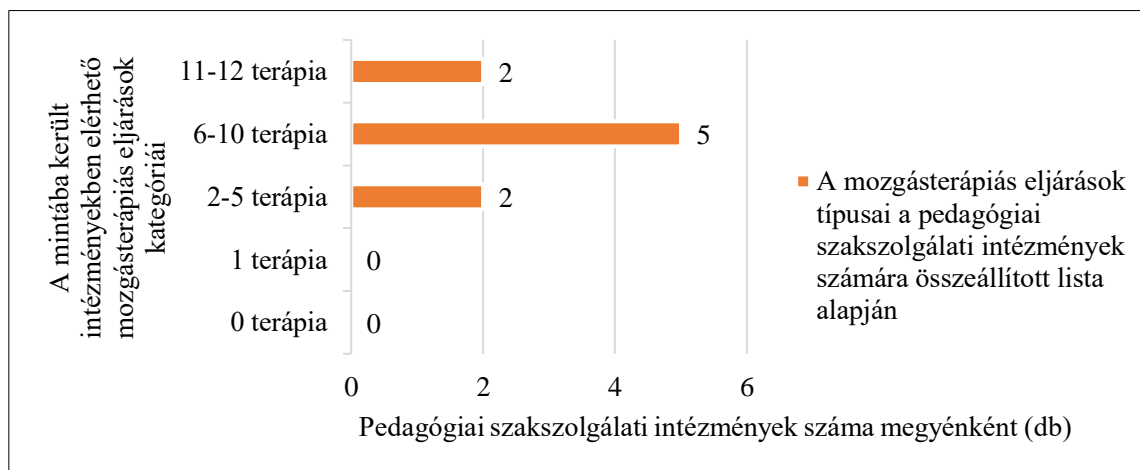
A különféle mozgásterápiás eljárások eloszlását az intézmények szemszögéből, valamint megyei összehasonlításban a következőkben mutatom be.

A 32. ábráról leolvasható, hogy az összesen 61 mintába került intézmény közül 7 pedagógiai szakszolgálati intézmény esetében nem volt egyetlen elérhető mozgásterápiás eljárás sem, míg a legtöbb intézményben 2-5 fajta terápia is elérhető volt. Az ábrán az intézményekben elérhető eljárásokat csoportokba rendeztem.



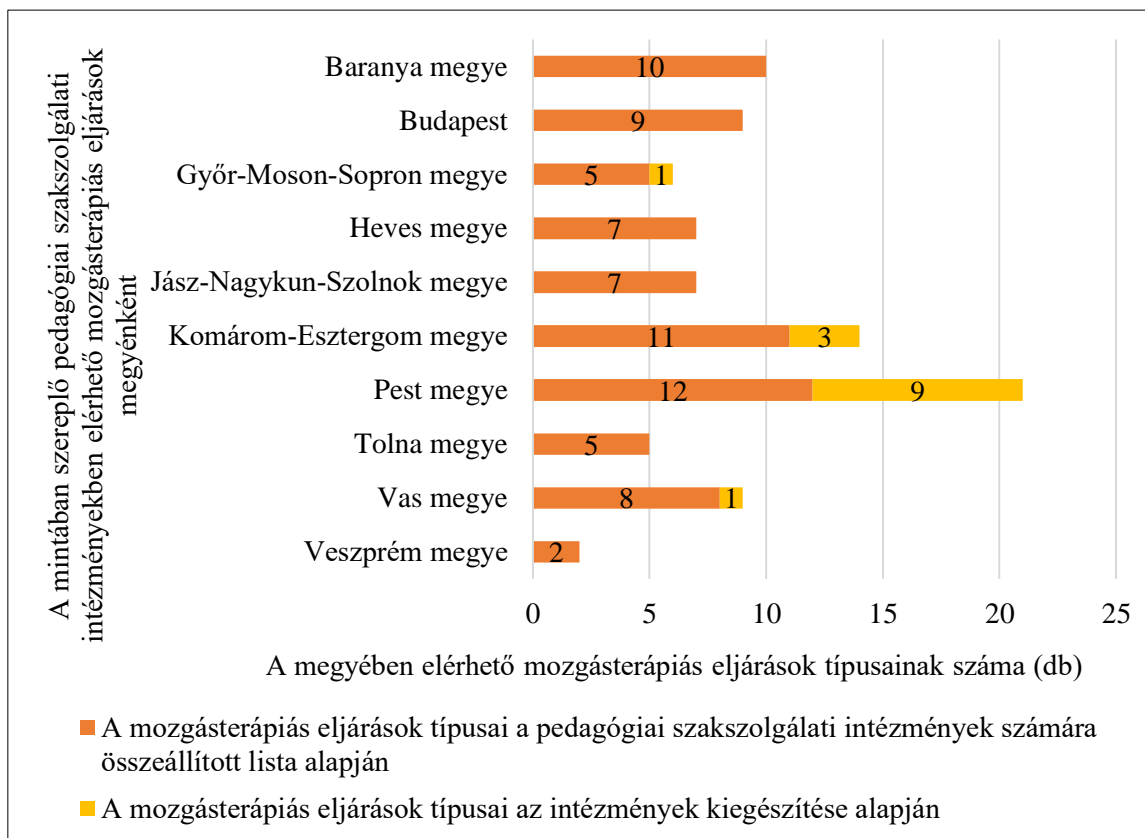
32.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma intézményenként, a mozgásterápiás eljárásokról előre összeállított lista alapján (saját ábra)

A megyénként történő elemzés alapján azt mondhatjuk, hogy valamennyi megyében legalább 2 terápia elérhető volt, két megyében pedig minden, az előre összeállított listában szereplő terápiás eljárás elérhető volt (Pest megye és Komárom-Esztergom megye esetében) (33. ábra). Megállapítható, hogy a mintába került megyék többségében sokféle eljárás elérhető volt, általában 7, vagy több eljárás. Természetesen az eredmények függenek az adatszolgáltatás mértékétől is, hiszen a különböző megyék intézményeitől származó adatok aránya eltérő volt a megye összes intézményéhez viszonyítva. A három legkevesebb terápiatípust mutató megye mindegyike esetén 45% alatt volt a megye intézményeinek számához viszonyított válaszadás. Mivel itt tehát hiányosnak is tekinthetjük a válaszokat, ezek esetén, illetve a mintában nem szereplő megyékben javasolt a további adatgyűjtés.



33.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma megyénként, a mozgásterápiás eljárásokról előre összeállított lista alapján (saját ábra)

A válaszadó intézmények maguk is kiegészíthették a kutatásban előre összeállított listát, amely a feltételezett legismertebb eljárásokat tartalmazta. A kiegészítések alapján látható, hogy voltak olyan intézmények, amelyek a felsorolt lehetőségeken felül több (akár 9) módszert is alkalmaztak, ezzel is tovább színesítve mozgásterápiás kínálatukat. A 34. ábra a mintába került intézményekben elérhető mozgásterápiás eljárások megyei eloszlásánál mutatja. A citromsárgával jelölt sáv az intézmények által kiegészített módszerek számát, a narancssárga pedig az előre összeállított lista alapján megadott értékeket mutatja. Az ábráról leolvasható, hogy megyénként hány fajta eljárás érhető el az intézmények valamelyikében.

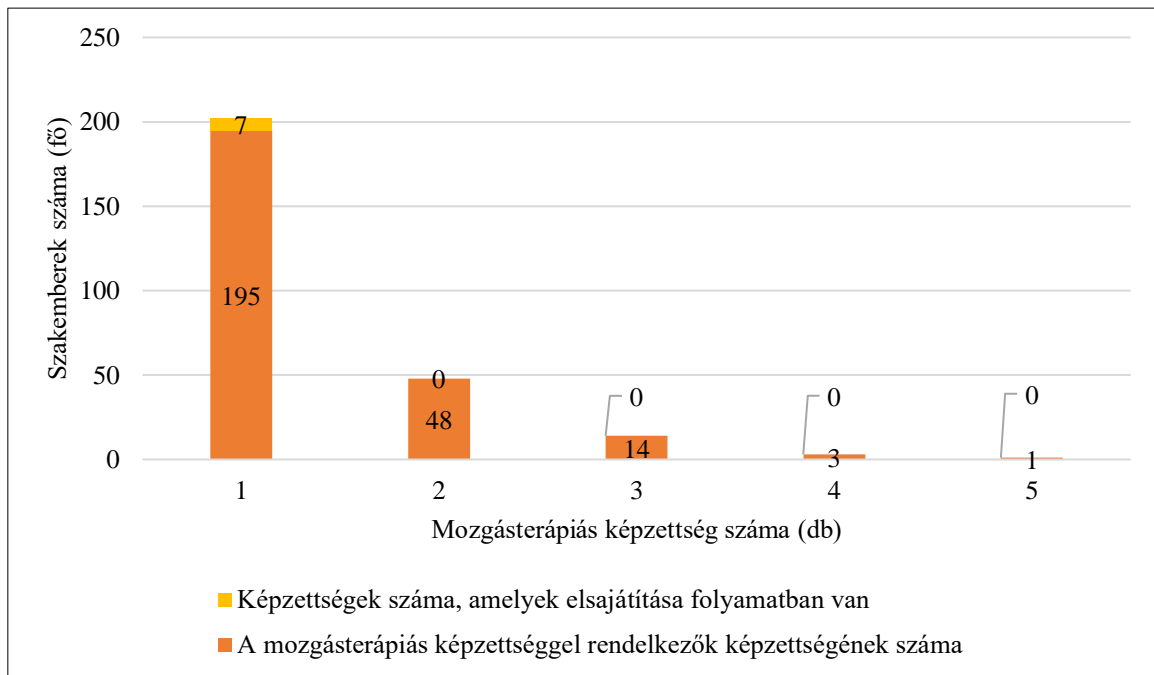


34.ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma előre összeállított lista (narancssárga) és az intézmények által tett kiegészítések szerint (citromsárga) (saját ábra)

Pest megye és Komárom-Esztergom megye esetén több, az előre összeállított listában nem szereplő mozgásterápiás eljárást is megjelöltek az intézmények, ezek típusai a „VII.2.4.1. A mozgásterápiás képzettségek típusai a mintában” című fejezetben kerültek bemutatásra. Bár meglepő lehet, hogy Budapest alacsonyabb értékekkel szerepel, mint más megyék, számításba szükséges venni azonban, hogy a fővárosi intézmények csupán 12%-a küldött adatokat, így várhatóan még további adatok gyűjtése esetén ez a szám nagy eséllyel változhatna, növekedhetne.

VII.2.4.5 A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek képzettségének száma

A 35. ábra azt mutatja meg, hogy azok a szakemberek, akik mozgásterápiás képzettséggel rendelkeznek, hányféle képzettséggel rendelkeznek összesen. Az adatok alapján elmondható, hogy a szakemberek nagyobb része (74%) egyféle mozgásterápiás képzettséggel rendelkezett a kutatás időpontjában. 18%-a kétféle, 5%-a háromféle és csak néhány szakember rendelkezett négy vagy többféle mozgásterápiás képzettséggel. Ezek között nem szerepeltek az alapvégzettségek.



35.ábra: Mozgásterápiás képzettségek mennyisége a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakembereknél (saját ábra)

Az ábráról leolvasható, hogy olyan szakembereknél fordult elő, hogy a mozgásterápiás képzettségük elsajátítása folyamatban van, akik még nem rendelkeztek más mozgásterápiás képzettséggel. Ez az érték azonban a szakemberek elhanyagolható számára vonatkozott (2,61%).

Szerettem volna arra is választ kapni, hogy milyen mozgásterápiás képzettségeket sajátítanak el azok a szakemberek, akik többféle képzettséggel is rendelkeznek. A szakemberek képzettségeinek gyakorisági mutatói alapján elmondható, hogy azok a szakemberek, akik többféle terápiás képzettséggel is rendelkeztek, leggyakrabban az Alapozó terápiát (Marton Éva), a (Dinamikus) szenzoros integrációs terápiát, Kulcsár Mihályné Mozgásterápia a tanulási zavarok enyhítésében elnevezésű eljárását, valamint az INPP módszert sajátították el. Azok körében, akik kétféle mozgásterápiás képzettséggel rendelkeztek, az előbb említett három terápia volt a leggyakoribb párosítás.

A választások okát a statisztikai elemzés során nincs lehetőségem megvizsgálni, ugyanakkor olyan tényezők elemzését tartanám fontosnak ebben a kérdésben, mint egy-egy terápiás eljárás költségei, a képzés időtartama, vagy a képzés létrejöttének időpontja (hiszen, ha egy terápiás eljárás csak néhány éve érhető el a szakemberek számára, az csökkentheti annak előfordulását). A képzettségek párosításának vizsgálati szempontja azért is nyújthat hasznos információkat (akár további kutatások témájaként) a mozgásterápiás eljárásokkal kapcsolatban, mert közvetve összefüggésekre mutathat a terápiaik tartalmával kapcsolatban is. Előfordulhat

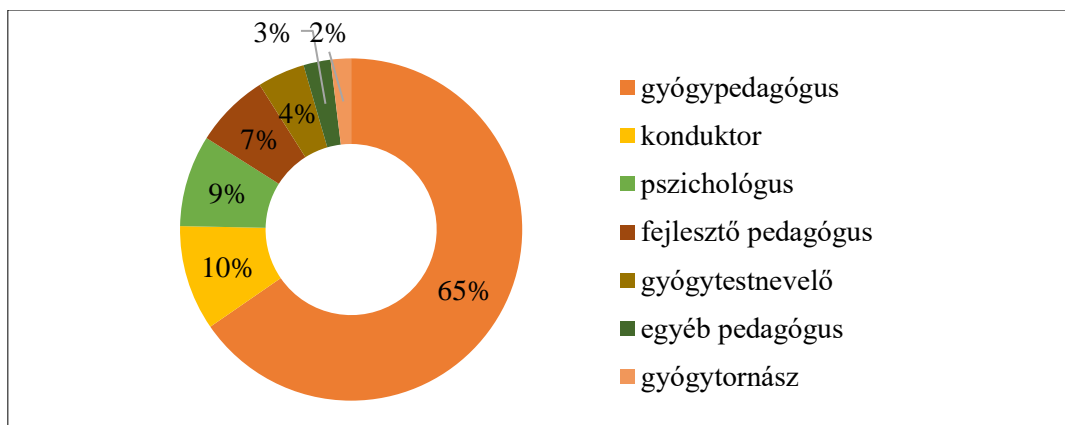
például, hogy egy képzés elvégzése után a szakemberek kedvet kapnak a témában további, mélyebb, vagy szélesebb körű ismeretek szerzésére. Ugyanakkor az is lehetséges, hogy ha a különféle képzések más-más területen nyújtanak kellő mélységű információkat (pl. a terápia felépítése, a diagnosztika, az elméleti háttér stb. szempontjából), az ismeretek kiegészítésére is szükség van, ami indokolja más terápiás eljárás elsajátítását is. Továbbá az elérhetőség is további szempont lehet.

VII.2.4.6 *A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek alapvégzettsége*

A vizsgált intézményekben elemeztem a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek végzettségére vonatkozó adatokat. A 302 mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakembere valamennyi alapvégzettségét összeszámolva tehát a 312 végzettség fordult elő a mintában. A különbség tehát abból adódott, ha például valaki egyszerre többféle végzettséggel is rendelkezett, például gyógypedagógus és konduktor végzettséggel is. Ezek előfordulási gyakoriságát a 36. ábra szemlélteti.

Az intézményekben alkalmazott szakemberek létszámához és végzettségéhez hasonló arányokat láthatunk az alapvégzettségek szempontjából (lásd korábban a 26. ábrán), legtöbben (204 fő) gyógypedagógusok rendelkeznek a mozgásterápiás képzettségekkel.

A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek alapvégzettség szerinti megoszlása a mintában



36.ábra: A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek alapvégzettség szerinti megoszlása a mintában (saját ábra)

Feltételezésem szerint a mozgásterápiás képzettséget alapvetően azok a szakemberek szerzik meg, akik valamely mozgásfejlesztéshez köthető alapvégzettséggel rendelkeznek. Az ábrán szemléltetett adatok szerint ez csak abban az esetben igaz, ha a gyógypedagógusok a mintában szomatopedagógus végzettségűek. Éppen ezért a következő elemzésben arra is kitérek, hogy mekkora a szomatopedagógia szakos gyógypedagógus végzettségű szakemberek létszáma az egyes vizsgált intézményekben.

VII.2.4.7 *Mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségek megoszlása a mintába került intézményekben*

A vizsgálat tárgyát képezte annak megismerése, hogy milyen arányban fordulnak elő a különféle mozgásterápiás képzettségek, illetve a mozgásos készségterület, mozgásfejlődés támogatására irányuló alapvégzettségek az intézményekben. Felmerül a kérdés, hogy van-e olyan intézmény, ahol semmiféle mozgásterápiás ismeret, mozgásfejlesztő ismerettel rendelkező szakember nincsen. Ha egy intézmény teljesen nélkülözi a kutatás tárgyként megjelölt mozgásterápiás szakképzettségeket, miként hat ez a terápiás munkára, esetleg a szakértői bizottsági feladatok ellátására, amely során a gyermek szükségleteihez leginkább alkalmas ellátás kerül kiválasztásra?

A 18. táblázatban összegeztem, hogy a vizsgált intézményekben mely mozgásfejlesztés támogatására irányuló alapvégzettséggel rendelkeztek a szakemberek, összehasonlítva a megyei létszámadatokkal.

Az egyes intézményekre vonatkozó adatokból kiderült, hogy a vizsgált intézmények esetén előfordulnak olyan járási tagintézmények, ahol nem érhető el a felsorolt végzettségek közül egy sem. Ezen intézmények esetkezelési stratégiáinak megismerése különösen is érdemesek lenne, hiszen ez azt jelenti, hogy helyben nincsen olyan szakember, akinek szakképzettsége a mozgásfejlesztésre irányul, vagyis szükséges lehet, hogy az ellátás az intézményen kívül történjen.

A képet természetesen árnyalja, hogy a különféle végzettségű szakemberek (például a gyógypedagógusok) képzésének részét képezik a mozgásfejlődésre, idegrendszeri érésre vonatkozó ismeretek. Éppen ezért fontos azt a kérdést is megvizsgálni, hogy elegendőek-e számukra ismereteik az esetek kezelésében, a megfelelő ellátás megválasztásában, esetleg más szakemberhez való irányításban. Emellett szeretnék visszautalni a 28. ábrán bemutatott összefüggésre, amely egy további megoldási lehetőséget is kínál a mozgásterápiás szakértelem megosztásában, hogy, ha bár járásonként nem fordul elő minden alapvégzettség – és különösen mozgásterápiás képzettség –, megyénként legalább 1-1 szomatopedagógia szakon végzett gyógypedagógus, illetve konduktor elérhető.

	Konduktorok létszáma a KIR adatbázisa alapján		Gyógytestnevelő tanárok száma a KIR adatbázisa alapján		Gyógytornászok száma a KIR adatbázisa alapján		Szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok száma a KIR adatbázisa alapján		Mozgás-terápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma a mintában
	Összesen	A mintába került intézményekben összesen	Összesen	A mintába került intézményekben összesen	Összesen	A mintába került intézményekben összesen	Összesen	A mintába került intézményekben összesen	
Baranya megye	4	0	13	7	0	0	4	1	30
Budapest	122	3	88	8	18	0	52	2	41
Győr-Moson-Sopron megye	6	4	10	1	0	0	6	2	21
Heves megye	2	2	9	6	0	0	1	1	25
Jász-Nagykun-Szolnok megye	6	4	9	8	2	2	7	4	22
Komárom-Esztergom megye	2	2	18	14	0	0	2	2	34
Pest megye	16	12	30	21	4	1	27	10	111
Tolna megye	3	1	15	5	1	0	2	0	3
Vas megye	3	1	8	4	6	3	4	3	13
Veszprém megye	3	2	5	4	0	0	4	0	2
Összesen	167	31	205	78	31	6	109	25	302

18. táblázat: A vizsgált intézményekben a mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettséggel rendelkező szakemberek megoszlása a megyében foglalkoztatott szakemberek létszámához viszonyítva. (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)

A KIR adatbázisában szereplő adatok leíró statisztikai feldolgozásának eredményei a vizsgált megyék esetében valamennyi végzettség tekintetében átlagot meghaladó szórásértékeket mutatnak (19. táblázat). A táblázatban csak az a tíz megye szerepel, ahonnan a vizsgálat során adatok érkeztek. Az intézmények közötti különbségek jól láthatók a minimum és maximum értékek összehasonlításából.

	Konduktorok létszáma a KIR adatbázisa alapján		Gyógytestnevelő tanárok száma a KIR adatbázisa alapján		Gyógytornászok száma a KIR adatbázisa alapján		Szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok száma a KIR adatbázisa alapján	
	Összesen	A mintába került intézmények -ben összesen	Összesen	A mintába került intézmények -ben összesen	Összesen	A mintába került intézmények -ben összesen	Összesen	A mintába került intézmények -ben összesen
Átlag	16,7	3,1	20,5	7,8	3,1	0,6	10,9	2,5
Módusz	3	2	9	8	0	0	4	2
Medián	3,5	2	11,5	6,5	0,5	0	4	2
Szórás	37,22	3,38	24,74	5,76	5,62	1,07	16,28	2,91
Minimum	2	0	5	1	0	0	1	0
Maximum	122	12	88	21	18	3	52	10

19. táblázat: Mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségekkel rendelkező szakemberek létszámának leíró statisztikai mutatói (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)

Kíváncsi voltam, hogy az intézményekben elérhető mozgásfejlesztésre irányuló végzettségek száma függ-e attól, hogy melyik megyében található. Ennek a kérdésnek a megválaszolásához korrelációs számítását végeztem az intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámai és a közigazgatási terület nagyságának jellemzéséhez alkalmazott érték között, ami az adott megyében a 218/2012. (VIII. 13.) Kormányrendelet alapján meghatározott járásainak száma volt. (20. táblázat)

Az elemzés során összevetésre került az egyes megyékben található járások száma (első oszlop) a KIR adatbázisában a vizsgált időszakban szereplő konduktor, gyógytestnevelő és gyógytornász végzettségű szakemberek létszáma. Pozitív szoros összefüggés volt tapasztalható a konduktor és gyógytestnevelő tanár végzettségű szakemberek létszáma és a járások száma között, vagyis elmondható, hogy a több járást számláló megyékben több szakember volt elérhető az említett végzettségekkel. A gyógytornász végzettségű szakemberek létszáma és a járások száma között is érzékelhető, pozitív összefüggést találtam.

		Járások száma (Forrás: 218/2012 (VIII.13.) Kormányrendelet)	Konduktor végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)	Gyógytestnevelő tanár végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)	Gyógytornász végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)
Járások száma (Forrás: 218/2012 (VIII.13.) Kormányrendelet)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 20	,803** 20	,838** 20	,653** 20
Konduktor végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,803** 20	1 20	,851** 20	,781** 20
Gyógytestnevelő tanár végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,838** 20	,851** 20	1 20	,710** 20
Gyógytornász végzettségű szakemberek száma (Forrás: KIR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,653** 20	,781** 20	,710** 20	1 20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

20. táblázat: Korrelációs mátrix a járások száma és a megyében foglalkoztatott mozgásfejlesztésre irányuló végzettséggel, vagy mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámáról. (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)

VII.2.4.8 A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok aránya az intézményekben

Az adatgyűjtés során arra kértem az intézményeket, hogy a mozgásterápiás képzettséggel is rendelkező szakemberek alapvégzettségét is nevezzék meg. Az intézményenként összegyűjtött adatok alapján elmondható, hogy 12 szakember volt szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus, akik közül 7-en rendelkeztek alapvégzettségükön felül valamilyen mozgásterápiás képzettséggel az intézmények által küldött adatok alapján. Mivel ez az arány alacsony az összes, mintában szereplő, mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberhez képest (204 gyógypedagógus), a H.II.2.2. hipotézis második része nem igazolt.

A különféle alapvégzettségek megyei megoszlását a KIR adatbázisában szereplő adatok alapján a 26. ábra mutatja be. Ezeket az adatokat összevetve a mintában szereplő végzettségekkel (36. ábra), a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok arányában eltérést tapasztalhatunk az intézmények által megadott létszámadatok tekintetében. Összevetve a két forrást, a szomatopedagógusok létszáma az adatbázis szerint (amely ebben az

esetben pontosabb adatokat tartalmaz) nagyobb, összesen 25 fő, mint az intézmények által megadott létszám volt. Az eltérés abból adódik, hogy az intézmények csak abban az esetben adták meg ezt a végzettséget, ha a mozgásterápiás képzettségek közé sorolták, vagy ha a szakember mozgásterápiás képzettséggel is rendelkezett alapvégzettsége mellett.

VII.2.5. Becslés a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámára

Mivel a kutatásom fontos célja, hogy becslést tudjak adni arra vonatkozóan, mekkora része érintett a pedagógusoknak a mozgásterápiákkal kapcsolatos kérdésekben, ezért a következő statisztikai próbák elvégzésével a létszámok minél pontosabb meghatározására törekszem.

Az első módszerrel az adatokat visszaküldő intézmények szakemberlétszámát vettem alapul. A KIR adatbázisa alapján 1140 főről rendelkezünk azzal az információval, hogy van-e mozgásterápiás képzettsége. Ez azt is jelenti, hogy a 4413 fő pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakember esetében nincs adatunk erre vonatkozóan.

Az 1140 fő esetében 285 fő olyan szakember, aki rendelkezik mozgásterápiás képzettséggel. Ezek szerint ($285/1140=0,25$) a szakemberek 25%-ának van ilyen képzettsége azon szakemberek között, akikről kaptunk adatokat. Ha feltesszük, hogy ez a százalékos arány fennáll az összes szakember esetén, akkor a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek becsült száma $5553 \times 0,25 = 1388,25$ fő.

A számítások során tehát tíz megyéből származó adatokat használtam fel. Mivel az egyes intézményeknél ismert a foglalkoztatott szakemberek létszáma, ezért lehetőséget adott, hogy a szakemberek létszámához viszonyítva megyénként is becslést végezzünk.

A második módszer esetében a visszaküldő intézményektől kapott adatok alapján megyénként becsültük meg a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámát a visszaküldő intézményekben tapasztalt létszámarányokat figyelembe véve (a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámát viszonyítva az intézményben foglalkoztatottak számához). Ezek alapján kiszámítottuk, hogy megyénként milyen arányban rendelkeztek a szakemberek mozgásterápiás képzettséggel az összes szakemberhez képest, és az arányt megtartva adtuk meg megyénként egy becsült létszámot. Egy példán szemlélítve, Baranya megyében a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak száma összesen 177 fő. 87 fő esetében ismerjük, hogy rendelkeznek-e mozgásterápiás képzettséggel. Az a 30 szakember, aki rendelkezik mozgásterápiás képzettséggel, a szakemberek létszámához viszonyítva az adatokat visszaküldők 34,48%-a ($30/87=0,3448$). Ha feltesszük, hogy ez a százalékos arány ebben a megyében fennáll az összes szakember esetén is, akkor a szakemberek becsült száma $177 \times 0,3448 = 61,03$ fő. Ezzel a módszerrel a mintába került megyékben becsült

mozgásterápiás szakemberek létszámát (839,36) viszonyítva az összes szakemberhez (3354 fő), az előző becsléssel megegyező létszámbecslést kaptunk (1389,68). Mivel azonban a mintába került intézmények száma megyénként eltérő arányt mutatott az összes intézményhez viszonyítva (lásd 10. táblázat), ezért a számításnál azokat a megyéket, amelyekben a mintába került szakemberek száma 40% alatt volt az intézményektől kapott adatok alapján, kiszűrtük. Így összességében 1565,48 fő becsült létszámot kaptunk.

A két módszerrel tehát közel azonos szakemberlétszámot kaptunk, így mind a két módszert használhatónak találtuk a mozgásterápiás szakemberek létszámának durva becslésére. Elmondható ugyanakkor, hogy mivel az intézmények profilja nagyon különböző a mozgásterápiás képzettségek tekintetében, ezért csak kezdetleges statisztikai módszereket tudunk használni.

A két módszerrel kapott létszámok átlagát véve (1477,58) tehát a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma a pedagógiai szakszolgálati intézményekben (annak naiv becslése alapján) 1300 és 1650 fő közé eshet.

VII.2.6. Mozgásterápiás foglalkozások szervezési keretei a mintában

	A mozgásterápiás foglalkozásokon résztvevő gyermekek létszáma a mintában összesen (fő)	A mozgásterápiás foglalkozásokon résztvevő gyermekek létszáma hetente a mintában összesen (fő)	Mozgásterápiás foglalkozások óraszámja hetente a mintában összesen (óra)
A számításnál figyelembe vett intézmények száma (db)	58	61	59
Átlag	55,84	51,95	28,11
Szórás	88,96	81,66	47,85
Minimum	0	0	0
Maximum	448	448	272
Összesen	3239	3169	1658,5

21. táblázat: Mozgásterápiás foglalkozásokon résztvevő gyermekek létszáma és órakeretei a vizsgált intézményekben (saját)

Az összegyűjtött adatok alapján elmondható, hogy a 2017/2018-as tanévben a 12. táblázat szerint meghatározott számú szakember által tartott mozgásterápiás foglalkozásokon összesen 3239 gyermek vett részt a mintában szereplő intézményekben. A gyermekek száma heti lebontásban ennél valamivel kevesebb volt (3169 gyermek) az adatgyűjtés időpontjában, akik számára a válaszadó intézmények összesen 1658,5 órában biztosítottak valamilyen mozgásfejlesztést, mozgásterápiás foglalkozást.

Azokban az intézményekben, ahol a mozgásterápiás foglalkozáson résztvevő gyermekek száma 0, ez az érték nem egyértelműen tükrözi tehát az arra irányuló igényeket, sokkal inkább azzal függhet össze, hogyha nem áll rendelkezésre (az alapvégzettségen felül szerzett) mozgásterápiás szakképzettség, akkor eleve nincs lehetőség a szakszolgálat keretein belül annak igénybevételére. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a pedagógiai szakszolgálat szakemberei számos tevékenységük keretében végeznek a mozgásfejlődést, mozgásos készségterületet érintő fejlesztő munkát, még ha az nem is kimondottan valamely terápia alkalmazását jelenti ez. A kutatás kiemelten arra irányult, ha az intézményben valamely speciális mozgásterápiás eljárás is alkalmazásra kerül, még ha a nevelési tanácsadás pedagógiai szakszolgálati tevékenység keretében is.

VII.2.7. Részösszegzés

A kutatásban gyűjtött adatok elemzése segítségével kapott információk alapján a hipotézisek bevalását egyesével megvizsgálom a főbb témakörök sorrendjében.

1. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető mozgásterápiás eljárások típusai

H.II.1.1. Minden pedagógiai szakszolgálati tagintézményben elérhető legalább egy fajta mozgásterápia, valamint megyei szinten többféle mozgásterápia is elérhető.

Bár a mintába került intézményekben az alapvégzettségeken felül maximum tízféle terápia volt elérhető (lásd 8. táblázat), nem bizonyosodott be, hogy valamennyi intézményben lenne legalább egy fajta mozgásterápiás eljárás (az intézményekben elérhető mozgásterápiás eljárások minimum értéke 0.) Ugyanígy a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának minimum értéke is 0 volt (lásd 13. táblázat), tehát volt olyan intézmény a mintában, ahol egyetlen mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember sem volt elérhető.

7 intézmény esetében egyetlen mozgásterápiás eljárás sem volt elérhető, illetve 8 esetében volt egy-egy eljárás elérhető az intézményekben (lásd 32. ábra).

A hipotézis második felével kapcsolatban, vagyis, hogy megyei szinten elérhető többféle mozgásterápiás eljárás is, az egyes megyékre vonatkozó összesítés alapján kiderült, hogy igaz, ugyanis legalább két eljárás elérhető volt valamennyi megyében. Többségében 3-5 eljárás volt elérhető megyénként. (33-34. ábra).

Összességében tehát a hipotézis részben igazolható, mivel bár nem mondható el, hogy valamennyi intézményben lenne elérhető mozgásterápiás eljárás, mégis elérhető több (minimum kettő) fajta mozgásterápiás eljárás is minden, a mintában szereplő megye esetében.

H.II.1.2. Az intézmények mozgásterápiás ellátási kínálata között nagy különbségek tapasztalhatók, azok eloszlása nem kiegyenlített az intézmények között.

A mozgásterápiás eljárásokra vonatkozó leíró statisztikai elemzés alátámasztotta, hogy az intézményekben jelentős különbségek voltak tapasztalhatók az elérhető mozgásterápiás eljárások területén. Az átlagosan (3,45) elérhető mozgásterápiás eljárások magas szórásértéke (2,44) mellett elmondható, hogy egyes intézményekben egyetlen eljárás sem volt elérhető (minimum érték=0), míg más intézményben a legtöbb, tíz eljárás is elérhető volt (17. táblázat).

Az intézményekben a mozgásterápiás eljárások típusok szerinti elemzéséből kiderült, hogy a válaszadó intézmények 11%-nál nem volt egyetlen eljárás sem elérhető (32. ábra). Míg az intézmények 13%-ánál csupán egy, addig az intézmények 16%-ánál 6-10 terápia elérésére is fennállt az elvi lehetőség.

Ezen kívül elmondható, hogy a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek intézményi létszáma és az intézményekben foglalkoztatottak létszáma között érzékelhető, pozitív összefüggést találtunk ($r = 0,513$, $p = 0,000$), vagyis az, hogy hány szakember rendelkezik egy intézményben mozgásterápiás képzettséggel, a foglalkoztatottak számától kismértékben függ. A két változó közti összefüggést megyei szinten már nem érvényesült.

Ezek alapján a hipotézis tehát alátámasztást nyert.

H.II.1.3. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben sokféle mozgásterápiás képzettség előfordul, ezek közül vannak azonban preferáltabb képzések a szakemberek körében.

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben végzett adatfelvétel alapján elmondható, hogy az előre összeállított 12 mozgásterápiás eljárás mindegyike előfordult az intézményekben, valamint az intézmények megneveztek további terápiás eljárásokat is, amelyeket a mozgásterápiás eljárások közé soroltak (például a Bobath-módszer, Dr. Földi Rita labdaterápiás módszere, vagy a gyógyújszás). A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek közül több, mint 70 szakember végezte el az alapozó terápiát, a szenzoros integrációs terápiát, illetve Kulcsár Mihályné mozgásterápiás eljárását, ami az összes, a mintában előforduló mozgásterápiás szakértelem 57%-a (235 fő esetében) (31. ábra). Ezeket tekinthetjük tehát a szakemberek között legnépszerűbb módszereknek. A hipotézist igazoltnak tekintem.

2. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek jellemzői a pedagógiai szakszolgálati intézményekben

H.II.2.1. A pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek létszáma megegyezik a foglalkoztatottak a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 7. mellékletében meghatározott minimális létszámával, illetve a pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek megyei összlétszáma a megye egy főre jutó bruttó hazai terméke értékével és a közigazgatási terület méretével korrelál.

A hipotézis részben igazoltnak tekinthető.

A hipotézis első része nem igazolt, mivel a KIR adatszolgáltatása alapján 2018. júliusban foglalkoztatott szakemberek létszáma nem egyezik meg a Rendelet által meghatározott minimális létszámokkal. Valamennyi területen kevesebb szakember volt a foglalkoztatottak között, mint a tervezett minimális létszám. 10% alatti szakemberhiánnyal számolhatunk Pest, Csongrád és Somogy megye esetén, hét megyében viszont 40%-nál magasabb ez az érték. Budapesten 28,6%-os szakembertöbbletről beszélhetünk, mint a Rendeletben minimálisan meghatározott létszám. Összességében a pedagógus munkakörben alkalmazottak közel 20%-os elmaradása, valamint a nem pedagógus munkakörben alkalmazottak 38%-os hiánya tapasztalható (25. ábra).

A gyógytestnevelés feladat esetében 761 minimálisan létszám helyett 474 gyógytestnevelő tanár volt nyilvántartva a KIR adatbázisában, a konduktív pedagógia esetén viszont valamivel többen, 231-en voltak foglalkoztatva a vizsgált időszakban, mint ehhez a feladathoz tervezett létszám (198 fő).

Az egy főre jutó bruttó hazai termék értéke és a megyei szakemberlétszám adatsorai között, korreláció számítás során nem volt kimutatható összefüggés ($r = - 0,137$, $p = 0,553$), tehát a hipotézis erre vonatkozó része sem igazolható.

A megyében foglalkoztatott szakemberek KIR adatbázisban regisztrált 2018. júliusi létszáma azonban szoros, pozitív korrelációt mutatott a szakemberek a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 7. mellékletében meghatározott minimális létszámával, valamint a rendszerből hiányzó szakemberek létszámával (12. táblázat). Tehát elmondható, hogy nem a GDP alapján oszlik meg arányosan a szakemberek létszáma a pedagógiai szakszolgálati intézményekben. Sokkal inkább valószínű, hogy a Rendeletben a minimális létszámok kidolgozásához használt módszer alapján arányos a hiányzó szakemberek és a ténylegesen foglalkoztatott szakemberek létszáma.

Ugyanakkor a hipotézis azon része, mi szerint a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak megyei létszáma a közigazgatási terület méretével korrelál, igazolt. A

15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletben szereplő, a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak minimális létszámára vonatkozó adatok, valamint a 218/2012. (VIII. 13.) Kormányrendelet alapján meghatározott járások száma közötti összefüggés vizsgálatából kiderült, hogy pozitív, igen szoros összefüggés tapasztalható a két adatsor között ($r = 0,963$, $p = 0,000$).

H.II.2.2. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek többsége többféle mozgásterápiás képzettséggel is rendelkezik. Azok a szakemberek, akiknek az alapképzettsége mozgásterápiás fejlesztésre irányul (konduktor, gyógytornász, gyógytestnevelő, gyógypedagógus szomatopedagógia szakirányon), nagyobb arányban szereznek mozgásterápiás képzettséget, mint a többi alapvégzettséggel rendelkezők.

A hipotézis nem igazolódott, mivel a szakemberek alapvégzettségétől függetlenül az összesített adatok alapján nagyobb részük (74%) egyféle mozgásterápiás képzettséggel rendelkezett a kutatás időpontjában. A szakemberek 18%-a kétféle, 5%-a háromféle és csak néhány fő rendelkezett négy vagy többféle mozgásterápiás képzettséggel.

Azok, akik egyféle terápiás eljárásban szereztek végzettséget, leggyakrabban a Marton Éva nevéhez köthető Alapozó terápiát, a (Dinamikus) szenzoros integrációs terápiát, Kulcsár Mihályné Mozgásterápia a tanulási zavarok enyhítésében elnevezésű eljárását, valamint az INPP módszert sajátították el. Azok körében, akik kétféle mozgásterápiás képzettséggel is rendelkeztek, az előbb említett három terápia volt a leggyakoribb párosítás.

Az alapvégzettségek tekintetében elmondható, hogy a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek többsége a mintában gyógypedagógus volt (65%), valamint 31 fő konduktor, az összes szakember 10%-a. Mozgásfejlesztésre irányuló további alapvégzettséggel rendelkezők közül a legtöbben, 14-en gyógytestnevelők, 6-an pedig gyógytornászok voltak (lásd 36. ábra). A gyógypedagógusok közül a szomatopedagógia szakirányon végzett szakembereket soroltam a kutatásban a mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségek közé, akik száma a mintában az összes gyógypedagógus 3%-a, 7 fő volt. A szakemberek valamennyi végzettségét számba véve tehát elmondható, hogy 312 végzettség közül 58 volt valamilyen mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettség (lásd 36. ábra). Ez azt jelenti, hogy a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező összes szakember 19%-a rendelkezett mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettséggel. Ezek alapján a hipotézis nem igazolt.

HII.2.3. A mozgásterápiás képzettségű szakemberek létszáma az intézményekben nem arányos a tagintézményben dolgozó szakemberek összlétszámával és nem egyenletesen oszlik meg a pedagógiai szakszolgálati intézményekben.

Korrelációs számítás során érzékelhető pozitív összefüggés volt kimutatható az intézményben ténylegesen foglalkoztatottak és a mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők létszáma között, ami a szignifikancia-vizsgálat alapján nem a véletlen műve (lásd 15. táblázat). Bár az összefüggés csak érzékelhető mértékű ($r = 0,513$ $p = 0,000$), a hipotézis ezért nem igazolt, tehát az intézményben dolgozók létszáma és a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma között az egyes intézményekre nézve pozitív összefüggés tapasztalható.

A mozgásterápiás képzettségre vonatkozó létszám adatok alapján megfigyelhető, hogy igen eltérő az intézmények stratégiája a mozgásterápiás képzettség megszerzését illetően. Két intézményben a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma húsz fő fölött volt (Pest megye és Baranya megye egy-egy intézményében), volt azonban olyan intézmény is, ahol senki sem rendelkezett mozgásterápiás képzettséggel (pl. Baranya megyében három, a mintába került pedagógiai szakszolgálati intézmény esetében, Veszprém megye két, Jász-Nagykun-Szolnok és Komárom-Esztergom megye egy-egy mintába került intézményében). Legnagyobb arányban 1-5 mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember volt elérhető a legtöbb (35) intézményben, tehát az összes intézmény 57%-ánál (lásd 30. ábra).

Emellett az alapvégzettségen felül mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők létszámának átlaga 4,95 fő (szórás 5,29) volt, amely eredmények a mozgásterápiás szakértelem egyenetlen eloszlására mutatnak rá.

Az intézményekben mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségek eloszlása tekintetében, a KIR adatbázisában szereplő adatok alapján elmondható, hogy 2018. júliusban legkevesebb 1 szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógus, 2 konduktor és 5 gyógytestnevelő elérhető volt megyénként (18. táblázat). A vizsgált megyékben a mozgásfejlesztést végző szakemberek létszámának leíró statisztikai elemzéséből kiderült, hogy valamennyi szakma esetén az átlagot is meghaladó, magas szórásértékekkel számolhatunk (19. táblázat).

A leírtak értelmében a hipotézis második fele igazoltnak tekinthető.

H.II.2.4. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek végeznek a képzettségüknek megfelelő terápiás tevékenységet a pedagógiai szakszolgálati munkájuk során.

A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámához viszonyítva kiderült, hogy átlagosan az intézményekben elérhető 4-5 szakemberből 2-3 szakember tart csak foglalkozást a pedagógiai szakszolgálati intézményekben. Ez azt jelenti, hogy nem minden mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember végez terápiás tevékenységet is. Az eredményt magyarázza, hogy a nem pedagógus munkakörben dolgozó szakemberek is szerepeltek a mintában, akiknek tevékenységében nem szerepel órakeret sem terápiás tevékenység végzéséhez a munkakörükből fakadóan. A kapacitás és annak kihasználtságának viszonya további vizsgálatot igényel. A hipotézis tehát nem igazolódott.

H.II.2.5. A mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettséggel rendelkező szakemberek létszáma a megyében található járások létszámával korrelál.

Pozitív szoros összefüggés volt tapasztalható a konduktor ($r = 0,803$ $p = 0,000$) és gyógytestnevelő tanár ($r = 0,838$ $p = 0,000$) végzettségű szakemberek létszáma és az adott megye járásainak száma között, a gyógytornászok esetében pedig a pozitív összefüggés érzékelhető mértékű volt ($r = 0,653$ $p = 0,002$), ezért a hipotézis igazoltnak tekinthető. (20. táblázat)

VII.3. A MOZGÁSTERÁPIÁS ELLÁTÁS MINŐSÉGÉVEL KAPCSOLATOS VÉLEKEDÉSEK

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben az előzőekből kiderült, hogy milyen az egyes terápiák elérhetősége, megoszlása, a szakemberek létszáma és más tényezők. Kíváncsi voltam, hogy az intézményben dolgozó szakemberek hogyan ítélik meg az ellátás különböző minőségi szempontjait. A KIR adatbázisa alapján 127 olyan szakember dolgozott a pedagógiai szakszolgálatban a vizsgálat idején, akik a gyermekek ellátását végezték. Közülük 34 fő (a szakemberek 26%-a), többségében gyógypedagógus szakember (25 fő, a megyében dolgozó gyógypedagógusok 34%-a) töltötte ki a kutatásban alkalmazott kérdőívet, amely alapján a Heves megyét érintő ellátás jellemzőihez tartozó eredményeket mutatom be. A fejezetben leírtak közül a mozgásterápiás ismeretek iránti igények, valamint annak a kérdésnek a bemutatása, hogy mennyiben gondolják a szakemberek, hogy tájékoztatni tudják az egyes eljárásokról a szülőket, részletesen kifejtésre került tanulmányomban (N. KLUJBER, 2019), így az ezekre vonatkozó megállapításokat összefoglalóan közlöm a dolgozatban.

A kutatásnak ez a része inkább a témakörök kutatásának indokoltságát igyekezett alátámasztani, hiszen az alacsony válaszadói létszám miatt a hipotézisek igazolásának statisztikai útja nem volt járható. A kérdőív fő témakörei voltak a pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek számára tehát a mozgásterápiás ismeretek szükségességére vonatkozó, a SORIANO (2005) alapelvein alapuló szempontok, valamint saját tájékozódásuk lehetőségeinek megítélése, amennyiben mozgásterápiás ismeretek alkalmazására van szükségük.

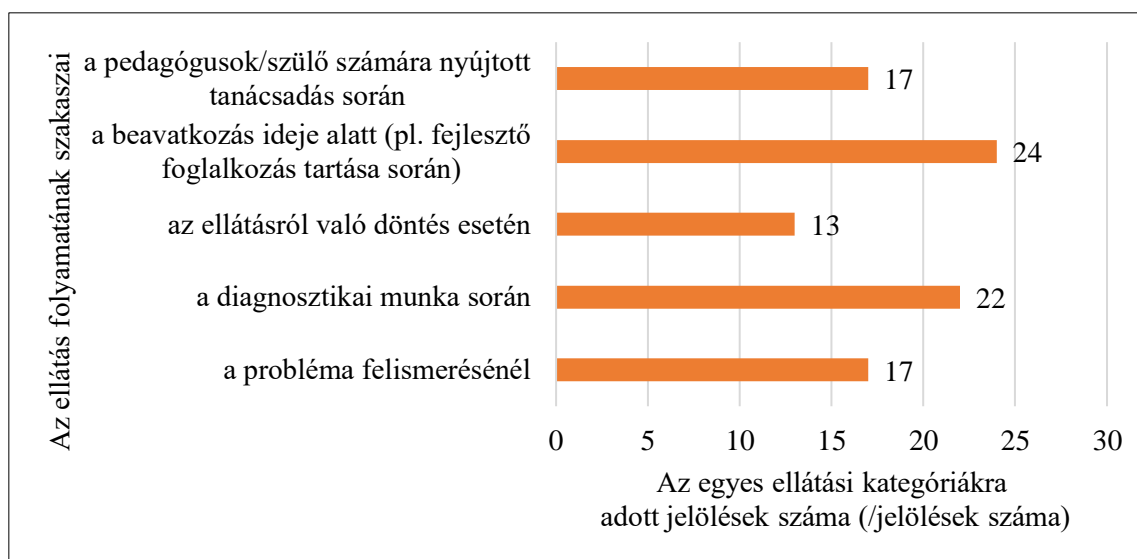
VII.3.1. A mozgásterápiás ismeretek szükségessége a pedagógiai szakszolgálati munka során

Lényeges szempont volt, hogy a különféle tevékenységeket végző szakemberek mennyire látják szükségesnek a mozgásterápiás ismereteket munkájuk során. Elképzelhető ugyanis, hogy bizonyos feladatkörök esetén hangsúlyosabb ez az ismeretkör, esetleg felmerülhet, hogy speciális terápiákról lévén szó, valójában ez az ismeretkör alapvetően nem, vagy kevéssé szükséges munkájuk során. A válaszok azonban megerősítették a feltevést az ismeretkör fontosságáról. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a nevelési tanácsadás és a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek 79%-a tartotta szükségesnek a mozgásterápiás ismereteket munkája során. Ennek mértékét a következő táblázat szemlélteti (22. táblázat).

		Az adott érték megjelölésének gyakorisága (/fő)	Az adott érték megjelölésének %-os eloszlása az összes válasz arányában
A skála értékei	1 - egyáltalán nincs rá szükség;	0	0
	2 - nincs rá szükség;	2	5,9
	3 - kismértékben szükséges	5	14,7
	4 – szükséges	6	17,6
	5 - nagy szükség van rá	21	61,8
	Összes megjelölés	34	100,0

22. táblázat: A mozgásterápiás ismeretek szükségességének megítélése ötfokú skálán. (Forrás: N. KLUJBER, 2019:27)

A pedagógiai szakszolgálati ellátás folyamatának több lépésében is közreműködnek a szakemberek (37. ábra), amelyek során eltérő mértékben tartották fontosnak a válaszadók a mozgásterápiás ismereteket. A válaszadók legalább 60%-a csak két területen, a beavatkozás folyamatában, illetve a diagnosztikai munkánál vélte meghatározó jelentőségűnek ezt az ismeretkört.



37.ábra: A mozgásterápiás ismeretek szükségessége az ellátás folyamatában (Forrás: N. KLUJBER, 2019:26)

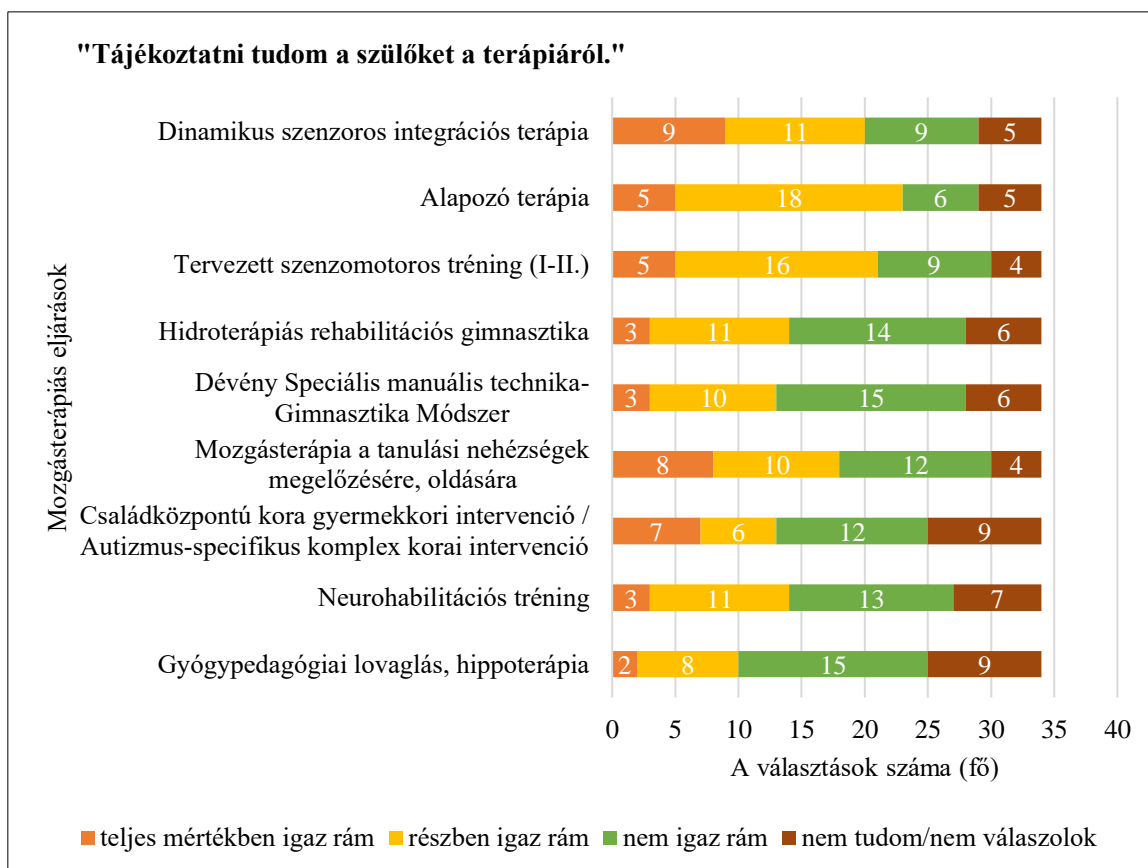
VII.3.2. A mozgásterápiákról való tájékoztatás képessége

Felmerül az a kérdés, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek a szakemberek a speciális terápia területén, ismerik-e őket. Mivel a pedagógiai szakszolgálat tevékenységéből fakadóan a szakemberek egyik szerepe a tájékoztatás, a kérdőívben szereplő kérdés annak megítélésére kérte a válaszadókat, hogy vajon tudják-e tájékoztatni a szülőket a különféle eljárásokról.

A kérdőívet kitöltő szakembereket arra kértem, hogy jelöljék egy előre összeállított lista alapján, hogy a megadott mozgásterápiák közül melyik az, amelyikről úgy gondolják, hogy

tájékoztatni tudják a szülőket. Az eltérő mozgásterápiákról való tájékoztatás megítélésére vonatkozó eredmények a 38. ábrán kerültek összesítésre.

Az eredményeket a teljes minta válasza alapján összefoglalva először is megfogalmazható, hogy a Dinamikus szenzoros integrációs terápia esetében megegyezett azok száma, akik úgy gondolták, hogy tájékoztatni tudják róla a szülőket azokkal, akik nem. A Dinamikus szenzoros integrációs terápia mellett az Alapozó terápia és a TSMT I-II. esetében volt megfigyelhető, hogy a legtöbben a *részben igaz rám* állítást választották. A gyógypedagógiai lovaglás és a „Családközpontú kora gyermekkori intervenció” az, amiről arányaiban többen azt nyilatkozták, hogy nem rendelkeznek elegendő ismerettel róla. Kulcsár Mihályné módszere, a Neurohabilitációs tréning, illetve a Hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika esetében a válaszok a *nem igaz rám* és a *részben igaz rám* állítások között oszlottak meg egyenlő arányban. Természetesen ezek az eredmények nehezen értelmezhetők anélkül, hogy ismernénk, a válaszadók képzetek-e az említett terápiák valamelyikében, vagy sem.



38. ábra: A mozgásterápiákról való tájékoztatás képességének megítélése a teljes mintában (saját ábra)

A mozgásterápiákkal kapcsolatos tájékoztatás színvonala területén külön vizsgáltam azok válaszait, akik rendelkeztek valamilyen mozgásterápiás képzettséggel és azokét, akik nem.

Megfigyelhető volt, hogy a mozgásterápiás végzettséggel nem rendelkező szakemberek több mint a fele úgy gondolta, hogy egyik terápia esetén sem tudná tájékoztatni azokról a szülőket.

Ugyanennek fordítottja lényegében a Dinamikus szenzoros integrációs terápia és a Kulcsár Mihályné nevéhez köthető terápia esetében volt megfigyelhető, vagyis azok, akik rendelkeztek valamilyen mozgásterápiás képzettséggel, véleményük szerint erről a két terápiáról nagy biztonsággal tudnának szakszerű tájékoztatást nyújtani.

A Hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika, a TSMT I-II., illetve az Alapozó terápia területén a válaszadók többsége csak *részben* tudott volna tájékoztatást adni a szülők számára. A fennmaradó terápiákról azonban meg kell állapítani, hogy egy-egy szakember volt csak, aki tájékoztatni tudná a szülőket. Ennek ellenére megnyugtató, hogy a válaszok között egy olyan terápia sem fordult elő, amelyről senki sem tudott volna tájékoztatást nyújtani.

A kutatás során gyűjtött adatokból kiderül, hogy a legtöbb terápia esetén a mozgásterápiás végzettséggel rendelkező szakemberek a tájékoztatás minőségét illetően a *részben igaz rám* állítást jelölték. Mindegyik eljárás esetén volt olyan szakember, aki legalább részben úgy ítélte meg, hogy tudja tájékoztatni a szülőket a felsorolásban megadott terápiás végzettség hiányában is. A szenzoros integrációs terápia, az Alapozó terápia és a TSMT I-II. esetén a mozgásterápiás végzettséggel nem rendelkező szakemberek közül legkevesebb nyolcan ítélték meg úgy, hogy tudnának legalább részben tájékoztatást adni, míg a többi terápiánál maximum öt fő jelölte ugyanezeket a válaszokat.

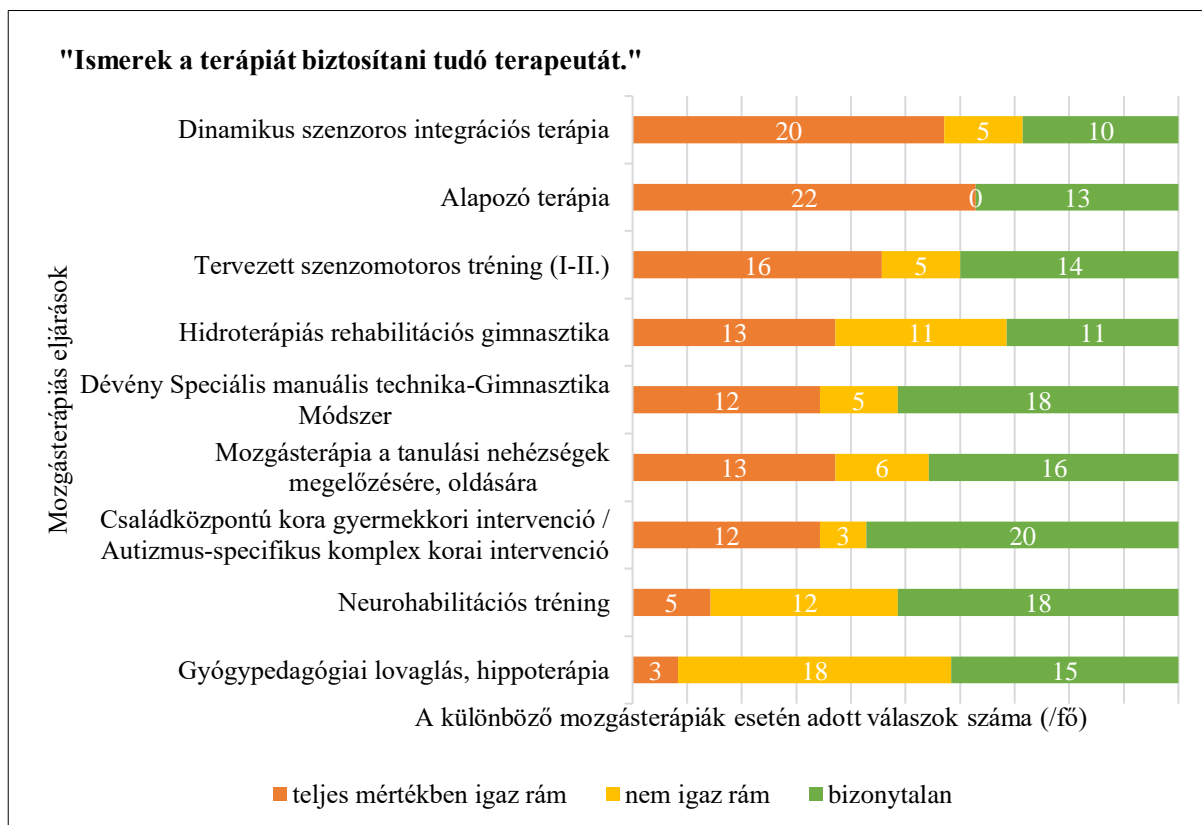
VII.3.3. A mozgásterápiás ismeretek elérésének lehetőségei a szakemberek számára a pedagógiai szakszolgálatban

A Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálatban a kérdőív kitöltői közül 15 szakember rendelkezett valamilyen mozgásterápiás képzettséggel.

Kíváncsi voltam, hogy a szakszolgálati intézményeken belül a felsorolt, legismertebb eljárásokkal kapcsolatban, ha végzettséggel nem is rendelkeznek a szakemberek, ismernek-e személyesen valamennyi eljárás esetén olyan terapeuta, akit ajánlani tudnak, akihez esetleg tanácsért fordulhatnak. A szakszolgálati munka team-jellege miatt feltételezhetően lehetőség adódik a tudásmegosztásra, így, ha a megyében van legalább egy szakember, aki rendelkezik a tájékoztatáshoz szükséges ismeretekkel (beleértve annak ismeretét, hogy hol vehető igénybe az adott terápia), vagy ismeretségekkel, közvetítheti kapcsolatait a munkatársai felé. Természetesen egy térségben a mozgásterápiás képzettségekkel rendelkező szakemberek aránya függ annak méretétől, illetve a felmerülő igények mértékétől.

A válaszadók a kijelentéssel való egyetértésüket, miszerint „*Ismerek olyan szakembert elérhető közelségben, aki ilyen terápiát biztosítani tud*”, alapvetően két kategória szerint minősíthették, illetve azok válaszait, akik bizonytalanok voltak, vagy nem adtak választ, a zöld sáv jelöli a 39. ábrán.

Megállapítható, hogy valamennyi terápiás eljárás esetén ismertek a válaszadók olyan szakembert, aki az adott eljárást alkalmazza is. Figyelemre méltó azonban az is, hogy minden, a listában szereplő terápia esetén nagyobb arányban voltak a bizonytalanok, illetve, akik nem ismertek a terápiát alkalmazó szakembert.



39. ábra: A mozgásterápiás eljárásokat alkalmazó szakemberek ismeretének megítélése a pedagógiai szakszolgálat szakembereinek körében (n=34 fő) (saját ábra)

VII.3.4. A mozgásterápiás ellátás minőségi szempontjainak megítélése

A pedagógiai szakszolgálatok mozgásterápiás ellátásairól az országos vizsgálat alapján részletesebb képet kaphattunk annak megismerésén keresztül, hogy hányféle eljárás, hány szakember érhető el az intézményekben, illetve milyen annak megoszlása. Ugyanakkor a statisztikai adatok kevésbé adnak képet az egyes intézmények működéséről, hogy vajon kielégítő-e a szaktudás elérhetősége. Ennek a kérdésnek az elemzéséhez a kutatásom két részvizsgálatában kerestem támpontokat. Egyrészt a pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek véleményének megismerésén keresztül, másrészt pedig az

intézményvezetők stratégiai megfontolásainak elemzésével. Előbbit mutatom be a fejezetben, részletesen.

A kérdőívben két kérdés vonatkozott a mozgásterápiás ellátás minőségi szempontjainak megítélésére. Arra kértem a válaszadókat, hogy rangsorolják SORIANO (2005) alapelveinek érvényesítését a mozgásterápiák vonatkozásában, valamint ítélik meg egy Likert-skála segítségével, mennyiben valósulnak meg az adott szempontok (*1-nagyon gyenge, 2-gyenge, 3-közepes, 4-jó, 5-kiváló*).

A kora gyermekkori intervenció megvalósításának alapelvei a *közelség*, a *minőségi ellátás*, az ellátások *rendszeres* biztosítása, a gyermek szükségleteihez való *illeszkedés*, a *folytonosság* (vagyis, hogy a ráépülő terápiás ellátás is álljon rendelkezésre), a *kedvező ár* (lehetőleg az ingyenesség biztosítása), a *holisztikus szemlélet* (a gyermek környezetének bevonása), illetve a különféle kiegészítő szolgáltatások *sokszínűségének* elérhetősége egy helyen (KEREKI (2015b:7)). Ezeket szűken a mozgásterápiákra is érvényesnek tekintettem.

VII.3.4.1 *Az ellátás alapelveinek megvalósulása a szakemberek megítélése szerint*

A mozgásterápiás ellátás minőségével kapcsolatos szempontok megítélésénél a válaszadók közül nem mindenki vállalkozott az értékelésre, az ő eredményeiket hiányzó adatokként tüntettem fel. Külön összesítettem azok véleményét, akik rendelkeznek mozgásterápiás végzettséggel és azokét, akik nem. Eredményeiket a *23. táblázatban* közlöm a leíró statisztikai adatok feltüntetésével.

A válaszadók egyes, előre megadott szempontokat egy Likert-skála segítségével értékelték abból a szempontból, hogy szerintük hogyan valósulnak meg a mozgásterápiás eljárásokkal kapcsolatban. A szempontok között a már idézett alapelvek mellett további, a gyakorlat szempontjából lényeges kérdés is megjelent (az eszközellátottság, az együttműködés lehetősége és a saját ismeretkör bővítésének lehetőségei a témában). A szempontokra adott skálaértékek alapján átlagot számoltam, amelyek összehasonlításából az látszik, hogy a szakemberek véleményében nincs jelentős különbség. A mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők alapvetően valamennyi szempontot egy kicsivel jobbnak ítélték meg. Két szempont esetében megfordult ez a viszony: a mozgásterápiás képzettséggel nem rendelkezők szerint jobb a lehetőségek hozzáférése a mozgásterápiákkal kapcsolatos ismeretekhez, mint azok szerint, akiknek van ilyen jellegű végzettsége, illetve más szakemberekkel az együttműködés minőségét is jobbnak ítélték meg.

A skálán adott értékelés alapján a legjobb (közepes) minősítést az ellátás általános minősége és a szakemberek közötti együttműködés területei kaptak mindkét válaszadói

csoporthoz. Összességében valamennyi szempont a gyenge és a közepes színvonalú megítélés között szerepelt a válaszadók körében.

A minimum és maximum értékek elemzéséből kiderül, hogy a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek az ellátás elérhetősége kivételével minden szempontnál adtak kiváló értékelést is, ez a másik válaszadói csoportban csak a szakemberek közötti együttműködésre vonatkozóan volt így. Egyébként a többi szempont esetében maximum a jó értékelést adták a válaszadók. Az értékelésben mindkét csoport a legtöbb esetben jelölte a nagyon gyenge kategóriát is, tehát a vélekedések megoszlottak az egyes szempontok esetén. A szórásértékek a legtöbb esetben az 1-hez közelítettek. Leginkább az eszközellátottság közepes minőségében értékelték egyet azok a válaszadók, akik nem rendelkeztek mozgásterápiás végzettséggel, a másik csoportban az ellátás elérhetősége tekintetében egyeztek a vélemények.

Az ellátásra vonatkozóan kiszámított átlag, valamennyi szempont figyelembevételével Heves megyében 2,89.

Ezeknek az értékeknek az ismerete más megyék esetén is informatív lenne, hiszen fontos információkat szolgáltat arról, hogy az intézményben dolgozók mennyire érzik jónak az ellátást.

Mozgásterápiás végzettséggel <u>nem</u> rendelkező szakemberek válaszai								Alapelvek	Mozgásterápiás végzettséggel rendelkező szakemberek válaszai							
N		Átlag	Medián	Módusz	Szórás	Minimum	Maximum		N		Átlag	Medián	Módusz	Szórás	Minimum	Maximum
Valid	Missing								Valid	Missing						
13	2	2,85	3,00	3	,899	1	4	Az ellátás minősége	11	1	3,27	3,00	3	,786	2	5
13	2	2,38	2,00	2	,961	1	4	A kínálat sokszínűsége	12	0	2,83	3,00	3	,937	1	5
14	1	2,21	2,00	2	,699	1	3	Eszközellátottság	10	2	2,70	2,00	2	1,059	2	5
14	1	2,71	3,00	2 ^a	,914	1	4	Az ellátás elérhetősége	12	0	2,83	3,00	3	,718	2	4
14	1	2,29	2,00	2	,994	1	4	Ingyenesség (minimális költségek)	11	1	2,55	3,00	3	1,128	1	5
14	1	2,50	3,00	3	,855	1	4	A szükséglethez igazodó ellátás biztosítása	12	0	2,83	3,00	3	1,030	1	5
14	1	2,64	2,50	2	,745	2	4	Az ismeretszerzés lehetősége a szakemberek számára a mozgásterápiákról	12	0	2,33	2,00	2 ^a	1,155	1	5
14	1	3,57	3,50	3	,852	2	5	Az együttműködés minősége más szakemberekkel	12	0	3,33	3,00	3	,778	2	5

^aMultiple modes exist. The smallest value is shown

23. táblázat: Az ellátás alapelveinek megvalósulása a szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiák vonatkozásában. Az ötfokú skála értékei: 1-nagyon gyenge, 2-gyenge, 3-közepes, 4-jó, 5-kiváló (saját)

VII.3.4.2 Az ellátás alapelveinek rangsora a szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiák vonatkozásában

A korábban felsorolt szempontok rangsorolására kértem a válaszadókat azzal a céllal, hogy látható legyen, melyek azok a körülmények, amelyekről úgy gondolják, hogy előtérbe kell helyezni a többihez képest. Természetesen a válaszok alapján nem lehet azt a következtetést is megfogalmazni, hogy egy-egy gyermek esetében a rangsor alapján döntenének a szakemberek az ellátásról, ugyanakkor viszonyítási pontként szolgálhat, ha arra szeretnénk választ kapni, hogy a nem kimondottan ideálisan megvalósuló ellátási rendszerben milyen szempontok dominálhatnak a döntéseknél. Ez indokolt lehet akár Heves megye esetében is, ahol a mozgásterápiás ellátás minőségére vonatkozó szempontok megítélésében a gyenge-közepes értékelést kapta a legtöbb lehetőség.

A szakemberek által összeállított rangsor bemutatásánál külön feltüntettem a mozgásterápiás végzettséggel és az azzal nem rendelkezők által kialakított sorrendeket. A 24. táblázat harmadik oszlopában a teljes mintára vonatkozó eredmények láthatók. A rangsor kiszámítása úgy történt, hogy az egyes szempontok rangsorban elfoglalt helyének számértékét összeadtam, majd az összességében legalacsonyabb értéket kapott szempont került a rangsor elejére.

	MOZGÁSTERÁPIÁS VÉGZETTSÉGGEL RENDELKEZŐK RANGSORA	MOZGÁSTERÁPIÁS VÉGZETTSÉGGEL NEM RENDELKEZŐK RANGSORA	RANGSOR A TELJES MINTÁBAN
1.	rendszeresség	illeszkedés a problémához	illeszkedés a problémához
2.	illeszkedés a problémához	rendszeresség	rendszeresség
3.	szolgáltatások sokszínűsége	minőség	minőség
4.	minőség és holisztikus	folytonosság	folytonosság
5.	szemlélet	szolgáltatások sokszínűsége	szolgáltatások sokszínűsége
6.	folytonosság	holisztikus szemlélet, közelség és kedvező ár	holisztikus szemlélet
7.	közelség		közelség
8.	kedvező ár		kedvező ár

24. táblázat: A mozgásterápiás ellátással kapcsolatos szempontok a pedagógiai szakszolgálati szakemberek által kialakított rangsora (saját)

A 24. táblázat alapján a legfontosabb szempontnak a szakemberek a problémához való illeszkedést tartották, valamint azt, hogy a gyermekek rendszeresen részesüljenek minőségi ellátásban. A rangsor végére került a közelség és a kedvező ár, amelyek elsősorban az ellátás területének anyagi vonzatára utalnak. KERÉKI és LANNERT (2009:209) kutatásából kiderült, hogy sokaknak nehézséget okoz például az utazás megoldása, a költségek fedezése, ugyanakkor e két szempont kevésbé az ellátás tartalmára, mint annak körülményeire vonatkoznak.

VII.3.5. Részösszegzés

A Heves megyei pedagógia szakszolgálat szakemberei legnagyobb arányban Kulcsár Mihályné mozgásterápiás eljárása, az Alapozó terápia végzettségekkel rendelkeztek. A szakemberek számára összeállított kérdőív segítségével arra kerestem főként a választ, hogy milyenek ítélik meg a mozgásterápiás ellátást a megye területén. Ehhez kapcsolódva a következő hipotézis került megfogalmazásra:

H.II.4.1. Attól függetlenül, hogy a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek⁵⁴ közül melyet/melyeket végzik a szakemberek, munkájuk során szükségesnek érzik a mozgásterápiás, mozgásfejlesztés területéről származó ismereteket a pedagógiai szakszolgálati ellátás folyamatának⁵⁵ minden szakaszában.

A kutatási kérdés az volt tehát, hogy tudnak-e megfelelően tájékozódni és tájékoztatást adni a pedagógiai szakszolgálatban dolgozó szakemberek a mozgásterápiákkal kapcsolatban. Ezzel kapcsolatban azt láthattuk, hogy a válaszok megerősítették a feltevést az ismeretkör fontosságáról. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a nevelési tanácsadás és a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek 79%-a tartotta szükségesnek a mozgásterápiás ismereteket munkája során: az állapotmegismerés és a terápia idején.

H.II.4.2. A különféle mozgásterápiás eljárásokról a pedagógiai szakszolgálat szakemberei úgy gondolják, hogy tájékoztatást tudnak adni a szülőknek, illetve ismernek olyan szakembert, aki alkalmazni tudja a terápiát, és akihez információgyűjtés szempontjából fordulhatnak.

A szakemberek válaszai megerősítették továbbá, hogy a pedagógiai szakszolgálat szakemberei tájékoztatást tudnak adni a különféle mozgásterápiás eljárásokról, ugyanakkor a tájékoztatás színvonalának megítélése a terápiás eljárás típusától és a szakemberek mozgásterápiás végzettségének meglététől is függ. A mozgásterápiás képzettség megléte esetén nagyobb biztonsággal tudják tájékoztatni a szülőket a szakemberek a különféle mozgásterápiákról. A kutatásból kiderült, hogy a szakemberek a mozgásterápiás képzettségükön kívül más terápiák esetén is rendelkeznek alapvető tájékozottsággal, amely segítségével legalább részben tájékoztatást tudnak adni a szülőknek.

Bár a legismertebb (a kutatásban megjelölt) terápiák esetén úgy ítélték meg a válaszadók, hogy tájékoztatást tudnak kérni, a gyógypedagógiai lovaglás, a neurohabilitáció és a HRG

⁵⁴ A pedagógiai szakszolgálat tíz ellátási területének listája a kérdőív felvételekor hatályos „15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről” alapján került leírásra

⁵⁵ A fogalom értelmezésében a pedagógiai szakszolgálati protokoll fogalomhasználatát vettem alapul (TORDA, 2015)

módszerek esetén a megkérdezettek harmada már nem ismert maga olyan terapeutát, aki a felsorolt eljárásokat ismeri, ami nehezítheti személyes tájékozódásukat és szükség esetén a hozzájuk fordulók továbbirányítását. Ugyanakkor jól segítheti az információk megosztását a teammunka, tehát, mivel valamennyi terápia esetén volt a megyén belül olyan, aki el tudná érni személyesen is az adott szakértelmet, az tehát elméletileg hozzáférhető a szakszolgálaton belül, bárkinek is legyen szüksége rá.

A továbbiakban elemzett kérdés volt, hogy mennyire elégedettek a mozgásterápiás ellátással a pedagógiai szakszolgálat szakemberei, illetve ehhez kapcsolódva különféle szempontok, amelyek a kora gyermekkori intervenció alapelvei, mennyiben valósulnak meg megítélésük szerint. További két hipotézis tartozott ezekhez a kérdésekhez.

H.II.4.3. A mozgásterápiás ellátás megvalósulásával elégedettek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek.

A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak által ötfokú Likert-skálán történő értékelés alapján összességében 2,89 átlagpontoszámú értékelést adtak a válaszadók a mozgásterápiás ellátásra vonatkozóan. A 2-es érték a kérdőívben a gyenge, a 3-as érték pedig a közepes meghatározást jelentette. Ez alapján a hipotézis nem igazolódott, a pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek közepesen elégedettek a mozgásterápiás ellátás helyzetével Heves megyében.

H.II.4.4. A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiás eljárások elérhetőségével kapcsolatban megvalósul a minimális költségek, a közelség, a szolgáltatások sokfélesége és a közelség szempontjai (SORIANO, 2005:20-22).

Heves megyére vonatkozóan a pedagógiai szakszolgálat szakemberei a mozgásterápiás ellátást minőségi szempontból úgy ítélték meg, hogy olyan tényezők, mint például a szolgáltatás elérhetősége, sokfélesége, az eszközellátottság, a szakemberek közötti együttműködés a mozgásterápiákkal kapcsolatban gyenge és a közepes színvonalú. A válaszok általánosságban értelmezhetőek Heves megyére nézve, tehát nem kizárólag a pedagógiai szakszolgálati intézményekre, hanem mindazon ellátási helyszínekre, ahol az érintett szakemberek megfordulnak, vagy kapcsolatba kerülnek a gyermekek esetei kapcsán.

A szakemberek szerint az ellátással kapcsolatban a legfontosabb szempont a gyermek szükségletéhez illeszkedő eljárás elérhetősége, illetve annak rendszeressége. Kevésbé fontosnak ítélték meg az ellátásban a közelséget és a költségfedezetet.

VII.4. A MOZGÁSTERÁPIÁS ELJÁRÁSOKKAL KAPCSOLATOS INTÉZMÉNYI STRATÉGIÁK

A Heves megyére vonatkozó mozgásterápiás helyzetkép jobb megismerése érdekében a megyében működő intézményeket koordináló főigazgatóval készítettem strukturált interjút. A strukturált fő területei voltak a mozgásterápiás ellátással kapcsolatos intézményi stratégiák megismerésére irányuló kérdések. A főigazgatóval készített interjú szövege a Mellékletben található (*Melléklet 14.*).

Az interjú kérdései a mozgásterápiák intézményi szintű szervezése kapcsán a szakember- és az eszközellátottság témakörei, a mozgásterápiákkal kapcsolatos nehézségek és az intézmény terveire tértek ki.

A mozgásterápiákkal kapcsolatosan a főigazgató elmondta, hogy az intézményben elsősorban az Alapozó terápia és a szenzoros integrációs terápia, valamint Kulcsár Mihályné mozgásterápiás eljárása terjedt el. Ez tükröződik az országos felmérés adataiban is, hiszen a leggyakrabban elvégzett képzések közé tartoztak. A terápiás képzések elvégzése esetén megerősíthető volt a beszélgetés alapján, hogy a képzési idő is befolyásolta azok elvégzését: „elterjedtek hosszabb képzési időbe tartozó terápiák is, de jellemzőbb volt, hogy rövidebb idő alatt elvégezhető képzésekre mentek el a kollégák (harminc, hatvan órás képzésekre)”. A mozgásterápiák között „eszközre épülő” eljárásokat is elvégeztek a kollégák, mint a Magyar Gábor nevéhez köthető Mozgáskotta. Az ilyen típusú képzések sikeresen bővítik a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek során alkalmazható módszertani repertoárt, mert a szakemberek magukkal is vihetik. Ez nem minden terápia esetén megoldható (például a szenzoros integrációs terápia esetén).

A képzések elvégzésénél az intézmények saját hatáskörébe tartoztak a továbbképzésekről való döntések, illetve az egyéni érdeklődéstől és finanszírozástól is függött: „Ezt a tagintézmények választották meg, hogy miben szeretnének képződni, illetve, hogy mit tudnak finanszírozni. De ez függött a vezetői elhatározástól is. Például Egerben a logopédusokkal közösen egyeztünk meg a beszéd és mozgás együttes fejlesztése érdekében, hogy minden logopédus elvégzi az alapokat. Egy kolléga az Ayres-terápiát is elvégezte, ami már hosszabb képzés. Természetesen a kollégák önköltségen is vettek részt képzéseken, de ebben az értelemben nem egységes az elosztás.”

Az intézmények mozgásterápiás kínálatával kapcsolatban az interjú során megerősítést nyert, hogy fontos a tagintézmények számára ezen a területen képzett szakember, ugyanakkor nem feltétlenül cél, hogy mindenhol egyformán elérhető legyen: „A szenzoros integrációs terápia és az Alapozó terápia, vagy annak valamilyen képzése kellene, hogy mindenhol legyen. Ha ettől speciálisabbra van szükség, lehet, hogy az az olcsóbb, ha a gyermeket juttatjuk el a

terápiához.” Ennek okaként felmerült, hogy a szenzoros integrációs terápia speciális eszközsükséglete és körülményei miatt nem lehet utaztatni. A főigazgató megfogalmazása szerint „szervezési szempontból a ritkábban szükséges eljárásokat könnyebb eljuttatni”. Emellett finanszírozási okai is vannak az intézmények terápiás kínálatai közötti különbségeknek: „Ahhoz, hogy a tagintézmények között egyformán legyenek képzett szakemberek, források, lehetőségek szükségesek, mert a képzések nagyon drágák. Sajnos hiába tudjuk, hogy mi lenne a helyes, a lehetőségre is szükség van.” A pedagógiai szakszolgálati intézmények esetében fontos segítség a pályázási lehetőség, amelyre az intézménynek nem volt lehetősége az utóbbi időben.

Az eszközellátottsággal kapcsolatban felmerült, hogy ha van is mozgásterápiás eszköze a pedagógiai szakszolgálatnak, az nem feltétlenül használható (bizonyos eszközök kötöttek a biztonsági előírásokhoz, tehát például a szenzoros integrációs terápia kapcsán a megfelelő tartószerkezetnek is meg kell lennie, ami korlátozza a hozzáférést, hiszen nem utaztatható. Felmerül továbbá, hogy az eszközök mellé a képzés is szükséges, ami nem minden esetben adott.

Az eszközök nagy része a megyében az intézményrendszer átszervezése előttről származik, az akkori elhatározásoknak megfelelően, amelyet befolyásolt az is, hogy kevesebb eszközt igényeljen: „A Kistérségek pályáztak korábban ezekre az eszközökre attól függően, hogy milyen feladatot vállalt fel a Kistérség. A megyeszékhely például a logopédiát és a pályaválasztást vállalta fel [...], amelyet biztosítani fog. Ebben nem volt mozgásfejlesztés. A logopédia, a pályaválasztás és a gyógytestnevelés volt még a leggyakoribb választás, mivel ezek kevés eszközt igényeltek.” Az intézményrendszer átszervezése kapcsán inkább a protokollok egységesítési törekvéseit érezték meg, ami azonban az eszközfelszereltség összehangolására nem terjedt ki. A megye szakszolgálati intézményei konduktív pedagógiai eszközöket és a szenzoros integrációs terápiához való eszközöket kaptak, ugyanakkor ez nem volt arányos a tagintézmények számával, és a képzésen való részvétel is korlátozott volt, amely biztosíthatna volna szakszerű használatukat.

A mozgásterápiás ellátással kapcsolatban a diagnosztikai területen merültek fel fejlesztési célok, ugyanakkor a képzések területén kevésbé kerül most a középpontba a mozgás.

VIII. ÖSSZEGZÉS

A disszertációban bemutatott kutatás témája volt a magyarországi mozgásterápiás ellátással kapcsolatos kérdések vizsgálata, amelyek a gyermekek tanulási képességeinek fejlesztéséhez, ezáltal eredményes iskolai tanulásának támogatásához járulnak hozzá. A mozgásfejlesztés és a mozgásterápiák alkalmazása több szakma kompetenciakörét is érinti (például gyógytornászok, gyógypedagógusok, gyógytestnevelők), illetve ezek egy szűkebb köre pedagógus végzettséggel is elsajátítható és alkalmazható. A mozgásfejlesztés, mozgásterápiák témaköre a neveléstudományi kérdésfelvetésekhez is szorosan illeszkedik annak gyógypedagógiai tevékenységhez való kapcsolódása révén, illetve az integráltan nevelt és oktatótt gyermekek ellátásának részeként az intézményes nevelés hétköznapijait is érintik. Megjelennek a gyermekek állapotáról készült szakértői véleményekben, esetenként az óvodában, iskolában kerülnek megszervezésre, valamint a pedagógusok szakmai továbbképzése során is teret kaphatnak. Fontos terület tehát a pedagógusok számára is ezen eljárások céljaira, működésére való rálátás biztosítása, valamint annak ismerete, hogy miként járulnak hozzá a gyermek tanulási folyamatainak támogatásához.

Magyarországon az integráltan nevelt gyermekek szükségleteinek ellátásához is szorosan kapcsolódó támogató rendszer, a kora gyermekkori intervenció keretei között biztosítja a gyermekek fejlődésének támogatásában szerepet játszó fejlesztő és terápiás eljárásokat. Ebben a tevékenységben a pedagógiai szakszolgálati intézmények központi szerepet töltenek be. A kutatás a terápiás eljárások elérhetőségének, illetve az arra irányuló szükségletek vizsgálatán keresztül arra kereste a választ, hogy milyen igények mutatkoznak kimondottan a mozgásfejlesztés, mozgásterápiák igénybevételére és ezeket a pedagógiai szakszolgálatban milyen mértékben van lehetőség elérni azokat.

A neveléstudományi kutatásokban a különféle mozgásterápiás eljárásokhoz kapcsolódó vizsgálatok a tanulási zavarok megelőzésének és kezelési lehetőségeinek, a gyermekek iskolai bevalásának háttérben álló tényezők feltárására irányulnak. Ezeknek alapot adnak azok a vizsgálatok, amelyek az ellátások elérhetőségének, a terápiás helyzetkép feltárására irányulnak (KEREKI és LANNERT, 2009, LANNERT, 2009, KERÉKI, 2011, 2013, 2015ab), amelyekhez jelen dolgozatban bemutatott kutatás is csatlakozik.

Az idézett kutatások eredményei viszonyítási pontként szolgálnak a teljes kora gyermekkori intervenció rendszere közel tíz évvel korábbi állapotának, illetve középpontjában ennek egy részterülete, a mozgásterápiás helyzetkép jelenlegi viszonyainak megértéséhez. Az idézett, 2009-ben végzett helyzetelemzés, majd a 2011-ben publikált regionális elemzés a rendszer részletes bemutatása során az akkori jogszabályi és intézményi környezetben készült,

amely a kora gyermekkori intervenció széleskörű intézményi hálózatára terjedt ki. Ez jelentette az egészségügyi, az oktatási és a szociális intézmények működését, amelyek közös egységbe foglalása az ellátások sokféleségére adott rálátást. Ezt követően számos átalakítás történt: a korai fejlesztés a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei közé került (15/2013. EMMI rendelet), emellett megszületett számos kiadvány, a szakemberek számára továbbképzések indultak diagnosztikai, szűrőeszközökről, a kora gyermekkori intervencióban végzett munka támogatásához (védőnők, orvosok, pedagógiai szakszolgálati szakemberek), valamint az ágazatok közötti egyeztetések is megindultak. Indokolt tehát az adatok aktualizálása, a fejlesztések hatására bekövetkezett változások megfigyelése is.

A doktori disszertációban bemutatott kutatás során a pedagógiai szakszolgálatokban az országos mozgásterápiás ellátottság feltérképezése mellett a KERÉKI szóhasználatában „kritikus övezetbe tartozó” régió egy megyéjében vizsgáltam az ellátottak körét és a számukra ajánlott terápiákat, tehát a felmerülő szükségletek és az ellátási lehetőségek dimenzióit.

Az országos vizsgálat során összesen tíz megyéből érkező adatok segítségével az intézményben mozgásterápiás végzettséggel rendelkező szakemberek létszámát, a mozgásterápiák típusait mértem fel, valamint, hogy egy-egy intézményben hány és hányféle terápia érhető el. A kutatásban a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező, pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámának meghatározására is törekedtem. Ezt követően a Heves megyei helyzetkép feltárásához a gyermekek oldaláról felmértem a mozgásfejlesztés, mozgásterápiák iránti szükségleteket (az iskola előtt álló gyermekek körében), valamint a pedagógusok és a szülők erre vonatkozó észleléseit, illetve a szükségletekre adott válaszként elemeztem a pedagógiai szakszolgálat mozgásterápiás kínálatát a megyében. A statisztikai adatok mellett a mozgásterápiás ismeretek fontosságának és az ellátás minőségének megítélésére kértem az intézményben foglalkoztatott szakembereket, ezen keresztül segítve a kapott adatok értelmezését.

A kutatás legfontosabb eredményeit, az ezekhez kapcsolódó további kérdéseket, kutatási lehetőségeket, illetve következtetéseket a következőkben szeretném röviden összegezni.

VIII.1. A KUTATÁS LEGFONTOSABB EREDMÉNYEI

A kutatás fő kérdésköre tehát az volt, hogy milyen igények merülnek fel a mozgásfejlesztés, mozgásterápiás eljárások igénybevételére, különösen az iskolakezdés előtti helyzet szempontjából, illetve, hogy milyen lehetőségeket nyújt a pedagógiai szakszolgálat a felmerülő szükségletek kielégítésére.

A mozgásfejlesztés és mozgásterápiák iránti *igényeket* egyrészt az iskolaérettség szempontjából közelítettem meg, ahol a gyermekeknek az eredményes iskolakezdéshez szükséges mozgásos készségeinek felmérése is történik. Elemeztem egy megyére vonatkozóan a gyermekek mozgásos készségeit, azon belül, hogy milyen mértékben jelenik meg körükben az említett terület fejlettségének elmaradása, illetve, hogy a pedagógiai szakszolgálat milyen arányban ajánl számukra mozgásfejlesztést, mozgásterápiákat. A mozgás fejlesztése, terápiája iránti igényeket a pedagógusok és szülők oldaláról is igyekeztem felmérni, vagyis, hogy ők milyen arányban észlelik a gyermekeknél a mozgásos terület fejletlenségét. Ez ugyanis arra mutathat rá, hogy mennyiben érzékelik lényeges problémának a mozgás területeit azoknál, akiknek szükséges lenne valamilyen ellátás. Mennyire tudják pontosan felmérni a mozgásos területen tapasztalható elmaradásokat a gyermekeknél.

Heves megyében a 2017-ben iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek hasonló arányban *teljesítettek* átlagos és átlag alatti szinten a mozgásos területen, mint a többi, mért részképesség területén, vagyis a kognitív készségek, nyelvi készségek, számolási készségek és a szociális, vagy adaptív készségekben. Átlag alatti teljesítményt a vizsgált gyermekek 40%-a ért el általában, akik esetében az óvoda és a szülők esetleg nem értettek egyet az iskolakezdés időpontjáról, vagy nem volt megítélhető az óvodai dokumentumok alapján fejlettségük. Az eredményekben a korosztályok között különbség volt, a 6 év 7 hónapnál idősebb gyermekek 47%-a teljesített átlag alatti szinten a mozgásos készségek területén, míg a náluk fiatalabbak körében arányait tekintve kevesebben voltak az átlagos szint alatt. Megfigyelhető azonban, hogy az iskolaérettségi vizsgálatához alkalmazott „Vizsgálóeljárás az iskolára való felkészültség megítélésében” (TORDA, 2015) eszköz alapján extrém alacsony teljesítményt elért gyermekek aránya a 6-6,5 éves korban volt a legnagyobb. A mozgásos készségeknél elsősorban a vizsgált 291 gyermekre vonatkozóan az irányérzékelés, az egyensúly és a testközépvonal átlépése területén mutatta meg a nehézségeket.

Az eredményekből kirajzolódott, hogy kevésbé jelentős és jelentős hiányosságokkal valamennyi vizsgált gyermek 34%-a rendelkezett a mozgásos készségek területén, akik számára valamilyen segítségnyújtás is indokolt, akár elkezdi az iskolát, akár nem. Közülük

31-en kaptak javaslatot az iskola megkezdésére, illetve 64 gyermek számára az óvodai nevelés idejének meghosszabbítását látták szükségesnek.

Nem volt tapasztalható a gyermekek teljesítményében lényegi összefüggés életkoruk, vagy az intézményük székhelyének típusa szerint sem, tehát ezektől tulajdonképpen független volt az általuk mutatott képességprofil.

A kapott eredményeket járási szinten is összesítettem, amely visszajelzés lehet az intézmények számára is, illetve egy-egy térségben a fejlesztési célok kijelöléséhez. A területi összehasonlításból láthatóvá vált, hogy különbségek vannak a járási intézményekben kapott eredmények között. Volt olyan intézmény, ahol egy-egy területen a gyermekek nagyobb arányában voltak megfigyelhetőek elmaradások (például a Füzesabonyi járásban az adaptív viselkedés területén), ugyanakkor olyan is, ahol valamennyi képességterületen hasonló szintet értek el a gyermekek (Hatvani járás). A mozgásos készségek fejlettségéről kapott eredmények is változatosak voltak, három intézményben teljesítette a feladatokat átlag alatt a gyermekek 21-26%-a, két intézményben pedig azok 50-55%-a. Mivel azonban a gyermekek képességeinek fejlettsége egyéni sajátosságokon nagymértékben múlik, ezért a kapott eredmények intézményi stratégiákba való beillesztéséhez longitudinális vizsgálat végzése szükséges. A kutatásban kapott eredmények egy pillanatképet nyújtanak, amely azonban az iskolakezdő gyermekekről, illetve az óvodai nevelésüket tovább folytató gyermekek esetén is támpontokat adhatnak a pedagógusok tevékenységének szervezésénél, a fejlesztés területeinek kijelölésekor.

A gyermekek mozgásos készségeinek fejlettségét egy 2015-ben kifejlesztett, magyar standarddal rendelkező eszköz segítségével vizsgáltam (TORDA, 2015), a vizsgálati dokumentáció elemzésével. Mivel ennek az eszköznek a standardizálást követő felhasználásáról nem áll rendelkezésre további vizsgálati eredmény, a kapott adatok egyúttal a teszt fejlesztése során célzott csoportnál való kipróbáláshoz is hozzájárulnak. Emellett az annak használatával végzett további kutatásokban alkalmas területi összehasonlítás elvégzéséhez, illetve a disszertációban elemzett térségben hosszanti vizsgálatokkal a helyi jellemzők leírásához, amelyek a fejlesztések céljainak kijelölését támogatják.

A mozgásterápiák iránti igények területét tehát egyik oldalról a gyermekek az iskolaérettségi vizsgálaton elért teljesítménye szempontjából közelítettem meg, ugyanakkor a *pedagógusok és szülők által észlelt problémák* adták ennek másik aspektusát. Mivel a gyermekek szükségleteihez illeszkedő ellátás biztosításának folyamata az észleléssel veszi kezdetét (*1. ábra*), a pedagógusok fontos közreműködői annak, hogy a gyermek minél korábban jusson a megfelelő ellátáshoz. Lényeges tehát problémaészlelésük vizsgálata, vajon felismerik-e időben – mások mellett – a mozgásos területen tapasztalható problémákat.

Elmondható, hogy mozgásos készségek területére a vizsgálatkérések 20%-ban jeleztek valamilyen problémát, tehát jóval kevesebbszer, mint ahány esetben a mérés során átlag alatti teljesítményt mutattak a gyermekek. Míg a mozgás területén alábecsülték a gyermekek elmaradásait, addig az adaptív viselkedés szempontjából többször jeleztek problémákat, mint amennyire ez beigazolódott. Bár kis elemszámú adat állt rendelkezésre törvényszerűségek megfogalmazásához, érzékelhető, hogy a mozgásos készségek elmaradásánál inkább adaptív viselkedésbeli problémaként észlelték a gyermek viselkedését a szülők és pedagógusok. Erre utalt, hogy 11 gyermek esetén, akiknek csak mozgásos területen volt átlag alatti teljesítményük, 9 esetben nem jeleztek mozgásos területen elmaradást a pedagógiai jellemzésben, ugyanennyi esetben azonban az adaptív viselkedés problémáit írták le. A pedagógusok észlelésére vonatkozóan megállapítható tehát, hogy a mozgásos területen pontosítása szükséges, mivel számos esetben nem jelenik meg a gyermekekről írt jellemzésekben ezek elmaradása.

A mozgásterápiák, mozgásfejlesztés iránti igények elemzésének további vizsgálati módszere volt a pedagógiai szakszolgálati intézményektől kapott létszámadatok statisztikai feldolgozása. Ez alapján a 2017/2018-as tanévben mozgásfejlesztést, mozgásterápiás foglalkozást a mintát alkotó 61 intézményben összesen 3169 gyermek számára nyújtottak, 1658,5 órában. Az intézményekben az ellátott gyermekek száma azonban nagy szórást mutat, míg átlagosan 55, van olyan intézmény, ahol 0 és ahol több, mint 400 gyermek vesz részt ilyen típusú terápián. Az országos felmérésből származó adatok felvetik többek között azt a kérdést, hogy a gyermekek ellátásához vajon elegendő-e a rendelkezésre álló szakemberek száma. A mozgásterápiás ellátás formáiról, az ellátottak számáról nyert adatok viszonyítására nem volt lehetőségem a kutatás keretei között, ugyanakkor leírásukat fontosnak tartottam, mivel ezekről a kérdésekről nem rendelkezünk információkkal. A viszonyításhoz szükséges lenne további vizsgálatok során az összes ellátott gyermek létszámának felmérése, illetve az intézmények egyedi stratégiáinak megismerése mind az óraszámokkal való gazdálkodás, mind pedig a szakemberek végzettségének kihasználtságával kapcsolatosan.

A kutatás másik fontos kérdése tehát a mozgásfejlesztés, mozgásterápiák *igénybevételi lehetőségei* a pedagógiai szakszolgálati intézményekben. Ennek a területnek a vizsgálatához egyrészt sor került egy megyében az iskolaérettségi vizsgálatához kapcsolódva ajánlott terápiás eljárások feltérképezésére. Összesítettem a megye vonatkozásában az intézményben foglalkoztatott szakemberek ilyen irányú végzettségeit, illetve egy országos adatgyűjtés is megvalósult 2018. tavaszán.

A pedagógiai szakszolgálati tagintézményeket reprezentáló kutatás alapján, bár nem minden intézményben, de legalább megyénként többféle mozgásterápiás eljárás is elérhető az azt igénylők számára. Az elérhető eljárásokban nagy különbségek mutatkoznak a területi fekvéstől függően is, illetve abban, hogy hol, hányféle eljárás közül lehet választani.

Láthatóvá vált, hogy a leginkább elterjedt mozgásterápiás eljárások a pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatott szakemberek körében a Marton-Dévényi Éva nevéhez köthető Alapozó terápia, a szenzoros integrációs terápia eljárások - legelterjedtebb formájában a Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia -, valamint a Kulcsár Mihályné által a tanulási zavarok oldására kialakított mozgásterápiája. A kutatásban vizsgálatra került, hogy egy szakember hányféle képzettséget szerez, illetve több képzettség esetén melyeket párosították szívesen. Elemzésre kerültek a mozgásterápiás képzettséggel rendelkezők alapvégzettségei is, amelyből kiderült, hogy nem azok végzik el elsősorban ezeket a képzéseket, akik már eleve mozgásfejlesztésre irányuló képzettséggel rendelkeznek.

Sor került a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának többféle kiszámítására az ellátási lehetőségek megismerése érdekében. A 61 intézményben összesen 302 mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember közül többen, többféle képzettséget is szereztek, így 410 mozgásterápiás szakértelem volt elérhető az intézményekben – más-más elosztásban. Kiderült, hogy nincs minden intézményben mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakember, de a legtöbb intézményben 1-5 szakember elérhető volt. A mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségek valamennyi intézményben megtalálhatóak (szomatopedagógia szakirányú gyógypedagógus, konduktor és gyógytestnevelő), a konduktor és a gyógytornász szakemberek létszáma pedig a megye nagyságával volt arányos.

A szakemberek létszámainak kiszámításánál a viszonyításhoz statisztikai elemzésre kerültek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben dolgozó szakemberek létszámadatai is. Ennek kapcsán az intézményrendszer általános szakemberellátottságával kapcsolatban fény derült a megyénként minimálisan meghatározott szakemberlétszámoktól való eltérésre. Az intézményrendszerből 1419 személy hiányzott a vizsgálat időpontjában. A hiány mértéke nem volt összefüggésben a megyék egy főre jutó bruttó hazai termékének értékével. Az intézményekben foglalkoztatottak létszáma a megye nagyságát a kutatásban leírójaként választott járások számával pozitív, szoros korrelációt mutatott. Az intézményrendszer jellemzésénél leírásra került az intézmények területi elhelyezkedése, a szakemberek létszáma, a fenntartók és intézménytípusok szerinti felosztása. Az összegyűjtött adatok segítségével az országos szakemberellátottsághoz viszonyítva durva becsléssel megállapítható volt a

mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek országos létszáma, körülbelül 1300-1650 fő lehet.

A kutatásban elemzésre választott megyében megvizsgáltam az iskolaérettségi vizsgálathoz kapcsolódva ajánlott mozgásterápiás eljárások számát, amelyek az összes, javasolt beavatkozáshoz viszonyítva a gyermekek 4%-ánál jelentek meg, tehát csekély mértékben. Ugyanakkor a fejlesztő foglalkozásokon való részvétel 70 gyermek számára volt javasolt, melynek a gyermek szükségleteitől függően része a mozgásos készségek fejlesztése is. Ez alapján tehát a gyógypedagógiai tevékenység keretében kerül sor leginkább a mozgásos területen elmaradást mutató gyermekek készségeinek fejlesztésére, a terápiás ajánlások korlátozott mértékben jelentek csak meg az iskolaérettségi vizsgálaton vizsgált gyermekeknél. A gyermekek korábbi terápián való részvételeinek elemzése során ennél nagyobb arányban volt megfigyelhető a mozgásterápiák jelenléte, összesen a vizsgálati mintában szereplő 34 gyermeknél: a gyógyúszás, gyógypedagógiai lovaglás, a Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia. A leggyakrabban az Alapozó terápiát alkalmazták. Figyelembe kell venni ezen eredmények értelmezésekor, hogy nem jelenik meg bennük a megyében elérhető teljes mozgásterápiás kínálat. Ennek oka egyrészt, hogy még az óvodás korosztály tekintetében is egy szűkebb mintára vonatkozott az elemzés, tehát a vizsgálatban nem szereplő gyermekek ellátásának megismerése nem történt. Továbbá, nem kerültek vizsgálatra a pedagógiai szakszolgálati intézményi kereteken kívül elérhető eljárások, amelyeket az óvodák, vagy más szervezetek biztosítanak, akár önköltséges formában, akár ingyenesen. Ezek a tényezők akár alapvetően befolyásolhatják a kapott eredményeket, ezért a pontos megfogalmazás érdekében az itt bemutatott számadatok csak a pedagógiai szakszolgálati intézmények keretei között értelmezhetőek, amely feltételezhetően az ingyenesen hozzáférhető eljárások legnagyobb részét lefedi.

A kutatás szempontjából a megyei elemzésben a cél az volt, hogy rálátást nyerjünk, vajon a felmerülő igényekhez illeszkednek-e az ajánlott eljárások. A kapott eredmények alapján azt láthattuk, hogy leggyakrabban olyan terápiák kerülnek ajánlásra, amelyek biztosítása a pedagógiai szakszolgálat által is megoldható.

A megyei intézmények mozgásterápiákkal kapcsolatos stratégiáinak jobb megismeréséhez készített intézményvezetői interjú során láthatóvá vált, hogy a legelterjedtebb terápiák részben az intézmény elképzeléseinek és lehetőségeinek is alapultak (céljuk volt a mozgásterápiák területén alapvető ismeretek elsajátítása, illetve pályázatok útján ezekre a képzésekre tudtak eljutni), illetve az egyéni érdeklődésen és finanszírozáson múltak. A mozgásterápiákkal kapcsolatban

igényként merült fel azonban a megfelelő képzéseken való részvétel lehetősége. Az, hogy valamennyi intézményben elérhetőek legyenek a mozgásterápiák, nem minden esetben oldható meg, a gyermek eljuttatásának megszervezése jobb megoldásnak bizonyul, ami nem csak olcsóbb, hanem szakmailag is megfelelőbb (például a szenzoros integrációs terápia kapcsán, ahol az eszközök alkalmazásához biztonsági előírások miatt megfelelő helység is szükséges).

Végül, a mozgásterápiákkal kapcsolatos helyzetkép értelmezéséhez az elemzés középpontjában álló megye szakemberei az ellátást minőségi szempontból értékelték. A 34, elsősorban gyógypedagógus szakember szerint a kora gyermekkori intervenció tekintetében érvényesíteni kívánt szempontok gyenge-közepes mértékben valósulnak meg a mozgásterápiás ellátással kapcsolatban: a szolgáltatás elérhetősége, sokfélesége, az eszközellátottság, a szakemberek együttműködése. A mozgásterápiás végzettséggel rendelkezők valamivel jobbnak ítélték meg valamennyi szempontot, a szakemberek együttműködésével volt mindkét csoport egyaránt a leginkább elégedett. A kutatás további irányaként fontosnak tartom az elégedettség mértékének megítélését további megyékre is kiterjeszteni, ami fontos visszajelzést adhat a mozgásterápiák biztosításával kapcsolatos problémák feltérképezésében.

A szakemberek körében végzett kérdőíves felmérés egyébként megerősítette, hogy szükségesek lehetnek számukra is a mozgásterápiás ismeretek az ellátás különféle szakaszaiban, illetve tevékenységeinél: elsősorban a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a nevelési tanácsadás, valamint a szakértői bizottsági tevékenység során. Bár a kutatás elsősorban a mozgásterápiás ismereteket állította a középpontba, ugyanakkor valószínűsíthetően más speciális terápiás ismeretek is hasonló fontossággal bírhatnak a sokszínű és megfelelő ellátás biztosítása érdekében. Ennek elemzése további vizsgálódás tárgya lehet.

A megkérdezettek körében nagyobb igény mutatkozott a mozgásterápiás ismeretekre munkájukhoz, 61%-uk tartotta „nagyon fontosnak” ezeket az ismereteket, de csak 44%-uk rendelkezett valamilyen mozgásterápiás végzettséggel. A mozgásterápiás végzettségük megléte esetén, de annak hiányában is elmondható, hogy a megkérdezettek alapvetően úgy ítélik meg, hogy tudnak tájékoztatást adni a különféle eljárásokról. A legismertebb terápiákkal kapcsolatban megyei szinten rendelkeznek személyes ismeretségekkel, amely azok megosztása esetén elvileg lehetővé teszi, hogy ha valakinek szüksége lenne egy-egy terápiát alkalmazó terapeutát ajánlani, a megyében meg tudná ezt tenni. Bár a legismertebb (a kutatásban megjelölt) terápiák esetén tudnak maguk is a személyes kapcsolatok segítségével tájékoztatást kérni a pedagógiai szakszolgálat szakemberei, a gyógypedagógiai lovaglásról, a neurohabilitációról és a HRG módszereiről a megkérdezettek harmada már nem ismer maga

olyan terapeutát, aki az egyes eljárásokat ismeri, ami nehezítheti személyes tájékozódásukat és szükség esetén a hozzájuk fordulók továbbirányítását. Ugyanakkor jól segítheti az információk megosztását a teammunka, tehát, mivel valamennyi terápia esetén volt a megyén belül olyan, aki el tudná érni személyesen is az adott szakértelmet, az elméletileg hozzáférhető a szakszolgálaton belül, bárkinek is legyen szüksége rá.

A leírtak ellenére továbbra is indokoltnak tartom a kérdést, hogy miként biztosíthatók „a család lakóhelyéhez minél közelebb lévő, a szükségletekhez leginkább illeszkedő ellátások” (KEREKI, 2015b:19) a speciális terápiás végzettségek egyenetlen eloszlása esetén, ami a minta összetételénél is tapasztalható volt. Természetesen figyelembe kell venni, hogy a mozgásterápiák által célzott területek megjelenhetnek a szakszolgálati tevékenységekbe integrálva. Hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogy a szakszolgálati tevékenységek mennyiben tudják kielégíteni a felmerülő szükségleteket, a kutatás folytatását ebben az irányban szükségesnek tartom folytatni a területen dolgozó szakemberek bevonásával.

VIII.2. A KUTATÁS TOVÁBBI LEHETSÉGES IRÁNYAI, JAVASLATOK

A kutatás eredményei kapcsán számos kérdés merül fel, amelyek megválaszolásához további, feltáró kutatások folytatása lenne szükséges. Az adatok elemzése során ezek közül több megfogalmazásra került, amelyeket a fejezetben összefoglalom. A kutatás tapasztalataira alapozva mutatom be tehát a kutatás folytatásának általam fontosnak ítélt, további irányait.

Az egyik kérdés, hogy vajon elegendő-e az esetek ellátásához a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek száma az intézményrendszerben.

A pedagógiai szakszolgálati intézmények működésével kapcsolatban járulékos információkat kaptunk a kutatás során. Ezzel kapcsolatban a legfontosabb felmerülő probléma a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek létszámában tapasztalható hiány volt. A szakemberhiány okainak feltárása, valamint kezelése alapvető fontosságú más szakmákhoz hasonlóan, hiszen a pedagógiai szakszolgálat munkája is kulcsfontosságú minden olyan család számára, ahol a gyermek megfelelő fejlődésének biztosításához segítség szükséges.

Ehhez kapcsolódóan a kutatás fókuszában a mozgásterápiás ellátás helyzete állt, amely nem szabályozott feladata a pedagógiai szakszolgálati intézményeknek, ugyanakkor tevékenységéhez szorosan kapcsolódó terület, szakmai igény. Kisgyermekkorban a mozgásos tevékenységek, illetve a mozgáson keresztül történő tapasztalatszerzés a tanulás legfontosabb útja, a gyermekek érésének, fejlődésének támogatásában is alapvető szerepet kapnak az erre épülő módszerek. Bár érzékelhető a tanulási zavarok megelőzése területén a mozgásterápiás eljárások iránti igények növekedése, azt tapasztalhattuk e kutatás kapcsán is, hogy sok intézményben egyáltalán nem érhető el speciális mozgásterápiás eljárás, illetve megyei szinten is változó eloszlásuk. Továbbá megfigyelhető volt, hogy azok közül, akik rendelkeznek valamilyen mozgásterápiás képzettséggel, nem minden szakember tartott foglalkozásokat.

Arra a kérdésre, hogy szükség van-e többféle mozgásterápiás eljárásra egy szakszolgálaton belül, KERÉKI és SZVATKÓ (2015:58-59) a kora gyermekkori terápiás módszertan esetében fogalmazza meg, hogy egy-egy terápiás ellátó hely a gazdag lehetőségek közül „nem rendelkezhet mindenféle eljárással”. Elsősorban a módszertani gazdagítás és a sokoldalúság célja szükséges, hogy érvényesüljön. Mivel a mozgás- és érzékelésfejlesztés területén sokféle eljárás elérhető, a szerzők csoportosításában a „mozgásterápiákként”, „szenzoros integrációs terápiákként” nevezett módszerek tekintetében is sokszínű képet tapasztalhatunk, ami azonban az intézmény „belső szakmai értékítéletén” felül jellegeből fakadóan a szakemberek szakmai önképzése iránti elkötelezettségén és anyagi lehetőségein is múlik. A szakmai igények kielégítésének korlátozó tényezője lehet tehát, ha ez utóbbiak nem állnak rendelkezésre. A

mozgásterápiás ellátással kapcsolatban kapott eredmények tükrében a mozgásterápiás ellátás megfelelő biztosításához javasolt lenne anyagi forrás biztosítása az eszközbeszerzés, a megfelelő körülmények kialakításához (például olyan helység biztosítása, ahol mozgásfejlesztés megvalósítható), valamint a szakemberek továbbképzéseinek további támogatása, az egyes intézményekben a szakértelem megoszlásának minél kiegyenlítettebb helyzetének megteremtéséhez.

Másodsorban az a kérdés is felvetődhet, hogy vajon *mennyire szükséges, illetve milyen mértékben kihasználta a szakszolgálatokon belül a rendelkezésre álló mozgásterápiás szakértelem. Hogyan elégíti ki a szakemberek által nyújtott komplex terápiás gondozás a mozgásos készségterület, a mozgásfejlődés támogatása területén jelentkező szükségleteket (beleértve a korai fejlesztés, nevelés és gondozás területét)?*

Az ellátás minőségi megítélésének irányában folytatott vizsgálódás nagyban hozzájárulhatna az intézmények működésének, illetve alkalmazkodási technikáik megértéséhez. Emellett, a kutatás során felmerült az is, hogy a kora gyermekkori intervenció kutatásaihoz hasonlóan szükséges lenne a mozgásterápiás ellátásban való együttműködés feltérképezése a pedagógiai szakszolgálat és a magánszolgáltatók között. Az elemzés során többször kapott hangsúlyt egy-egy intézmény helyzete feltárásának igénye egyrészt a szakemberek, másrészt a mozgásterápiák eloszlásának vonatkozásában. Fontos információkkal szolgálhatna további intézmények stratégiájának megismerése akár a mozgásterápiás esetkezelés, akár a mozgásterápiák képzettségek megszerzése fontosságának kérdésében. A hiányzó mozgásterápiás képzettségek nem jelentik feltétlenül azt, hogy az intézmény nem tudná ellátni a feladatát, ugyanakkor a megoldások megismerése fontos információkkal szolgálhatna ahhoz, hogy volna-e valóban szükség a mozgásterápiás ismeretek szélesebb körben való közvetítésére.

Fontos kérdés, hogy hogyan tudják az intézmények megoldani egy-egy gyermek esetében a szükséges terápiás ellátás biztosítását. Milyen szempontok szerint és milyen rendszerességgel vonnak be más partnereket, illetve milyen finanszírozási formában teszik mindezt a pedagógiai szakszolgálati intézmények a gyermekek szükségleteihez igazodva? Ezen kérdések megválaszolása annak jobb átlátását is segíti, hogy vajon milyen mértékben tud megvalósulni a pedagógiai szakszolgálati intézményeken keresztül a gyermekek sokoldalú ellátása, valamint a közelség szempontjának érvényesülése. Emellett természetesen a két intézményrendszer (az ingyenesen és a magánúton igénybe vehető ellátások) milyen igényeket elégít ki, mikor melyiket választják szívesebben a szülők és a gyermekek.

A kutatás egyik leglényegesebb eredményének tekintem, hogy kísérletet történt a mozgásterápiás szakemberek létszámának többféle szempontból való leírására. A szakemberek létszámának becsült értéke kiindulópontja lehet azoknak a kutatásoknak, amelyek a mozgásterápiás eljárásokat végző szakemberek munkájának megismerésére irányulnak. Mivel a magyarországi mozgásterápiák képe sokszínű, a közöttük való eligazodást támogathatnák azok a kutatások, amelyek összehasonlításukra irányulnak. Továbbá, a neveléstudományi kutatások szempontjából kiemelten fontosnak tartanám a gyermek és a pedagógus, terapeuta interakcióinak megismerésére irányuló kutatásokat is, amelyek a kölcsönösségen alapuló kapcsolat révén a pedagógus-diák viszonyok javításához adhatnának alternatívát. Mindkét terület azonban igényli a szakemberek létszámáról való ismereteinket.

A kutatás eredményei között szerepelt, hogy a mozgásos készségek területen kevésbé észlelik a pedagógusok gyermekek elmaradásait, mint amennyire ez a mért teljesítmények alapján indokolt lenne. Amellett, hogy a gyermekek részképességei fejlettségének méréséből származó adatoknak a kutatási célokra történő gyűjtése a gyermekek mozgásfejlettségének alakulásáról, területi jellemzőiről fontos információkkal szolgálhatnának, a pedagógusok problémaészlelésének finomítása is lényeges lenne, elsősorban, hogy a gyermekek minél korábbi, a pedagógiai szakszolgálat által végzett állapotfelmérése megtörténhessen. A pedagógusok által végzett megfigyelések pontosításában a pedagógiai szakszolgálati intézmények maguk is sokat tehetnének, hiszen működésük alapján a pedagógusokkal való rendszeres konzultációk, esetegyeztetések ennek megfelelő terepei lehetnek.

Összességében a kutatás a mozgásterápiák pedagógiai szakszolgálati intézményeken belüli biztosításának lehetőségeinek vizsgálatával a dolgozat egy nem szabályozott, ugyanakkor mégis felmerülő, a mozgásterápiák iránti társadalmi és szakmai igény kielégítése megoldásainak megismerése felé tesz egy lépést. Az intézményrendszerben biztosított ellátások nagyban támogatják a mozgásos készségeikben, mozgásfejlődésükben elmaradást mutató gyermekek fejlődését, ami közvetve az iskolai eredményességükben való támogatásukat is szolgálja. Éppen ezért a megfelelő beavatkozások biztosítása kulcsfontosságú az azt igénylők számára. A kutatás ezek hiányosságaira is rámutat, ami úgy gondolom, hogy újra felhívja a figyelmet a mozgás fejlesztésének pedagógiai tevékenységbe való integrálásának fontosságára, amellyel egyrészt megelőzhető egyes tanulási zavarok kialakulása, másrészt alkalmazkodva a gyermek szükségleteihez, hozzájárulhat az iskolai tanulásának eredményességéhez is. A pedagógusok ilyen irányú tevékenysége akkor sem lenne mellőzhető, ha rendelkezésre is állna az éppen szükséges mozgásterápiás eljárás az azt igénylő gyermek számára, jelenleg azonban annál inkább indokolt.

IX. FELHASZNÁLT IRODALOM

- APRÓ Melinda (2013): A hazai iskolaérettségi vizsgálatok gyakorlata napjainkban. Iskolakultúra 1. 52-71.
- AFFOLTER F. (1972): Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen. In. Pädiatrische Fortbildung und Praxis, 34. 49-55.
- AFFOLTER F. (1991): Az észlelési funkciók zavartalan és patológiás fejlődése. In. Torda Ágnes (szerk.): Szemelvények a tanulási zavarok köréből. Tankönyvkiadó, Budapest. 89-94.
- AYRES, A.J., ROBBINS, J. (1979): Sensory integration and the child. Los Angeles, California, WPS.
- AYRES, A. J. (1980): Southern California Sensory Integration Tests manual (rev.ed.) Western Psychological Services
- AYRES, A. J. (1984): Bausteine der Kindlichen Entwicklung. Springer, Berlin.
- AYRES, A. J. (2015): Sensory Integration and the Child: 25th Anniversary Edition. 6. kiadás. Western Psychological Services, Los Angeles
- AYRES, A. J., ROBBINS, J. (1979): Sensory integration and the child. California, WPS. Los Angeles
- BALOGH László, TÓTH László (2005): Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből, Neumann Kht., Budapest
- BEKE Anna (1996): A beszédpercepció fejlődésének neurológiai háttere. In. Gósy Mária (szerk.): Gyermekkorai beszédészlelési és beszédmegértési zavarok. Nikol Kkt, Budapest. 30-51.
- BERÉNYI Marianne, KATONA Ferenc (2014): Fejlődésneurológia. Az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.
- BERÉNYI Marianne, KATONA Ferenc (2015): Korai idegrendszeri károsodások: korai diagnosztika, prognózis és terápia. Gyermeknevelés 3. (2) 93–103.
- BERNINGER V. (1999): Coordinating transcription and text generation in working memory during composing: Audimatized and constructive process. Learning Disability Quarterly, 22, 99-112.
- BLAIR, C. (2002): School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. American Psychologist, 57, (2) 111-127.
- BLYTHE, P., MCGLOWN, D. J. (1979): An organic basis for neuroses and educational difficulties. Insight Publications, 4 Stanley Place, chester, Uk.

- BOLLA Veronika, MÉSZÁROS Andrea (2014): A vizuális téri képességek megítélése. In. Gyógypedagógiai Szemle, 42 (3), 204-210.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). The Ecology of Human Development. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. Developmental Psychology, Vol. 2, No. 6, 723–742
- BUDA Béla (1981): Előszó. In. Buda Béla (szerk.) Pszichoterápia. Gondolat Kiadó, Budapest
- BUDA Béla (1993): A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichoterápiában. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest.
- CARNEIRO, P., HECKMAN, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: Heckman J. és Krueger A. (szerk.): Inequality in America: What Role for Human Capital Policy? MIT Press. 77–240.
- CASE-SMITH, J., WEAVER, L. L., FRISTAD, M. A. (2014): A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. Autism, 1-16.
- CSÉPE Valéria (2005): Kognitív fejlődésneuropszichológia. Gondolat, Budapest
- CSÉPE Valéria, GYŐRI Miklós, RAGÓ Anett (szerk.) (2007): Általános pszichológia 1. - Észlelés és figyelem - Észlelés és figyelem. Osiris Kiadó, Budapest
- CSOCSÁNY Emmi (2004): Az érzékszervi tanulás organizációja iskolai tanulási folyamatokban vakoknál. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina, Budapest, 131-150.
- CZEIZEL Barbara (2009): A kora gyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. In. Gyógypedagógiai Szemle, 37 (2-3) 153-160.
- CZEIZEL Barbara, KEMÉNY Gabriella (2015): A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. A törvényi szabályozástól az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat megvalósulásáig a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. In. Gyermeknevelés. 3 (2) 77-92.
- DÉVÉNY Anna (2017): Dévény-módszer, A mozgásterápia új útja. Semmelweis Kiadó, Budapest
- DELACATO, C. H. (1959): The treatment and prevention of reading problems. Charles C. Thomas., Springfield, Illinois.
- DOYLE, O., HARMON, C.P., HECKMAN, J.J. ÉS TREMBLAYD, T.R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. Economic and Human Biology, 7 (1) 1–6.

- EDEN, G. F., MOATS, L. (2002). the Role of Neuroscience in the Remediation of Students With Dyslexia. *Nature Neuroscience*, 5, 1080-1084.
- EGYED Katalin (2011): Az evolúció ajándéka: az agyi plaszticitás és a rugalmas fejlődés. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, Szilvási Léna (szerk.) (2011): Biztos Kezdet Kötetek I.: Génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés szinterei. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 166–205.
- ESTEFÁNNÉ Varga Magdolna, V. DÁVID Mária (1993): A tanulási képességet fejlesztő óvodai kísérlet tapasztalatai és az iskolai beválás eredményei. *Az Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola tudományos közleményei (Új sorozat 21. köt.)*. Tanulmányok a neveléstudomány és a pszichológia köréből. 197-215.
- FAZEKASNÉ Fenyvesi Margit, JÓZSA Krisztián, NAGY József, VIDÁKOVICH Tibor (2002): Diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer (DIFER). OKÉV, KÁOKSZI Szimulációs kísérleti anyaga, Tankönyvkiadó, Budapest.
- FEHÉR Gyöngyi (2015): A konduktív pedagógiai ellátás szakszolgálati protokollja. *Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.*, Budapest
- FRANCES–WILLIAMS (1970): *Children with Specific Learning Difficulties*. Pergamon Press, Oxford.
- GADDES, W. H. (1985): *Learning Disabilities and Brain Function. A Neuropsychological Approach*. Springer, New York.
- GALLAI Mária, VETIER Anna (2011): Mozogj, érzékelj, légy aktív és egészséges! – Testi növekedés, motoros és érzékszervi fejlődés, valamint egészség. In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária, Szilvási Léna (szerk.) (2011): *A kora gyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 102-145.
- GEREBEN Ferencné (2001): A neuropszichológia szerepe a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika megújulásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55 (4) 583-590.
- GEREBENNÉ Várbíró Katalin (1996): A tanulási zavar jelenségkörének gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése. In: Szászeczky Péter (szerk.): *Önmagában véve senkisem...* Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományai köréből. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest
- GEREBENNÉ Várbíró Katalin (1998): Részképességzavarok – munkamodell a gyógypedagógia számára. *Gyógypedagógiai Szemle Különszám* 26-36.
- GESCHWIND, N. (1979): Asymmetries of the brain. New developments. *Bulletin of the Orton Society*, 29, 67–73.

- GODDARD BLYTHE, S. (2001): Neurological Dysfunction as a significant factor in children diagnosed with dyslexia. Proceedings of The 5th International British Dyslexia Association Conference. University of York. April.
- GODDARD BLYTHE, S. (2015): Reflexek, tanulás és viselkedés - Betekintés a gyermeki elmébe. Medicina Kiadó Zrt. Budapest
- GODDARD BLYTHE, S., HYLAND D. (1998): Screening for neurological dysfunction in the specific learning difficulty child. The British Journal of Occupational Therapy, 10.
- GORDOSNÉ SZABÓ Anna (1993): Bevezetés a gyógypedagógiába. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- GORDOSNÉ SZABÓ Anna (2004): Bevezetés. A hagyományait megőrizve megújult magyar gyógypedagógiai tevékenység. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 11-18.
- GREENOUGH, W. T., BLACK, J. E., WALLACE, C. W. (1987). Experience and brain development. Child Development, 58, 539–559.
- GYARMATHY Éva (1998): A tanulási zavarok szindróma a szakirodalomban. Új Pedagógiai Szemle, 48 (10) 59-68.
- GYENEI Melinda (2001): Az iskolakezdés pedagógiai-pszichológiai dilemmái. Kísérlet egy átmeneti képzési forma kialakítására. Alkalmazott Pszichológia 3. 29-42.
- GYENEI Melinda (2002): Az óvoda-iskola átmenet: egy új képzési forma kialakítása. In. Matonné Tamás Márta (szerk): Fejlesztő pedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 238-253.
- GYENEI Melinda (2003, 2004): Iskolai tanulás- tanulási zavarok – fejlesztés. Iskolapszichológia ELTE PPK Tanárképzési –és továbbképzési Központ, 30.
- GYENEI Melinda (2006): Tanulási alkalmasság – iskolai beválás. 206-217. In. M.Tamás Márta (szerk.): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó. Budapest.
- GUNDA András, PATAKY Orsolya, PÁNGER Andrea, SOMOGYINÉ KUTI Iлона (2015): A gyógytestnevelés szakszolgálati protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest
- HAJTÓ, K. (2009). A mozgásfejlesztés lehetőségei és szemléleti kérdései a korai intervenció gyakorlatában. Gyermekorvos továbbképzés, 7 (5) 208–213.
- HALLAHAN, D. P.–CRUICKSHANK, W. M. (1973): Psychoeducational foundations of learning disabilities. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

- ILLYÉS Sándor (2004): Tudomány és gyakorlat a gyógypedagógiában. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 55-70.
- JÁSZBERÉNYI Márta (2004): Gyógypedagógiai terápiák és szupervízió. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 115-130.
- JÁSZBERÉNYI Márta (2007): Szakszolgálati tájékoztató füzet az óvodás korú (3-6 éves) gyermekek szenzomotoros integrációjának vizsgálatához III. Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest
- KARMILOFF, K., KARMILOFF-SMITH, A. (2006). Amit a baba kérdezne – ha beszélni tudna. Hajja és fiai, Budapest.
- KAPRONYI Ágnes, ZELENKA Zsófia (2015): A fejlesztő nevelés szakszolgálati protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest
- KATONA Ferenc (2006). Klinikai fejlődésneurológia, Medicina, Budapest.
- KEREKI Judit (2010): A kora gyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. In. Gyógypedagógiai Szemle, 35 (1) 32-45.
- KEREKI Judit (2011): Regonális helyzetértékelés a kora gyermekkori intervenció intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Kézirat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest Letöltés: https://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4pillar/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (2019. 03. 05.)
- KEREKI Judit (2013): A kora gyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In. Gyógypedagógiai Szemle, 41 (1) 23-38.
- KEREKI Judit (2014): Majd kinövi (?). A kora gyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés. Hallgatói Kézikönyv. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.
- KEREKI Judit (2015a): A kora gyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. In. *Gyermeknevelés* 3. (2) 55–76.
- KEREKI Judit (szerk.) (2015b): Kliensút kalauz. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. Budapest
- KEREKI Judit (2017): Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkori intervencióban. In. *Gyógypedagógiai Szemle*. 45 (2) 93-113.
- KEREKI Judit, LANNERT Judit (szerk.) (2009): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt.–Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest Letöltés: www.tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf (2019. 03. 05.)

- KEREKI Judit, SZVATKÓ Anna (2015): A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. In. *Protokollok a pedagógiai szakszolgálatok számára*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- KIRÁLY Ildikó (2011): Figyelj, emlékezz, gondolkodj! – A kognitív képességek fejlődése. In. Balázs István (szerk.): A kora gyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások. Biztos Kezdet Kötetek II. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Budapest. 226-269
- KIRK, S. A., BATEMAN, B. (1962): Diagnosis and remediation of learning disabilities. *Exceptional Children*, 29, 73–78.
- KIRK, S. A.–BECKER, W. (szerk.) (1963): Conference on children with minimal brain impairment. University of Illinois Press. Urbana
- KISS Csilla, BALASI Csilla (2006): Fejlesztő munka a zuglói logopédiai óvodai csoportban. In. M. Tamás Márta (szerk.): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó. Budapest. 127-151.
- KIESLING, Ulla (2014): Szenzoros integrációs terápia mint dialógus. Medicina, Budapest
- KIRÁLY Gabriella, VECSEI Tünde, ARATÓ Domonkos, LUGOSINÉ PÁL Ildikó: A nevelési tanácsadás szakszolgálati protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest
- KISS, T.C. (2002): A Szenzoros Integrációs Terápia és holisztikus kiterjesztése, a Holisztikus Szenzoros Balansz, *Tudomány és Lélek*, 4 (6) 72-97.
- KRANOWITZ, Carol Stock (2012): Zűr-zavaros gyermek. Az érzékelési rendellenesség felismerése és kezelése. Studio Nagy Bt. Dunakeszi
- KULCSÁR Mihályné (1990): Tanulási problémákkal küzdő gyermekek vizsgálati módszerei és terápiája. Magánkiadás, Bicske
- KUTALAK, R. (1996): Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works. Andrews & McMeel. Kansas City
- LAKATOS Katalin (2000): Állapot- és mozgásvizsgáló teszt. Xfe Grafikai Műhely Kiadó. Budapest
- LAKATOS Katalin (2003): Az iskolaéretlenség szűrése az állapot- és mozgásvizsgáló teszttel. Az iskolaéretlenség korai tünetei és az iskolaérettségi vizsgálat. Új Pedagógiai Szemle, 3.
- LAKATOS Katalin (2006): Az alapkészségek fejlesztési lehetősége a HRG és a TSMT I-II. módszerekkel. In. M. Tamás Márta (szerk.): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó, Budapest. 168-182.

- LANNERT Judit (2009): A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Vezetői összefoglaló. Tárki-Tudok Tudásmenedzsment és Oktatókutató Központ Zrt. Letöltés: https://www.tarki-tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf (2019. 05. 03.)
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes (1996): Értelmi fogyatékosok pszichológiája 1. Régi nézetek új megközelítésben. BGGYTF, Budapest.
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes (2004): Gyógypedagógia és terápia. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 71-86.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Ágnes (2009, 2012): Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés. Medicina Könyvkiadó Budapest
- LEARY, K. D. O., ROSENBAUM, A. (1976): Hipermobil gyerekek viselkedésbeli kezelése hasznosságának kísérleti kiértékelése. In. Clinical Pediatrics, 13, 275–279.
- LE WINN, E. B. (1969): Human neurological organization. Charles c. Thomas, Illinois.
- LURIA A. R., HOMSKAJA, E. D. (1964): Disturbances in the regular role of speech with frontal lobe lesions. In. Warren J M – Aherts, K A (szerk.): The fronal granular cortex and behavior. NEx York, McGraw-Hill.
- MÁNDI-MÁRTON Gáborné (2003): Tantárgyakba integrált fejlesztőprogram alkalmazása az első osztályban, ELTE PPK, Budapest
- MARTON-DÉVÉNYI Éva (2009): Az Alapozó Terápia elmélete és gyakorlata. In. M. Tamás Márta (szerk.) (2009): Fejlesztőpedagógia. Harmadik átdolgozott kiadás. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- MEIXNER Ildikó., JUSTNÉ Kéri Hedvig (1967): Az olvasástanítás pszichológiai alapjai. Pszichológia a gyakorlatban, Akadémiai Kiadó, Budapest
- MEIXNER Ildikó (1974): Új segédanyagok a dyslexsia korrekciójához. Gyógypedagógia, 3. 88–90.
- MÉREI Ferenc., BINÉT Á. (1978): Gyermeklélektan. Budapest, Gondolat.
- MESTERHÁZI Zsuzsa (2001): A gyógypedagógiai nevelés mint terápia. Iskolakultúra. 1. 29-33.
- MESTERHÁZI Zsuzsa (2004): A gyógypedagógiai folyamatról. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 19-40.
- MESTERHÁZI Zsuzsa, GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ Katalin (2001): A tanulási nehézségek – a nehezen tanuló gyermek In. Báthory Zoltán, Falus Iván (szerk.): Tanulmányok a neveléstudomány köréből. Osiris, Budapest, 333-351.
- MILLER LJ, ANZALONE ME, LANE SJ, CERMAK SA, OSTEN ET. (2007): Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. The American Journal of occupational therapy. 61 (2) 135-40.

- M. TAMÁS Márta (2006): Iskolaérettség a gyakorlatban. In. M. Tamás Márta (szerk): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó, Budapest. 103-112.
- NAGY József (1986): PREFER. Preventív fejlettségvizsgáló rendszer 4-7 éves gyermekek számára. Akadémiai Kiadó, Budapest
- NAGYNÉ KLUJBER Márta (2016): Az A szenzoros integráció megvalósulásának feltételei a terápiás foglalkozáson. Az önaktualizáció spirális folyamatán alapuló megfigyelés tapasztalatai. In. Karlovitz János Tibor (szerk): Társadalom, kulturális háttér, gazdaság, International Research Institute s.r.o., Komárno. 298-306.
- NAGYNÉ KLUJBER Márta (2019): A pedagógiai szakszolgálat tájékoztató szerepe a mozgásterápiás ellátás területén. Gyógypedagógiai Szemle, 47 (1) 21-32.
- NEISSER, U. (1984): Megismerés és valóság. Gondolat, Budapest
- N. KOLLÁR Katalin és SZABÓ Éva (2017): Pedagógusok pszichológiai kézikönyve I-III. Osiris Kiadó, Budapest.
- O'DELL, N., COOK P. (1996): Stopping hyperactivity – a new solution. Avery Publishing Group, Garden City Park, New York.
- PALOTÁS G. (1991): Parciális teljesítményzavarok a logopédiai gyakorlatban. Gósy M. szerk. Studia in honorem Andreae o. Vértes oblata a collegis et disciplis, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 123-131.
- PARHAM L.D., COHN E.S., SPITZER S., KOOMAR J.A., MILLER L.J., BURKE J.P. [et al]. (2007): Fidelity in Sensory Integration Intervention Research The American journal of occupational therapy. Official publication of the American Occupational Therapy Association, 61(2), 216-227.
- PARK, N., PETERSON, C. (2003): Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. American Psychological Association. Prevention and Treatment, 6 (35)
- PIAGET, J. (1978): Szimbólumképzés a gyermekkorban. Gondolat, Budapest.
- PETŐ Ildikó (2012): A szenzoros feldolgozás zavara. Belvedere Meridionale, Szeged
- PINKER, S. (2002): Hogyan működik az elme. Osiris Kiadó, Budapest
- POLGÁR Tibor, SZATMÁRI Zoltán (2011): A motoros képességek. Pécsi Tudományegyetem. Dialóg Campus Kiadó – Nordex Kft., Pécs
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (1985): Az alapkultúrtechnikák elsajátítását meghatározó pszichikus funkciók, a fejlesztés perspektívái. Pedagógiai Szemle, 9, 837-845.
<https://tinyurl.hu/mqmd/> (2018.03.14)
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (1988): A tanulási képességet meghatározó pszichikus funkciók fejlődése, a tanulási nehézségek korai felismerésének lehetőségei, a fejlesztés

- perspektívái. In: Porkolábné Balogh Katalin (szerk.): Iskolapszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (2005): A tanulási képességet meghatározó pszichikus funkciók fejlődése, a tanulási nehézségek korai felismerésének lehetőségei. In: Balogh László, Tóth László (szerk): Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből. Neumann Kht. Budapest Letöltés: <https://tinyurl.hu/mqmd/> (2018.12.20.)
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (2009): A korai prevenció fejlesztés. In: M. Tamás Márta (szerk): Fejlesztőpedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin, BALÁZSNÉ Szűcs Judit, SZAITZNÉ GREGORITS Anna (1997): Komplex prevenció óvodai program, „Kudarccal az iskolában”. Óvodai fejlesztő program a tanulási zavarok megelőzésére. Volán Humán Oktatási és Szolgáltató Rt., Budapest
- PUOLAKANAHO, A. Ahonen, T., Aro, M. Eklund, K. Leppänen PH, Poikkeus AM, Tolvanen A, Torppa M, Lyytinen H. (2007): Very early phonological and language skills: estimating individual risk of reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48 (9) 923-931.
- RÁCZ Katalin (2015): Az Alapozó Terápia hatásvizsgálata iskolaéretlenség jeleit mutató óvodás gyermekek körében. Doktori (Phd) disszertáció. Letöltés: <https://tinyurl.hu/QfJ9/> (2018.12.07.)
- REMÉNYI TAMÁS, REGA SCHAEFGEN, GEREKEN FERENCNÉ (2014): Szenzoros integrációs terápiák alkalmazása a gyógypedagógiai fejlesztő munka gyakorlatában (1. rész). *Gyógypedagógiai Szemle*, 42 (4) 293-304.
- RÉVÉSZ-KISZELA Kinga (2018): Intervenció program hatása az iskolaérettségre a tanulási- és motoros képességek tükrében. Doktori (Phd) disszertáció. Letöltés: <https://tinyurl.hu/mmJs/> (2019. 03. 30.)
- RUTTER, M. (1982): Syndromes attributed to „Minimal Brain Dysfunction”. In: *Childhood Journal Psychiatry*, 139 (1) 21–33.
- SARKADY K., ZSOLDOS M. (1992/1993): Konceptcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 18-19 (3-4) 259-270.
- SCHAEFGEN, R. (2007): Praxis der Sensorischen Integrationstherapie. Erfahrungen mit einem ergotherapeutischen Konzept. George Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- SHONKOFF, J. P., PHILLIPS, D. A. (2000): From Neurons to Neighborhood. The Science of Early Childhood Development. Washington National Academy Press.
- SÖCHTING, E. (2006): Sensorische Integration Origina–Heute. Schulz-Kirchner Verlag. Idstein

- SORIANO, V. (szerk.) (2005): Korai fejlesztés, Az európai helyzet elemzése, Kulcstényezők és ajánlások. Összefoglaló jelentés. Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igény Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért. Letöltés: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_ei_hu.pdf (2019. 04. 07.)
- SURJÁN Noémi (2019): A tanulási zavar fogalmának története. Gyógypedagógiai Szemle. 47. (1) 33-48.
- TORDA Ágnes (szerk.) (2015): Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez. Kézikönyv a felméréshez. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- SZVATKÓ Anna (2004): A szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 475-494.
- SZVATKÓ Anna (szerk.) (2016): Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből. Oriold és Társai Kft, Budapest.
- TANSLEY, A. E (1967): Reading and remedial reading, Roudtledge and Kegan Paul Ltd. London
- TORDA Ágnes, NAGYNÉ RÉZ Ilona (2015): Alapprotokoll a pedagógiai szakszolgálati tevékenységekhez. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest
- VENTERNÉ Balogh Angelika (2006): Ma a mi napunk van! Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai integrációja. In. M. Tamás Márta (szerk.): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó. Budapest. 25-33.
- WEWETZER, K. H. (1959): Das hirngeschädigte Kind. Stuttgart.
- WILKINSON, G. (1994): The relationship of primitive postural reflexes to learning difficulty and underachievement – Unpublished M. Ed. thesis. University of New-Castle-upon-Tyne.
- WHITMORE K., HART H., WILLEMS G. (szerk) (1999): A neurodevelopmental approach to specific learning disorders. Mac Keith Press, London.
- ZIMMER R. (1997): Handbuch der Sinneswahrnehmung. Grundlagen eine gazheitlichen Erziehung. Herder, Freiburg
- ZSOLDOS Márta (2004): Kognitív fejlesztő terápia a modern gyógyító pedagógiában. In. Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 461-474.
- ZSOLDOS Márta és SARKADY Kamilla (2001): Szűrőeljárás az óvodás korban a tanulási zavar lehetőségénekvizsgálata: MSSST. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest
- 218/2012. (VIII. 13.) Kormányrendelet a járási (fővárosi kerületi) hivatalokról

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
Statisztikai tükör, Oktatási adatok, 2017/2018, 2018. május 22.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1718.pdf> (2019. 03. 17.)

1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozat az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz
szükséges intézkedésekről

53/2016. (XII. 29.) EMMI rendelet egyes oktatási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

66/2015. (III.30.) a fővárosi és megyei kormányhivatalokról, illetve a járási (fővárosi kerületi)
hivatalokról

20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a
köznevelési intézmények névhasználatáról

363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról

6.3.1.2. Egy főre jutó bruttó hazai termék (2000–) Letöltés:
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpt014b.html (2018.12.29).

Magyarország közigazgatási helynévkönyve (2016). Központi Statisztikai Hivatal Hungarian
Central Statistical Office, Budapest Letöltés:
https://www.ksh.hu/docs/hun/hnk/hnk_2016.pdf (2018.07.28.)

Heves megye lakónépessége 2017. január 1-jén. Letöltés:
http://www.kormanyhivatal.hu/download/2/8e/63000/2017_LAK_HEV.xlsx#!DocumentBrowse (2019. 04. 10.)

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Univerzális ellátási folyamatmodell (TORDA és NAGYNÉ RÉZ, 2015: 81)	57
2. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) kifejlesztése során vett minta és a Heves megyei kutatási minta eredményeinek összehasonlító ábrája (saját ábra)	87
3. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények az I. korcsoportban (saját ábra)	88
4. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények a II. korcsoportban (saját ábra)	89
5. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények a III. korcsoportban (saját ábra)	89
6. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények összefoglalása a teljes mintában (saját ábra)	90
7. ábra: A mozgásos készségek területen elért eredmények megoszlása a mintában, járasonként (saját ábra)	94
8. ábra: A különböző készségek területein elért, átlag alatti teljesítmények relatív gyakorisága a mintában, járasonként összesítve (%) (saját ábra)	95
9. ábra: Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek iskolakezdésére vonatkozó döntés, korcsoportonként (saját ábra)	97
10. ábra: A mozgásos készségek területen elért eredmények az iskolakezdésről szóló javaslat szerinti bontásban (saját ábra)	98
11. ábra: A gyermekek teljesítményének megoszlása a mozgásos készségek területen elért eredményeikhez viszonyítva az iskolakezdésről szóló javaslat függvényében (saját ábra)	99
12. ábra: A különböző képességterületeken észlelt problémák típusainak relatív gyakorisága az iskolaérettségi vizsgálatra beküldött vizsgálatkérő dokumentumok tartalmi elemzése alapján (%) (saját ábra)	102
13. ábra: A mozgásos készségek területéhez tartozó problémák típusai a pedagógiai jellemzések tartalma alapján, azok előfordulásának száma szerint (saját ábra)	104

14. ábra: A gyermekek nemi megoszlása azok között, akiknél a különböző készségterületeken problémát észleltek (saját ábra)	105
15. ábra: A pedagógiai jellemzésekben szereplő problémák és a mért eredmények összehasonlítása a teljes mintában, valamennyi képességterületen (saját ábra)	106
16. ábra: A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekeknél észlelt problémák és az iskolaérettségi vizsgálaton mért teljesítmények összehasonlítása (saját ábra)	107
17. ábra: A pedagógiai jellemzésben leírt problématerületek megoszlása azoknál a gyermekeknél, akik átlag alatti teljesítményt értek el az adott képességterületen (saját ábra)	108
18. ábra: A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekeknél észlelt problémák bevétele a mérés során (saját ábra)	109
19. ábra: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek számára ajánlott ellátási formák típusai (saját ábra)	114
20. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézmények ügyvitel szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	117
21. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézmények intézménytípus szerinti megoszlása, megyénként (KIR, 2018. július) (saját ábra)	118
22. ábra: A mintába került intézmények a pedagógiai szakszolgálati intézmények számához viszonyítva, megyénként (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	120
23. ábra: A mintába került szakemberek a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak számához viszonyítva, megyénként (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12. és a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet) (saját ábra)	121
24. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatottak munkakör szerinti megoszlása, megyénként (KIR, 2018. július) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	124
25. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekből hiányzó szakemberek megyei összesítése a hiány százalékos arányának sorrendjében (saját ábra)	125

26. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben pedagógus munkakörben foglalkoztatott szakemberek munkakör szerinti megoszlása (saját ábra)	127
27. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő munkakörben foglalkoztatott szakemberek munkakör szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	128
28. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott mozgásfejlesztést végző szakemberek megyei megoszlása (2018. júliusban) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	129
29. ábra: A szakemberek létszáma a fenntartók szerint (KIR, 2018. július) (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját ábra)	131
30. ábra: A mintába került intézmények csoportosítása a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma szerinti (saját ábra)	134
31. ábra: A mozgásterápiás képzettségek megoszlása a szakemberek körében (teljes minta) (saját ábra)	137
32. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma intézményenként a mozgásterápiás eljárásokról előre összeállított lista alapján (saját ábra)	140
33. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma megyénként a mozgásterápiás eljárásokról előre összeállított lista alapján (saját ábra)	141
34. ábra: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás eljárások típusainak száma előre összeállított lista (narancssárga) és az intézmények által tett kiegészítések szerint (citromsárga) (saját ábra)	142
35. ábra: Mozgásterápiás képzettségek mennyisége a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakembereknél (saját ábra)	143
36. ábra: A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek alapvégzettség szerinti megoszlása a mintában (saját ábra)	144
37. ábra: A mozgásterápiás ismeretek szükségessége az ellátás folyamatában (Forrás: N. KLUJBER, 2019:26)	158

- 38. ábra:** A mozgásterápiákról való tájékoztatás képességének megítélése a teljes mintában (saját ábra) 159
- 39. ábra:** A mozgásterápiás eljárásokat alkalmazó szakemberek ismeretének megítélése a pedagógiai szakszolgálat szakembereinek körében (n=34 fő) (saját ábra) 161

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: A kutatás témakörei, kérdései és a hozzájuk tartozó hipotézisek (saját)	69-71
2. táblázat: A kutatás során alkalmazott módszerek és eszközök áttekintő táblázata (saját)	74
3. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton résztvevő gyermekek életkori és nemi megoszlása a mintában, járási bontásban (saját)	85
4. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek életkor szerinti megoszlásának leíró statisztikai mutatói a mintában (/hónap) (saját)	86
5. táblázat: A mozgásos készségek területen mért eredmények leíró statisztikai mutatói a mintában, korcsoportonként (saját)	92
6. táblázat: A mozgásos készségek területen mért eredmények leíró statisztikai mutatói az átlagos teljesítményhez viszonyítva (saját)	93
7. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton elért teljesítmények és a korábbi szűrés eredményeinek megoszlása a mintában (n=76) (saját)	97
8. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek számára javasolt mozgásterápiás eljárások elérhetősége Heves megye pedagógiai szakszolgálati intézményeiben, járásonként (saját)	114
9. táblázat: Az intézmények fenntartók szerinti megoszlása (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12) (saját)	119
10. táblázat: A minta aránya a pedagógiai szakszolgálati intézményekben foglalkoztatott szakemberek megyei létszámához viszonyítva (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)	122
11. táblázat: korrelációs mátrix a pedagógiai szakszolgálati intézményekben megyénként foglalkoztatott szakemberek létszámai és a megyében egy főre jutó bruttó hazai termék között (saját)	126
12. táblázat: A gyermekek mozgásfejlődésének támogatásában érintett, különböző alapvégzettségű szakemberek leíró statisztikai mutatói (saját)	130
13. táblázat: A mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámának intézményi összesített eredményei; a szakemberek létszámának variációi (saját)	133
14. táblázat: Az intézményekben elérhető mozgásterápiás szakértelem típusai és előfordulása az összes intézményben (saját)	135

15. táblázat: Korrelációs mátrix a mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámvariációi és az intézményben foglalkoztatott szakemberek létszáma között (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)	136
16. táblázat: Az intézményekben alkalmazott mozgásterápiák alkalmazásának gyakorisága alapján felállított sorrend összehasonlítása KERÉKI és LANNERT (2009), valamint a dolgozatban mért eredmények között (saját)	138
17. táblázat: A pedagógiai szakszolgálati intézményekben elérhető mozgásterápiák típusok szerinti statisztikai mutatói (saját)	139
18. táblázat: A vizsgált intézményekben a mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettséggel rendelkező szakemberek megoszlása a megyében foglalkoztatott szakemberek létszámához viszonyítva. (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)	146
19. táblázat: Mozgásfejlesztésre irányuló alapvégzettségekkel rendelkező szakemberek létszámának leíró statisztikai mutatói (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)	147
20. táblázat: Korrelációs mátrix a járások száma és a megyében foglalkoztatott mozgásfejlesztésre irányuló végzettséggel, vagy mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszámáról. (Felhasznált forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Adatszolgáltatás dátuma: 2018.07.12.) (saját)	148
21. táblázat: Mozgásterápiás foglalkozásokon résztvevő gyermekek létszáma és órakeretei a vizsgált intézményekben (saját)	150
22. táblázat: A mozgásterápiás ismeretek szükségességének megítélése ötfokú skálán. (Forrás: N. KLUJBER, 2019:27)	158
23. táblázat: Az ellátás alapelveinek megvalósulása a szakemberek megítélése szerint a mozgásterápiák vonatkozásában. Az ötfokú skála értékei: 1-nagyon gyenge, 2-gyenge, 3-közepes, 4-jó, 5-kiváló (saját)	163
24. táblázat: A mozgásterápiás ellátással kapcsolatos szempontok a pedagógiai szakszolgálati szakemberek által kialakított rangsora (saját)	165

MELLÉKLETEK

- Melléklet 1.** A kutatásban az iskolára való felkészültség megítéléséhez alkalmazott mérőeszközök (TORDA, 2015; ZSOLDOS-SARKADY, 2001) területeinek összehasonlító táblázata
- Melléklet 2.** Adatgyűjtő táblázat a pedagógiai szakszolgálati intézmények számára
- Melléklet 3.** A kutatás során a pedagógiai szakszolgálat szakemberei számára összeállított kérdőív a mozgásterápiás ellátással kapcsolatban
- Melléklet 4.** Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek intézményeinek székhelye szerinti megoszlása a mintában településtípus szerint
- Melléklet 5.** Az iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények képességterületi és korcsoport szerinti bontásban
- Melléklet 6.** Korrelációs mátrix az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményekről, korcsoportonként
- Melléklet 7.** A mozgásos készségterületen elért eredmények statisztikai mutatói a mintában
- Melléklet 8.** Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek teljesítményeinek megoszlása az iskolakezdésre vonatkozó döntés alapján (teljes minta)
- Melléklet 9.** A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekek esetében észlelt problémák együttes említésének gyakorisága
- Melléklet 10.** A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatottak munkakör szerinti megoszlása, megyénként (2018. július)
- Melléklet 11.** A mintába került pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma
- Melléklet 12.** A mozgásterápiás eljárások előfordulásának leíró statisztikai mutatói a teljes mintában
- Melléklet 13.** Az ellátás alapelveinek megvalósulása a szakemberek megítélése szerint
- Melléklet 14.** Az intézményvezetővel készített interjú a mozgásterápiák intézményi szintű szervezési kérdéseiről

Melléklet 1. A kutatásban az iskolára való felkészültség megítéléséhez alkalmazott mérőeszközök (TORDA, 2015; ZSOLDOS-SARKADY, 2001) területeinek összehasonlító táblázata

VIZSGÁLÓELJÁRÁS AZ ISKOLAI FELKÉSZÜLTSG MEGÍTÉLÉSÉHEZ (TORDA, 2015)	MEETING STREET SCHOOL SCREENING TEST (ZSOLDOS-SARKADY, 2001)
VIZSGÁLT TERÜLETEK	
Adaptív viselkedés fejlettsége	Viselkedést mérő skála
figyelem	együtműködés
motiváció	figyelem
önállóság	koncentrációkészség
munkatempó	önellenőrzés szintje
	mozgásszabályozás
	ceruzahasználat
	szemmozgás-szabályozás
	beszéd
	grammatika
	teljesítőképeség
Mozgásfejlettség	Motoros szubteszt
testséma	egyoldali és kétoldali mozgásminták
jobb-bal differenciálás	motoros megfigyelő és emlékező képesség nem tanult mintákon, saját testhez viszonyítva
testközépvonal átlépésének felmérése	verbális utasítások követése és kivitelezése téri fogalmak használatával
nagymozgások	kéz és ujj koordinációs készsége
<i>egyensúly</i>	
<i>dinamikus koordináció</i>	
<i>célirányos mozgás</i>	
grafomotoros fejlettség	
<i>alakábrázolás</i>	
<i>író-rajzoló mozgás</i>	
Nyelvi fejlettség	Nyelvi szubteszt
általános verbális feldolgozási képesség	verbális megfigyelő és verbális reprodukáló képesség
verbális emlékezet és mondatrekonstrukciós képesség	verbális figyelem és emlékezet
szóalak hozzáférés gördülékenysége	számlálás
önálló nyelvi fogalmazókészség	verbális önkifejezés
fonológiai tudatosság	időbeli tájékozottság, sorrendiség ismerete
szókincs differenciáltsága és mobilizálhatósága	
Kognitív fejlettség	Vizuo-perceptuo-motoros szubteszt
alak-háttér differenciálás	téri és szeriális emlékezet
alakkonstancia felismerése	vizuális percepció

vizuális szabályszerűség felismerése és követése	vizuális memória
térbeli viszonyok észlelése és reprodukciós képessége	szem-kéz koordináció
síkbeli tájékozódás verbális irányok elhangzása alapján	téri és irányfogalmak megértése
vizuális rövid ideig tartó emlékezet	
analógiás gondolkodás	
Számolás fejlettsége	
számlálás	
számemlékezet	
globális mennyiség felismerése	
mennyiség és számnév egyeztetése	
mennyiségi relációk fogalmainak ismerete	
műveletvégzés hatos számkörben	

M1.táblázat: A „Vizsgálóeljárás az iskolai felkészültség megítéléséhez” (TORDA, 2015) és az MSSST (ZSOLDOS-SARKADY, 2001) vizsgálati területeinek összefoglaló táblázata (saját ábra)

Melléklet 2. Adatgyűjtő táblázat a pedagógiai szakszolgálati intézmények számára

<p>Tisztelt Tagintézmény-vezető!</p> <p>Az Eszterházy Károly Egyetem Neveléstudományi Doktori Iskolájában folytatott doktori kutatás keretében szeretnénk megszerezni a pedagógiai szakszolgálatban elérhető mozgásterápiás ellátási lehetőségeket. Köszönettel vesszük az adatgyűjtő táblázat tagintézményen belüli önkéntes kitöltését, majd továbbítását a klujber.marta@uni-eszterhazy.hu e-mailcímre, a benne szereplő adatok anonim, statisztikai feldolgozása céljából. A táblázat segítségével a következő kérdéseket szeretnénk megválaszolni:</p> <p>1. Hány szakember rendelkezik mozgásterápiás képzettséggel a pedagógiai szakszolgálat keretein belül? 2. Milyen típusú mozgásterápia/mozgásfejlesztés igénybe vételére van lehetőség az intézményben? 3. Hány gyermek részesül mozgásterápiában/mozgásfejlesztésben az intézményekben?</p> <p>A kutatásban összegyűjtött adatok elemzésével a mozgásterápiás ellátás áttekinthetőségét szeretnénk segíteni. Köszönjük együttműködését!</p> <p>Dr. Estefánné Dr. Varga Magdolna (professzor emerita) és Nagyné Klujber Márta (doktorjelölt), Eszterházy Károly Egyetem, Eger</p>		
A tagintézmény neve:		
A mozgásterápiás szakképzettséggel rendelkező szakemberek létszáma a tagintézményben (összesen): (1)		(1) Kérem, hogy a létszám megadásánál - az óraszámától és attól függetlenül, hogy tartanak-e jelenleg foglalkozást - számolja bele mindazokat a szakembereket, akik mozgásterápiás szakképzettséggel rendelkeznek jelenleg a tagintézményben.
A mozgásterápiás szakképzettséggel rendelkező szakemberek módosított létszáma: (2)		(2) Amennyiben egy szakember több tagintézményben is ellát feladatokat, kérem, hogy egy módosított létszámot is adjon meg, amelyben minden szakember csak egy tagintézménynél kerül a létszámba.
Mozgásterápiás ellátásban részesülő gyermekek száma (összesen) a tagintézményben a 2017/2018.tanévben: (3)		
Mozgásterápiás ellátásban részesülő gyermekek száma hetene (az adatgyűjtés időpontjában):		(3) 2018. augusztus 31-es összesítés szerint.
Hány órában nyújt a tagintézmény hetene mozgásterápiát/mozgásfejlesztést (összesen)?		

Hány fő rendelkezik a következő mozgásterápiás szakképzettségek valamelyikével a tagintézményben?			
Mozgásterápiás szakképzettség megnevezése (2017/2018 2. félév)		A nevezett képzettséggel rendelkező szakemberek száma (fő)	A nevezett képzettség megszerzése folyamatban van (fő)
1	"Családközpontú kora gyermekkori intervenció"		
2	„Autizmus-specifikus komplex korai intervenció-elméleti és gyakorlati alapismeretek”		
3	Alapozó terápia (Marton-Dévényi Éva)		
4	Dinamikus szenzoros integrációs terápia/Ayres terápia		
5	DSGM (Dévény Anna)		
6	gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna; hippoterápia		
7	HRG (hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika)		
8	Mozgásterápia a tanulási nehézségek megelőzésére, oldására (Kulcsár Mihályné)		
9	Neurohabilitációs Tréning ("Katona-módszer")		
10	TSMT I-II. (Lakatos Katalin)		
11	Mozgásprogram eltérő fejlődésmentű 3-8 éves korosztály számára (Tótszöllősy Tünde)		
12	INPP-módszer (Institute for Neuro Physiological Psychology; Dr. Peter Blythe)		
13	Egyéb: <i>(ha nem szerepel a listában, kérem, nevezzen meg minden további mozgásterápiát/módszert, amelyet annak tekint)</i>		

<p align="center">Kérjük, hogy a tagintézményben mozgásterápiás szakképzettséggel rendelkező szakemberekről egyénilag adja meg a következő adatokat (4)</p> <p align="center">(4) A (2) szerinti módosított létszámmal egyeztetve.</p>			
Kódszám (a szakember azonosítására szolgál)	Alapképzettség(ek) (pl. gyógypedagógus/fejlesztő pedagógus/pszichológus/konduktor stb.)	Mozgásterápiás szakképzettség(ek) megnevezése (példák feljebb)	Jelenleg tart-e mozgásterápiát/ mozgásfejlesztést a pedagógiai szakszolgálatban? (igen/nem)
1. szakember			
2. szakember			
3. szakember			
4. szakember			
5. szakember			
6. szakember			
7. szakember			
8. szakember			
9. szakember			

M2. táblázat: Adatgyűjtő táblázat a pedagógiai szakszolgálatok számára az intézmény mozgásterápiás ellátásának felméréséhez (saját)

Melléklet 3. A kutatás során a pedagógiai szakszolgálat szakemberei számára összeállított kérdőív a mozgásterápiás ellátással kapcsolatban

Kérdőív a mozgásterápiás ellátottságról

Tisztelt válaszadó Kolléga! Magyarországon a különféle mozgásfejlesztési és mozgásterápiás ellátásoknak nagyszámú választéka alakult ki. Egy erre irányuló kutatás keretében arra vagyunk kíváncsiak, hogy a színes palettából milyen módon tudnak a gyakorló szakemberek választani és milyen szempontok szerint tudják ezeket ajánlani a gyermekek számára. A kérdőív ezért a szakmabeliek tapasztalatainak és véleményének megismerésére készült, válaszaival ezért nagyban segíti munkánkat. A kérdőív eredményeiből egy szaktanulmányt tervezünk készíteni, amely segítséget nyújthat a hazai mozgásterápiás ellátások mindennapi alkalmazásának megismerésében. A kérdőív kitöltése önkéntes és névtelen, körülbelül tíz percet vesz igénybe. Szíves közreműködését ezúton is köszönöm! A kutatás szakmai vezetője Dr. Estefánné Dr. Varga Magdolna főiskolai tanár, gyógypedagógus-pszichológus. Esetlegesen felmerülő kérdéseivel keressen bizalommal! Nagyné Klujber Márta Phd-hallgató, klujber.marta@uni-eszterhazy.hu

Az Ön végzettsége:

Ön rendelkezik-e mozgásterápiás/mozgásfejlesztésre irányuló végzettséggel/illetve folyamatban van-e a végzettség megszerzése jelenleg?

a. nem b. igen (kérem, nevezze meg!):.....

1. Kérem, válassza ki a listából, mely tevékenységekben vesz részt a Pedagógiai Szakszolgálat keretein belül!

Több választ is megjelölhet.

- a. Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás
- b. Fejlesztő nevelés
- c. Szakértői bizottsági tevékenység
- d. Nevelési tanácsadás
- e. Logopédiai ellátás
- f. Továbbtanulási és pályaválasztási tanácsadás
- g. Konduktív pedagógiai ellátás
- h. Gyógytestnevelés
- i. Iskolapszichológiai és óvodapszichológiai ellátás
- j. Kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása

2. Saját megítélése szerint munkája során mennyiben van/lenne szüksége mozgásterápiás ismeretekre?

1-egyáltalán nincs rá szükség; 2-nincs rá szükség, 3-kismértékben szükséges, 4-szükséges, 5-nagy szükség van rá, 0-nem tudom

1-2-3-4-5 0

3. Az ellátás melyik területén van/lenne szüksége mozgásterápiás ismeretekre munkája során?

- a. nincs rá szükségem
- b. a probléma felismerésénél
- c. a diagnosztikai munka során
- d. az ellátásról való döntés esetén
- e. a beavatkozás ideje alatt (pl. fejlesztő foglalkozás tartása során)
- f. a pedagógusok/szülő számára nyújtott tanácsadás során
- g. egyéb:

4. Kérem, hogy jelölje 1-5-ig terjedő skálán véleményét az alábbi megállapításokkal kapcsolatban!

1-nagyon gyenge, 2-gyenge, 3-közepes, 4-jó, 5-kiváló, 0-nem tudom

Az Ön által ellátott régióban a mozgásterápiás ellátottság minősége 1-2-3-4-5 0

Az Ön által ellátott régióban a mozgásterápiás kínálat sokszínűsége 1-2-3-4-5 0

Az Ön által ellátott régióban a mozgásterápiás eszközellátottság 1-2-3-4-5 0

Az Ön által ellátott régióban a mozgásterápiás ellátottság elérhetősége a kliensek számára 1-2-3-4-5 0

Az Ön által ellátott régióban az ingyenesen igénybe vehető mozgásterápiák lehetősége 1-2-3-4-5 0

Az Ön által ellátott régióban a gyermek problémájához igazodó ellátás igénybe vételének lehetősége 1-2-3-4-5 0

A mozgásterápiás ismeretek szerzésének lehetősége a régióban a szakemberek számára 1-2-3-4-5 0

A régióban a szakmai együttműködés minősége a különböző ellátásokat nyújtó szakemberek között 1-2-3-4-5 0

A terápiaiban/fejlesztésben részesülő gyermekek szüleinek együttműködése a fejlesztés alatt 1-2-3-4-5 0

A terápiaiban/fejlesztésben részesülő gyermekek szüleinek érdeklődése gyermekük fejlődése iránt 1-2-3-4-5 0

5. Ön szerint mi a legfontosabb szempont a (mozgás)terápiás ellátásnál? Kérem, állítson fel fontossági sorrendet a felsoroltak között! Amelyiket Ön a legfontosabbnak tartja, jelölje 1-es sorszámmal, amelyiket pedig a legkevésbé tartja fontosnak, 8-as sorszámmal jelölje!

- ___ közelség
- ___ minőség
- ___ rendszeresség
- ___ illeszkedés a problémához
- ___ folytonosság (ráépülő terápiás ellátás, ha véget ér az ajánlott terápia)
- ___ kedvező ár (ingyenesség)
- ___ holisztikus szemlélet (a gyermek környezetével is foglalkozzon)
- ___ szolgáltatások sokszínűsége egy helyen (szükség esetén kiegészítő ellátás is biztosítva legyen ugyanott)

6. Ön szerint szükséges-e otthon gyakorolható feladatokat adni a gyermekek számára? 1. igen 2. nem
 7. Ön milyen formában tartja ideálisnak a mozgásterápiás fejlesztést? Azt az állítást jelölje be, amellyel leginkább egyetért!

- a. egyénileg b. kiscsoportban (2-3 fő) c. nagyobb létszámú csoportban (4 fő felett) d. egyéb:

8. Kérem, jelölje (x) a táblázatban, hogy a felsorolt terápiák esetén mennyire igazak Önre a következő állítások!

1. ISMERETEIM ALAPJÁN TÁJÉKOZTATNI TUDOM A SZÜLŐKET A TERÁPIÁRÓL	nem igaz rám	részben igaz rám	teljes mértékben igaz rám	nem tudom
Dinamikus szenzoros integrációs terápia / Ayres terápia				
Alapozó terápia (Marton-Dévényi Éva)				
TSMT I-II. (Lakatos Katalin)				
HRG				
DSGM (Dévény Anna)				
Mozgásterápia a tanulási nehézségek megelőzésére, oldására (Kulesár Mihályné)				
„Családközpontú kora gyermekkori intervenció” és/vagy „Autizmus-specifikus komplex korai intervenció -elméleti és gyakorlati alapismeretek”				
Katona-módszer (Neurohabilitációs Tréning) gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna; hippoterápia				
2. ISMEREK OLYAN SZAKEMBERTELÉRHETŐ KÖZELSÉGBEN, AKI ILYEN TERÁPIÁT BIZTOSÍTANI TUD	nem igaz rám	részben igaz rám	teljes mértékben igaz rám	nem tudom
Dinamikus szenzoros integrációs terápia / Ayres terápia				
Alapozó terápia (Marton-Dévényi Éva)				
TSMT I-II. (Lakatos Katalin)				
HRG				
DSGM (Dévény Anna)				
Mozgásterápia a tanulási nehézségek megelőzésére, oldására (Kulesár Mihályné)				
„Családközpontú kora gyermekkori intervenció” és/vagy „Autizmus-specifikus komplex korai intervenció -elméleti és gyakorlati alapismeretek”				
Katona-módszer (Neurohabilitációs Tréning) gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna; hippoterápia				

3. SZÍVESEN AJÁNLOMEZT A TERÁPIÁT A GYERMEKEK SZÁMÁRA, MERT BÍZOM EREDMÉNYESSÉGÉBEN	nem igaz rám	részben igaz rám	teljes mértékben igaz rám	nem tudom
Dinamikus szenzoros integrációs terápia / Ayres terápia				
Alapozó terápia (Marton-Dévényi Éva)				
TSMT I-II. (Lakatos Katalin)				
HRG				
DSGM (Dévény Anna)				
Mozgásterápia a tanulási nehézségek megelőzésére, oldására (Kulcsár Mihályné)				
„Családközpontú kora gyermekkori intervenció” és/vagy „Autizmus-specifikus komplex korai intervenció -elméleti és gyakorlati alapismeretek”				
Katona-módszer (Neurohabilitációs Tréning)				
gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna; hippoterápia				

9. Van-e olyan mozgásos ügyességgel is összefüggő problématerület, amelyre Ön személy szerint nehezen tud megfelelő terápiát ajánlani? Kérem, nevezze meg a problémát!

10. A felsorolt terápiák speciális jellemzőit keressük. Ehhez kérem, hogy folytassa az alábbi megkezdett mondatokat a legfontosabb szempontok kiemelésével! Amennyiben nem ismeri őket, hagyja ki a kérdést!

Abban az esetben tartom ajánlottnak leginkább a **dinamikus szenzoros integrációs terápiát**, ha... (speciális cél/problémakör, hatótényező, jellemző)

... az alapozó terápiát, ha

... a TSMT terápiát, ha

... hidroterápiás rehabilitációs gimnasztikát (HRG), ha

... a Dévény Speciális manuális technika - Gimnasztika Módszert (DSGM), ha

... Kulcsár Mihályné mozgásterápiáját, ha

... „Családközpontú kora gyermekkori intervenció” és/vagy „Autizmus-specifikus komplex korai intervenciót”, ha

... a Katona-módszert, ha

... a gyógypedagógiai lovaglást, lovas terápiát, ha

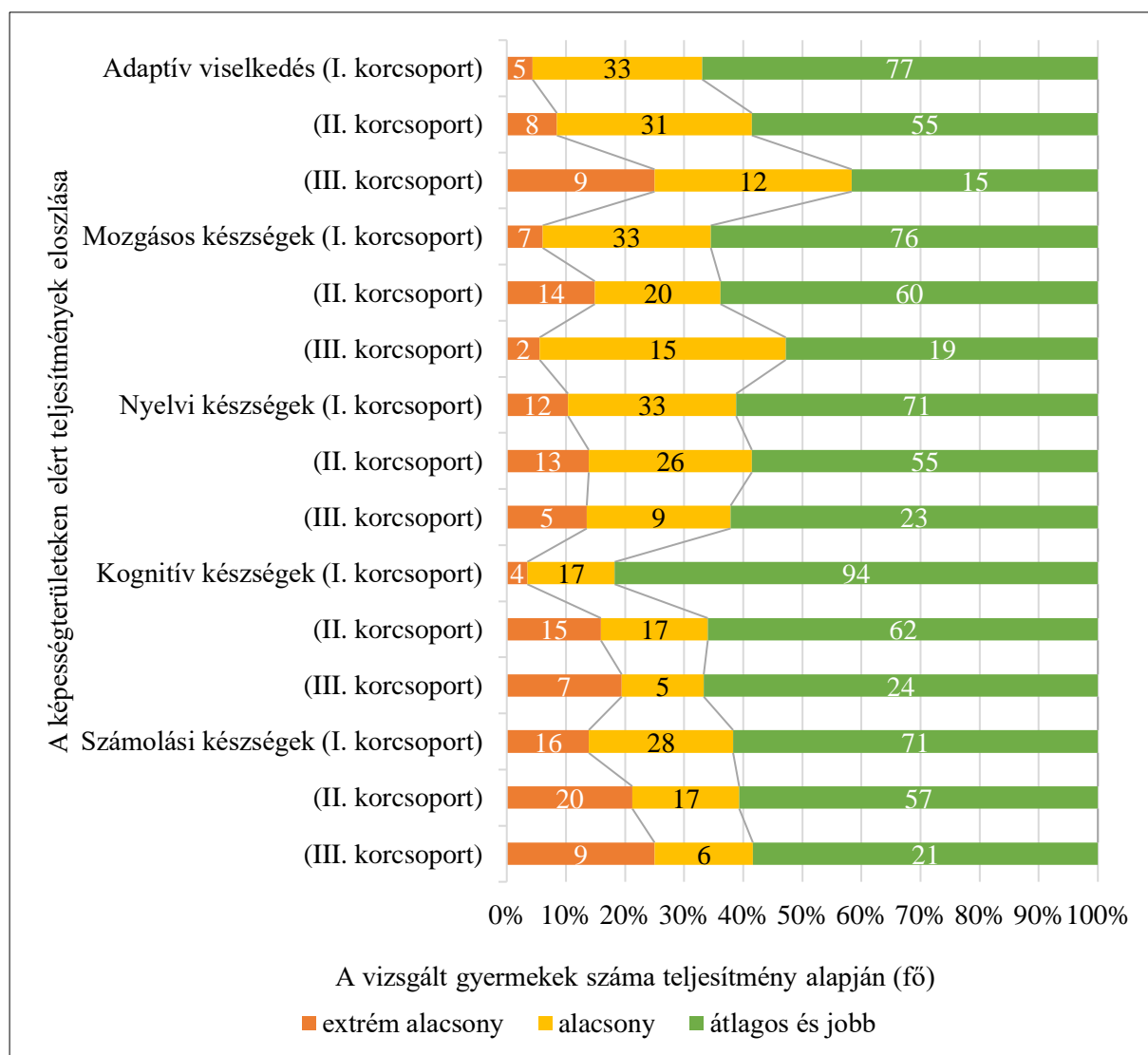
M3. ábra: Kérdőív a mozgásterápiás ellátottságról a pedagógiai szakszolgálat szakemberei számára

Melléklet 4. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek intézményeinek székhelye szerinti megoszlása a mintában településtípus szerint

		Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság	Kumulált gyakoriság
Településtípus	község	179	61,5	61,5
	megyei jogú vár	23	7,9	69,4
	nagyközség	27	9,3	78,7
	város	62	21,3	100,0
	Összes	291	100,0	

M4. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek intézményeinek székhelye szerinti megoszlása a mintában településtípus szerint (saját ábra)

Melléklet 5. Az iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények képességterületi és korcsoport szerinti bontásban



M5. ábra: A „Vizsgálóeljárás az iskolába lépéshez szükséges fejlettség felméréséhez” (TORDA, 2015) eszközzel végzett iskolaérettségi vizsgálaton mért eredmények képességterületenként, korcsoportonként összesítve (saját ábra)

Melléklet 6. Korrelációs mátrix az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményekről, korcsoportonként

I. korcsoport						
Correlations						
		Mozgás_ össz	Nyelvi_ össz	Adaptív_ össz	Kognitív_ össz	Számolás_ össz
Mozgás_össz	Pearson Correlation	1	,583**	,636**	,629**	,689**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	116	116	115	115	115
Nyelvi_össz	Pearson Correlation	,583**	1	,588**	,613**	,740**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	116	116	115	115	115
Adaptív_össz	Pearson Correlation	,636**	,588**	1	,565**	,518**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	115	115	115	114	114
Kognitív_össz	Pearson Correlation	,629**	,613**	,565**	1	,748**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	115	115	114	115	115
Számolás_össz	Pearson Correlation	,689**	,740**	,518**	,748**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	115	115	114	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

M6.1. Korrelációs mátrix az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményekről az I. korcsoportban

II. korcsoport						
Correlations						
		Adaptív_össz z	Mozgás_össz z	Nyelvi_össz z	Kognitív_össz z	Számolás_össz z
Adaptív_össz	Pearson Correlation	1	,612**	,686**	,612**	,479**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	94	94	94	94	94
Mozgás_össz	Pearson Correlation	,612**	1	,562**	,612**	,545**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	94	94	94	94	94
Nyelvi_össz	Pearson Correlation	,686**	,562**	1	,733**	,653**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	94	94	94	94	94
Kognitív_össz	Pearson Correlation	,612**	,612**	,733**	1	,692**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	94	94	94	94	94
Számolás_össz	Pearson Correlation	,479**	,545**	,653**	,692**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	94	94	94	94	94

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

M6.2. Korrelációs mátrix az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményekről a II. korcsoportban

III. korcsoport						
Correlations						
		Adaptív_össz z	Mozgás_össz z	Nyelvi_össz z	Kognitív_össz z	Számolás_össz z
Adaptív_össz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 36	,411* 36	,659** 36	,737** 36	,489** 36
Mozgás_össz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,411* 36	1 36	,286 36	,324 36	,533** 36
Nyelvi_össz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,659** 36	,286 36	1 37	,757** 36	,594** 36
Kognitív_össz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,737** 36	,324 36	,757** 36	1 36	,609** 36
Számolás_össz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,489** 36	,533** 36	,594** 36	,609** 36	1 36
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						

M6.3. Korrelációs mátrix az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredményekről a III. korcsoportban

Melléklet 7. A mozgásos készségterületen elért eredmények statisztikai mutatói a mintában

A mozgásos készségterületen elért eredmények leíró statisztikai mutatói			
	Mean	Std. Deviation	N
M_testséma	8,0919	1,76967	272
M_irányok	6,0662	4,06443	272
M_testközépvonal	2,9099	2,05464	272
<i>M_nagy_egyensúly</i>	8,1564	6,29751	259
<i>M_nagy_dinamikus</i>	8,2683	2,96073	259
<i>M_nagy_célirányos</i>	4,1815	1,55078	259
M_nagymozgás	20,3382	8,53361	272
M_grafomotoros	16,1520	5,17664	273
Mozgás_összesített pontszám	53,2419	14,75885	277

M7.1. táblázat: Az iskolaérettségi vizsgálat során a mozgásos készségterületen elért részeredmények leíró statisztikai mutatói a mintában (saját)

Korrelációs mátrix a mozgásos képességterület részfeladatainak pontszámértékei között

		M_ testséma	M_ irányok	M_ testközép- vonal	M_nagy_ egyensúly	M_nagy_ dinamikus mozgás	M_nagy_ célirányos mozgás	M_ nagymozgás	M_ grafomotoros terület	Mozgás_ összesített pontszám
M_testséma	Pearson Correlation	1	,236**	,249**	,150*	,321**	,039	,234**	,282**	,456**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,016	,000	,536	,000	,000	,000
	N	272	272	272	259	259	259	272	272	272
M_irányok	Pearson Correlation	,236**	1	,175**	,170**	,193**	,161**	,227**	,230**	,543**
	Sig. (2-tailed)	,000		,004	,006	,002	,009	,000	,000	,000
	N	272	272	272	259	259	259	272	272	272
M_testközép vonal	Pearson Correlation	,249**	,175**	1	,207**	,164**	,132*	,193**	,256**	,421**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,001	,008	,034	,001	,000	,000
	N	272	272	272	259	259	259	272	272	272
M_nagy_egy ensúly	Pearson Correlation	,150*	,170**	,207**	1	,421**	,220**	,884**	,330**	,729**
	Sig. (2-tailed)	,016	,006	,001		,000	,000	,000	,000	,000
	N	259	259	259	259	259	259	259	259	259
M_nagy_din amikus mozgás	Pearson Correlation	,321**	,193**	,164**	,421**	1	,277**	,698**	,335**	,643**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,008	,000		,000	,000	,000	,000
	N	259	259	259	259	259	259	259	259	259

<i>M_nagy_céli rányos mozgás</i>	Pearson Correlation	,039	,161**	,132*	,220**	,277**	1	,380**	,246**	,377**
	Sig. (2-tailed)	,536	,009	,034	,000	,000		,000	,000	,000
	N	259	259	259	259	259	259	259	259	259
<i>M_nagymoz gás</i>	Pearson Correlation	,234**	,227**	,193**	,884**	,698**	,380**	1	,384**	,835**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000		,000	,000
	N	272	272	272	259	259	259	272	272	272
<i>M_grafomot oros terület</i>	Pearson Correlation	,282**	,230**	,256**	,330**	,335**	,246**	,384**	1	,709**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	272	272	272	259	259	259	272	273	272
Mozgás_öss zesített pontszám	Pearson Correlation	,456**	,543**	,421**	,729**	,643**	,377**	,835**	,709**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	272	272	272	259	259	259	272	272	277

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

M7.2.táblázat: Korrelációs mátrix a mozgásos képességterület részfeladatainak pontszámértékei között

Korrelációs mátrix a gyermekek hónapokban mért életkora és a mozgásos készségek területen elért pontszámai között

Correlations

	Vizsgálati kor hónapban	M_tests éma	M_irány ok	M_testközép vonal	M_nagy_egyen súly	M_nagy_dinam ikus	M_nagy_célirá nyos	M_nagymoz gás	M_grafomot oros	Mozgás_ö ssz
Vizsgálati kor hónapban	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,067 ,273 291	,019 ,751 ,751 272	,134* ,027 ,027 272	,053 ,392 ,392 259	,121 ,052 ,052 259	,178** ,004 ,004 259	,108 ,075 ,075 272	,253** ,000 ,000 273	,167** ,005 ,005 277
M_testsé ma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,067 ,273 272	1 ,236** ,000 272	,249** ,000 ,000 272	,150* ,016 ,016 259	,321** ,000 ,000 259	,039 ,536 ,536 259	,234** ,000 ,000 272	,282** ,000 ,000 272	,456** ,000 ,000 272
M_irányo k	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,019 ,751 272	,236** ,000 ,000 272	1 ,175** ,004 272	,170** ,006 ,006 259	,193** ,002 ,002 259	,161** ,009 ,009 259	,227** ,000 ,000 272	,230** ,000 ,000 272	,543** ,000 ,000 272
M_testköz épvonal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,134* ,027 272	,249** ,000 ,004 272	,175** ,004 ,004 272	1 ,207** ,001 259	,164** ,008 ,008 259	,132* ,034 ,034 259	,193** ,001 ,001 272	,256** ,000 ,000 272	,421** ,000 ,000 272
M_nagy_ egyensúly	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,053 ,392 259	,150* ,016 ,016 259	,170** ,006 ,006 259	,207** ,001 ,001 259	1 ,421** ,000 259	,220** ,000 ,000 259	,884** ,000 ,000 259	,330** ,000 ,000 259	,729** ,000 ,000 259
M_nagy_ dinamikus	Pearson Correlation	,121 ,321**	,193** ,193**	,164** ,164**	,421** ,421**	1 ,421**	,277** ,277**	,698** ,698**	,335** ,335**	,643** ,643**

	Sig. (2-tailed)	,052	,000	,002	,008	,000		,000	,000	,000	,000
	N	259	259	259	259	259	259	259	259	259	259
M_nagy_	Pearson	,178**	,039	,161**	,132*	,220**	,277**	1	,380**	,246**	,377**
célirányos	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,004	,536	,009	,034	,000	,000		,000	,000	,000
	N	259	259	259	259	259	259	259	259	259	259
M_nagym	Pearson	,108	,234**	,227**	,193**	,884**	,698**	,380**	1	,384**	,835**
ozgás	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,075	,000	,000	,001	,000	,000	,000		,000	,000
	N	272	272	272	272	259	259	259	272	272	272
M_grafo	Pearson	,253**	,282**	,230**	,256**	,330**	,335**	,246**	,384**	1	,709**
motoros	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	273	272	272	272	259	259	259	272	273	272
Mozgás_ö	Pearson	,167**	,456**	,543**	,421**	,729**	,643**	,377**	,835**	,709**	1
ssz	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	277	272	272	272	259	259	259	272	272	277

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

M7.3. táblázat: Korrelációs mátrix a gyermekek mozgásos készségterületen elért pontszámai és életkoruk között

Rangkorreláció számítás a gyermekek részképesség-területeken elért teljesítménye és korosztály szerinti besorolása szerint

Correlations

			Korcsoport számozva	Adaptív kódolt besorolás	Mozgás kód	Nyelvi kód	Kognitív kód	Számolás kód
Spearman's rho	Korcsoport_számozva	Correlation Coefficient	1,000	-,109	-,006	,056	-,068	-,013
		Sig. (2-tailed)	.	,064	,924	,339	,248	,823
		N	291	291	291	291	291	291
Adaptív_kódolt_besorolás		Correlation Coefficient	-,109	1,000	,552**	,511**	,513**	,419**
		Sig. (2-tailed)	,064	.	,000	,000	,000	,000
		N	291	291	291	291	291	291
Mozgás_kód		Correlation Coefficient	-,006	,552**	1,000	,477**	,509**	,532**
		Sig. (2-tailed)	,924	,000	.	,000	,000	,000
		N	291	291	291	291	291	291
Nyelvi_kód		Correlation Coefficient	,056	,511**	,477**	1,000	,611**	,565**
		Sig. (2-tailed)	,339	,000	,000	.	,000	,000
		N	291	291	291	291	291	291
Kognitív_kód		Correlation Coefficient	-,068	,513**	,509**	,611**	1,000	,631**
		Sig. (2-tailed)	,248	,000	,000	,000	.	,000
		N	291	291	291	291	291	291
Számolás_kód		Correlation Coefficient	-,013	,419**	,532**	,565**	,631**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,823	,000	,000	,000	,000	.
		N	291	291	291	291	291	291

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

M7.4. táblázat: Rangkorreláció számítás a gyermekek részképesség-területeken elért teljesítménye (extrém alacsony, alacsony és átlagos) és korosztály szerinti besorolása szerint

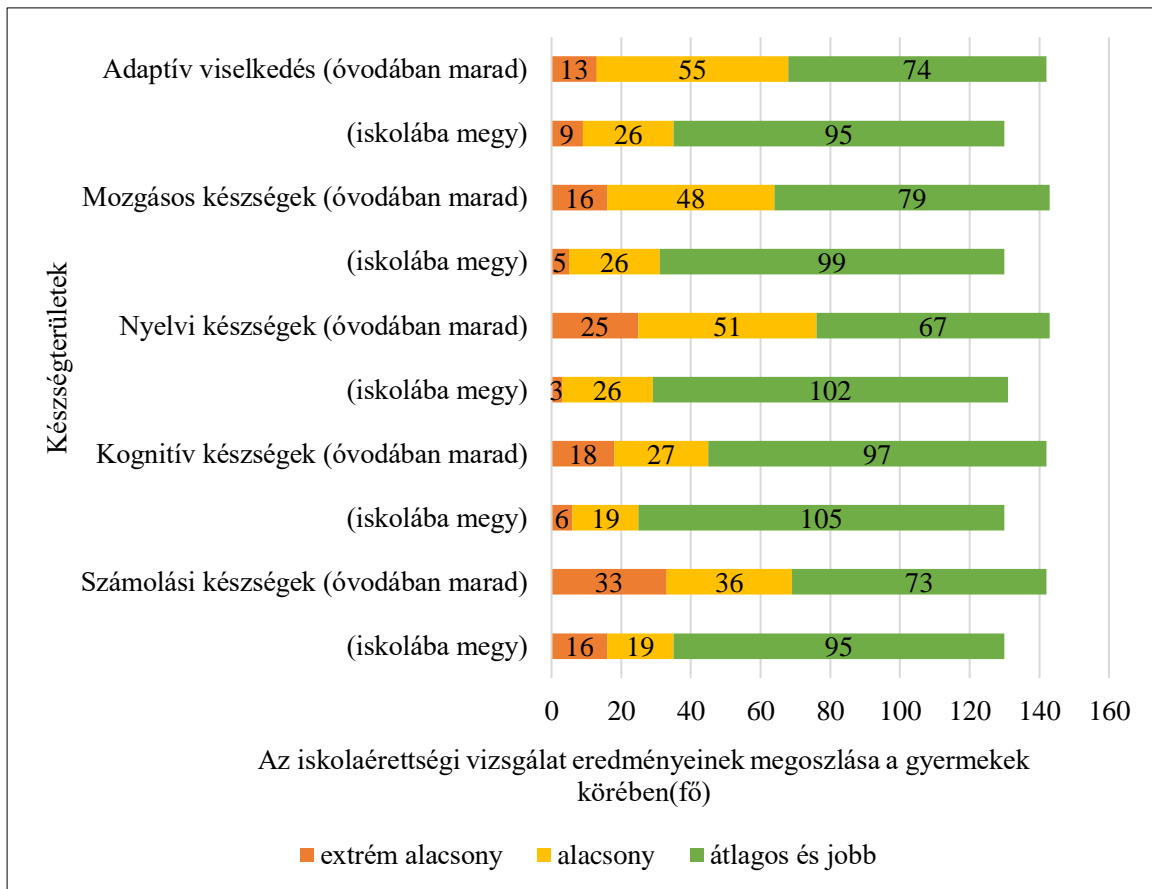
A gyermekek teljesítménye és az intézmény székhelyének nagysága közötti összefüggés vizsgálata

Correlations

			Mozgás kód	Tp_sorszámozva
Spearman's rho	Mozgás_kód	Correlation Coefficient	1,000	,034
		Sig. (2-tailed)	.	,564
		N	291	291
	Tp_sorszámozva	Correlation Coefficient	,034	1,000
		Sig. (2-tailed)	,564	.
		N	291	291

M7.5. táblázat: Spearman-féle rangkorreláció a gyermekek mozgásos készségek területen elért teljesítménybesorolása és a település nagysága szerinti besorolása között

Melléklet 8. Az iskolaérettségi vizsgálaton részt vett gyermekek teljesítményeinek megoszlása az iskolakezdésre vonatkozó döntés alapján (teljes minta)



M8.ábra: Az iskolaérettségi vizsgálaton elért eredmények megoszlása az iskolakezdés időpontjának javaslata szerinti bontásban

Melléklet 9. A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekek esetében észlelt problémák együttes említésének gyakorisága

Mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekek esetében észlelt problémák					
A mozgásos készségek terület mellett az adaptív viselkedés területen észlelt probléma					
		Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság	Érvényes relatív gyakoriság	Kumulált gyakoriság
Érvényes adat	nincs probléma	10	15,4	15,4	15,4
	van probléma	55	84,6	84,6	100,0
	összes	65	100,0	100,0	
A mozgásos készségek terület mellett a nyelvi készségek területen észlelt probléma					
		Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság	Érvényes relatív gyakoriság	Kumulált gyakoriság
Érvényes adat	nincs probléma	29	44,6	44,6	44,6
	van probléma	36	55,4	55,4	100,0
	összes	65	100,0	100,0	
A mozgásos készségek terület mellett a számolási készségek területen észlelt probléma					
		Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság	Érvényes relatív gyakoriság	Kumulált gyakoriság
Érvényes adat	nincs probléma	50	76,9	76,9	76,9
	van probléma	15	23,1	23,1	100,0
	összes	65	100,0	100,0	
A mozgásos készségek terület mellett a kognitív készségek területen észlelt probléma					
		Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság	Érvényes relatív gyakoriság	Kumulált gyakoriság
Érvényes adat	nincs probléma	25	38,5	38,5	38,5
	van probléma	40	61,5	61,5	100,0
	összes	65	100,0	100,0	

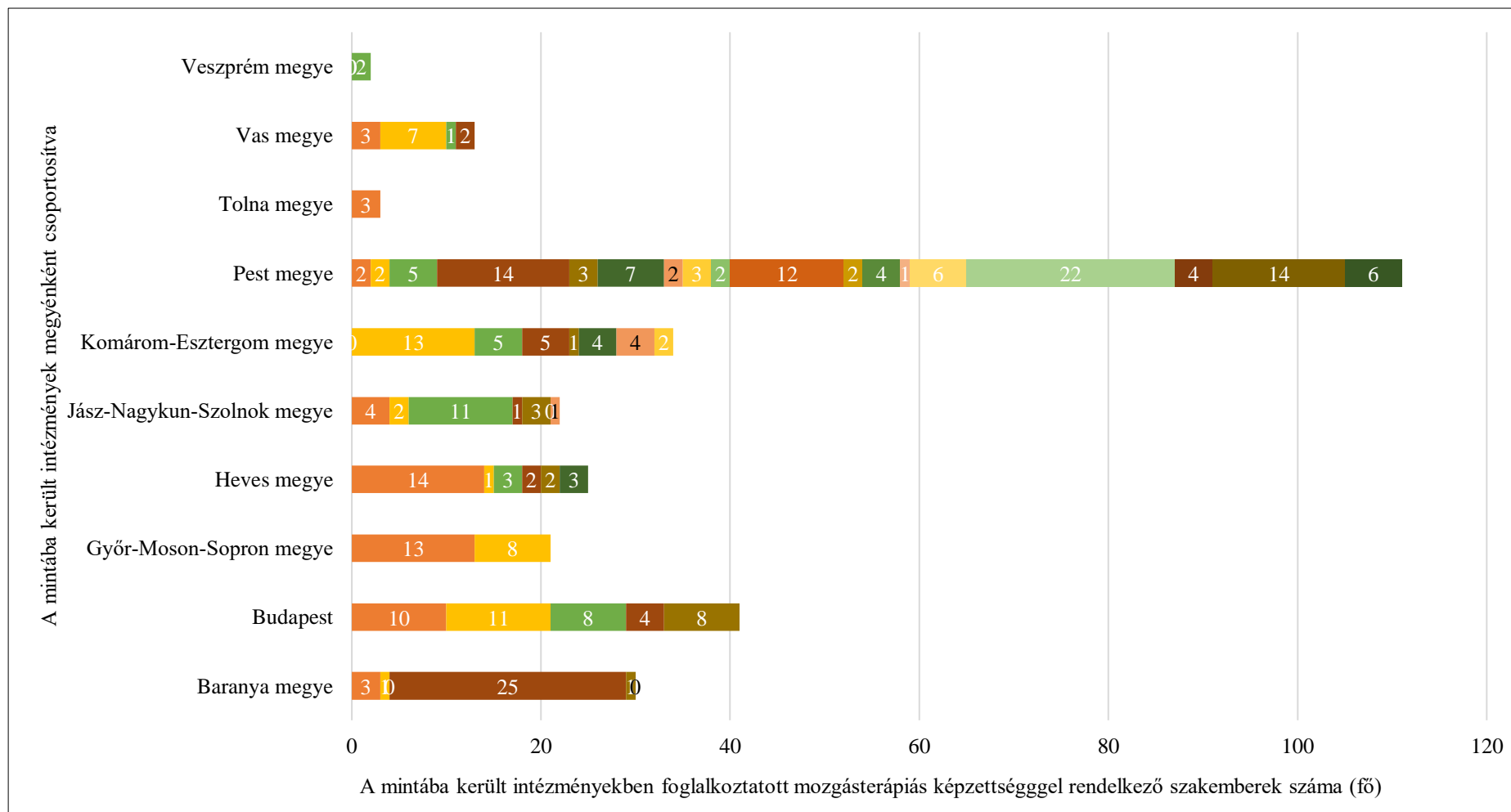
M9. A mozgásos készségek területen átlag alatti teljesítményt elért gyermekek esetében a mozgásos készségek mellett észlelt problémák együttes említésének gyakorisági mutatói

Melléklet 10. A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatottak munkakör szerinti megoszlása, megyénként (2018. július)

Megye	Munkakör																		Összesen
	fejlesztő pedagógus	gyógypedagógiai asszisztens	gyógypedagógus	gyógytestnevelő tanár	gyógytornász	iskola- és óvodapszichológus	iskola-pszichológus	konduktor	logopédus	óvoda-pszichológus	pedagógiai asszisztens	pszichológus	rendszer-gazda	szakorvos	szakszolgálati titkár	tanácsadó pedagógus	tanító	tehetség-gondozó koordinátor	
Bács-Kiskun megye	10	3	103	54	5	0	0	14	66	2	6	43	1	0	18	7	0	1	333
Baranya megye	4	10	61	13	0	1	0	4	30	0	3	46	1	1	0	1	0	2	177
Békés megye	13	1	77	5	0	0	0	8	14	0	3	20	1	1	14	2	0	4	163
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	36	8	150	43	2	1	0	6	16	0	0	41	0	0	16	4	0	3	326
Budapest	92	16	330	88	18	14	11	122	308	0	14	318	8	7	67	5	0	6	1424
Csongrád megye	5	0	119	25	2	6	5	3	47	0	0	46	1	1	14	5	0	0	279
Fejér megye	2	0	71	46	0	0	0	14	66	0	0	36	1	3	1	4	0	0	244
Győr-Moson-Sopron megye	9	0	78	10	0	0	0	6	50	0	0	42	0	1	4	0	0	1	201
Hajdú-Bihar megye	37	3	76	17	1	19	0	3	21	0	0	39	1	3	6	1	0	6	233
Heves megye	5	0	30	9	0	0	0	2	29	0	0	24	1	1	8	3	0	0	112
Jász-Nagykun-Szolnok megye	7	11	72	9	2	0	2	6	23	0	0	26	1	2	0	4	0	1	166
Komárom-Esztergom megye	11	0	55	18	0	0	0	2	35	0	0	30	0	2	0	1	0	0	154
Nógrád megye	12	3	37	12	1	0	0	5	36	0	1	12	0	2	0	2	0	3	126
Pest megye	38	3	182	30	4	8	1	16	127	0	6	151	1	2	31	0	0	1	601
Somogy megye	13	4	90	26	5	6	0	3	36	0	11	15	5	3	8	1	0	0	226
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	29	7	98	23	8	2	0	4	26	0	1	51	1	1	21	2	0	4	278
Tolna megye	4	0	48	15	1	0	0	3	24	0	1	19	1	1	7	1	0	0	125
Vas megye	2	1	46	8	6	4	0	3	39	0	0	26	0	0	13	3	0	0	151
Veszprém megye	5	0	37	5	0	0	0	3	26	0	0	25	0	0	2	0	1	0	104
Zala megye	10	0	51	18	3	0	0	5	22	0	0	19	0	2	0	0	0	0	130
	344	70	1811	474	58	61	19	232	1041	2	46	1029	24	33	230	46	1	32	5553

M10. ábra: A pedagógiai szakszolgálatban foglalkoztatottak munkakör szerinti megoszlása, megyénként (2018. július) Forrás: Hivatkozási szám: KIRADATSZOLG-00295. Forrás: KIR2-INT, KIR2-SZNY. Dátum: 2018.07.12. (saját ábra)

Melléklet 11. A mintába került pedagógiai szakszolgálati intézményekben előforduló mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma



M11. ábra: A mintába került intézményekben foglalkoztatott mozgásterápiás képzettséggel rendelkező szakemberek létszáma intézményenkénti, megyei csoportosításban (saját ábra)

Melléklet 12. A mozgásterápiás eljárások előfordulásának leíró statisztikai mutatói a teljes mintában

A mozgásterápiás eljárások előfordulásának leíró statisztikai mutatói a teljes mintában													
		Család- központú kora gyermekkori intervenció	Autizmus- specifikus komplex korai intervenció	Alapozó terápia	DSZIT Ayres	DSGM	gyógypedagógiai lovaglás	HRG	Tanulási zavarok terápiája (Kulcsár Mihályné)	Neurohabilitációs Tréning	TSMT I-II.	Mozgásprogram (Tótszóllósy Tünde)	INPP
Elem szám	Érvényes	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
	Hiány	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Átlag		,34	,20	1,41	1,30	,05	,05	,16	1,15	,10	,70	,34	,46
Medián		,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Módusz		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Szórás		,834	,542	1,944	1,918	,218	,218	,489	1,887	,300	1,131	,704	1,026
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		4	3	9	10	1	1	2	8	1	6	3	6
Összeg		21	12	86	79	3	3	10	70	6	43	21	28

M12. ábra: A mozgásterápiás eljárások előfordulásának leíró statisztikai mutatói a teljes mintában (saját ábra)

Melléklet 13. Az ellátás alapelveinek megvalósulása a szakemberek megítélése szerint

Alapelvek	Elemszám		Átlag	Medián	Módusz	Szórás	Minimum	Maximum
	Érvényes	Hiányzó						
Az ellátás minősége	24	3	3,04	3,00	3	,859	1	5
A kínálat sokszínűsége	27	0	2,41	3,00	3	1,152	0	5
Eszközellátottság	24	3	2,42	2,00	2	,881	1	5
Az ellátás elérhetősége	26	1	2,77	3,00	3	,815	1	4
Ingyenesség (minimális költségek)	25	2	2,40	2,00	2	1,041	1	5
A szükséglethez igazodó ellátás biztosítása	26	1	2,65	3,00	3	,936	1	5
Az ismeretszerzés lehetősége a szakemberek számára a mozgásterápiákról	26	1	2,50	2,00	2	,949	1	5
Az együttműködés minősége más szakemberekkel	26	1	3,46	3,00	3	,811	2	5
A szülők együttműködése	26	1	3,38	3,50	4	1,023	1	5
A szülők érdeklődése a gyermek fejlődése iránt	24	3	3,71	4,00	4	,999	2	6

M13. táblázat: A válaszadói csoportok közötti különbség vizsgálata a mozgásterápiás ellátás minőségi szempontjainak megítélése során

Melléklet 14. Az intézményvezetővel készített interjú a mozgásterápiák intézményi szintű szervezési kérdéseiről

Milyen eszközökkel rendelkezik a Szakszolgálat a mozgásterápiás ellátás terén?

Egyrészt azzal rendelkezünk, amit örököltünk a jogelőd intézményekből. A Kistérségek pályáztak korábban ezekre az eszközökre attól függően, hogy milyen feladatot vállalt fel a Kistérség. A megyeszékhely például a logopédiát és a pályaválasztást vállalta fel, amelyet biztosítani fog. Ebben nem volt mozgásfejlesztés. A logopédia, a pályaválasztás és a gyógytestnevelés volt még a leggyakoribb választás, mivel ezek kevés eszközt igényeltek.

A 90-es évektől a szenzoros integrációs terápia és az Alapozó Terápia terjedt el a Szakszolgálatoknál. A Katona-módszer inkább egészségügyi ellátás. Ezeken kívül elterjedtek hosszabb képzési időbe tartozó terápiák is, de jellemzőbb volt, hogy rövidebb idő alatt elvégezhető képzésekre mentek el a kollégák (harminc, hatvan órás képzésekre). Többen Kulcsárné képzéseit végezték el.

A szenzoros integrációhoz kötődően nem jellemzőek a rövidített képzések. Voltak, akik eszközre épülő képzéseken vettek részt, mint például a mozgáskotta. Ezt a tagintézmények választották meg, hogy miben szeretnének képződni, illetve, hogy mit tudnak finanszírozni. De ez függött a vezetői elhatározástól is. Például Egerben a logopédusokkal közösen egyeztünk meg a beszéd és mozgás együttes fejlesztése érdekében, hogy minden logopédus elvégezze az alapokat. Egy kolléga az Ayres-terápiát is elvégezte, ami már hosszabb képzés. Természetesen a kollégák önköltségén is vettek részt képzéseken, de ebben az értelemben nem egységes az elosztás.

Az átszervezések után sem volt ilyen irányú a pályázati rendszer. Sokkal inkább a szemlélet, a protokollok egységesítése volt a cél, de az eszközfelszereltség egységesítése nem történt meg. A kiemelt projekt keretében konduktív pedagógiai eszközöket kapott a szakszolgálat, illetve a szenzoros integrációs eszközkészleteket is, de ezekhez sem a fel- és beszerelés, sem képzéseken való részvétel nem társult.

Az eszközök esetében nem elegendő rendelkezni a készletekkel, mivel azok alkalmazásánál biztonsági előírásoknak is meg kell felelni (például az Ayres-eszközrendszer felszereléséhez és működtetéséhez biztonsági nyilatkozattal ellátott szerkezet szükséges). Tehát mondhatjuk,

hogy eszköz minden tagintézményben van, de a működtetés részben megoldott, illetve kiképzettség nincs elegendő mértékben hozzá.

A konduktorok helyzete sajtószerű, mert egészségügyi ágazaton belül is dolgoznak, de 2013 óta pedagógiai szakszolgálati feladat is a konduktív pedagógiai ellátás biztosítása.

A régi – a 2013-as jogszabályváltozás előtti – szakterületeknek már kialakult akkreditált továbbképzési rendszere, választhat aszerint, hogy a pénztárcája mit enged meg.

Lényeges ez a tudás, mert egy eljárás nem jó – nem alkalmazható – minden gyerekre. Legyen a szakember zsákjában több dolog és a gyerek szükségletéhez igazodva válasszon, ne aszerint, hogy mit tud.

Ahhoz, hogy a tagintézmények között egyformán legyenek képzett szakemberek, források, lehetőségek szükségesek, mert a képzések nagyon drágák. Sajnos hiába tudjuk, hogy mi lenne a helyes, a lehetőségre is szükség van.

Hogy lenne ideális? Szükséges minden intézménybe minden terápiát ismerő szakember?

A szenzoros integrációs terápia és az Alapozó terápia, vagy annak valamilyen képzése kellene, hogy mindenhol legyen. Ha ettől speciálisabb kell, lehet, hogy az az olcsóbb, ha a gyermeket juttatjuk el a terápiához. A szenzorost sem lehet utaztatni, sem a szakembert. Szervezési szempontból a ritkábban szükséges eljárásokat könnyebb eljuttatni.

Mik a nehézségek a mozgásterápiákkal kapcsolatban?

A körülményekkel kapcsolatban fontos, hogy a szenzoros integráció helyhez kötött. Addig nem szabad az eszközeit használni, ameddig azokat nem lehet biztonságosan beszerezni. A mozgásterápiák esetében kevesebb a lehetőség, hogy széles körben alkalmazzuk, ha a körülmények nem adottak. Azok az eljárások, amiket „magukkal tudnak vinni” a szakemberek, jobban tudnak használni, alkalmazni.

Vannak-e tervek a szakszolgálatnál a mozgásterápiás ellátásra vonatkoztatva?

Természetesen vannak, de a fejlesztésre kevésbé irányulnak, inkább a diagnosztikai eszközök kerülnek előtérbe. Rövid képzésekre lehet számítani, de nem a mozgás, hanem inkább általánosabb kérdések, az eltérő fejlődés szűrése, a szakmai kapcsolattartás.

A térségben tapasztalható-e változás a mozgásfejlesztés iránti igényekben?

A Munkaközösségek vezetőinek van erre nagyobb rálátása. Nem vizsgáltuk a gyerekek fejlődését után követéssel, bár volt korábban a középső csoportosok szűréséből adatgyűjtés, de sajnos azok az adatok elvesztek.

A szülőkkel kapcsolatban van az a felismerés, hogy gyakrabban kérnek segítséget olyan alapvető területeken is, mint például a szobatisztaság kialakítása. Erre konkrét példa volt már. Ugyanakkor a számítógép is befolyásolja a képességeket, mivel a gyerekek sokat ülnek a képernyők előtt és a szülők sokszor ezzel elégedettek is. De ez a beszéd területén is okoz elmaradásokat. A szakszolgálat a gyerekekkel már akkor találkozik, amikor a problémák fennállnak. A potenciálisan elmaradottá válókkal mi nem dolgozunk, csak azokkal, akiknél már látjuk a problémákat.