17th International Scientific Conference 2025

Sessions of the Faculty of Education

https://doi.org/10.36007/5390.2026.338

KOOPERATÍV PEDAGÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS REHABILITÁCIÓ EGY KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS ESET TÜKRÉBEN

COOPERATIVE PEDAGOGICAL ASSISTANCE AND REHABILITATION IN THE LIGHT OF AN EARLY CHILDHOOD INTERVENTION CASE

Adél MAGYAR[72] – Márta RADICS[73] – Réka ÁGOSTON[74]

ABSTRACT

Prevention and intervention services provided in the early stages of life have significant impacts on children's development, the preservation of a family's internal resources, and their successes of social participation as well. In Hungary, pedagogical professional services are supported and regulated by a national system called „Protocol" from 2015 (Kereki, Szvatkó). The functions of sectors and service providers are coordinated by the "Childhood Pathway Program" developed between 2016–2022. This enables to avoid any service duplications between institutions, service providers, professionals and other sectors, also helps the communication link transparent for the participants. In our study, a special education teacher, a speech therapist, and a conductive education teacher present institutional and professional possibilities and aspirations of cooperation in a care model tailored to the special needs of a premature child and their family. The protocol includes a form already known in the healthcare and social sectors, but still little used in public education, called case discussion and case processing team.

KEYWORDS

early childhood intervention, case- discussion group, pedagogical professional service, conductive education, intersectoral communication

Bevezető

A korai fejlesztés meghatározását, módszereit elemző tanulmányok az elmúlt harminc évben új paradigmát alkottak a fogyatékos gyermekek legkorábbi ellátására. Az új felfogásnak megfelelően a kora gyermekkori intervenció ökológiai rendszer-szerű modellje az elsősorban a gyermekre fókuszáló fejlesztő beavatkozást komplex, a gyermek szűkebb és tágabb környezetét is bevonó folyamattá bővítette.

A rehabilitációs szemlélet társadalmi trendje az orvosi modelltől a napjaink Európáját jellemző társadalmi-állampolgári, szociális modellig terjed. A korai fejlesztés, mint a fogyatékos gyermekek első segítő beavatkozása, kilépést jelent az orvosi modell beteg-központú, fiziológiás

[72] Dr. Magyar Adél Márta PhD, Odú Központ, Pedagógiai Szakszolgálati Intézmény, Szeged. magyaradelmarta@gmail.com

[73] Radics Márta, Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata Bölcsődéi, Szeged. radics.marta@int.ritek.hu

[74] Ágoston Réka, egyéni vállalkozó, Szeged. rekuci898@gmail.com

segítséget nyújtó, „gyógyító” szemléletéből, és a pedagógiai eszközökkel ható fejlesztő terápiás szolgáltatásokat hangsúlyozza az első hónapoktól kezdve. A gyermekre fókuszáló, csak vele foglalkozó, az ő funkcióit fejlesztő eljárások azonban még távol állnak attól a hatékony, komplex szolgáltatáscsomagtól, ami tekintetbe veszi és bevonja a fogyatékos gyermek szűkebb (családi) és tágabb (társadalmi, kulturális) környezetét.

Az ökológiai rendszer-szerű gondolkodás lehetőséget ad mindannak a megértésére, ami a családdal élő gyermekkel és tágabb környezetével történik.

Az European Agency for Special Needs and Inclusive Education (Európai Ügynökség) 2005-ben megjelent kutatási beszámolójában az európai helyzet elemzésének eredményeként megfogalmazta a kora gyermekkori intervenció definícióját. Eszerint ez a nagyon fiatal életkorú gyermekeknek és családjaiknak nyújtott olyan szolgáltatás/ellátás csomag, melyet a család kérésére, gyermekük életének egy adott időszakában szükséges biztosítani. Magában foglal minden olyan tevékenységet, mely a gyermek sajátos szükségleteinek támogatását szolgálja: biztosítja és elősegíti a gyermek személyes fejlődését, erősíti a család kompetenciáit, támogatja a család és a gyermek társadalmi inklúzióját. A kora gyermekkori intervenció tehát olyan szolgáltatáscsomag, melynek tevékenységei egyaránt érintik az egészségügyi, az oktatási, köznevelési, a szociális, család- és gyermekjóléti ágazatokat. A tevékenység megvalósításához olyan interdiszciplináris szakember-team együttműködő munkájára van szükség, akik az ellátást meghatározó tudományterületeket transzdiszciplináris szemlélettel építik be saját tudástartalmaikba (Soriano, 2005).

A szolgáltatások hatékony működtetéséhez, és a családok egyéni igényeire adandó differenciált ellátás biztosításához fontos a kooperatív elkötelezettség a szakmák között, és lényeges a professzionális közös alap létrehozása. Az egyénre (egyes családokra) szabott intervenciós ellátás megkívánja a különböző ágazatokból érkező, a szolgáltatási terv részét képező szakemberek folyamatos kommunikációját, konzultációját egymással és a családdal (Magyar, 2015).

Magyarországi helyzet és kihívások

Magyarországon az European Agency helyzetfeltárását követően, 2008-ban a Tárki-Tudok Zrt. végzett kutatást, melynek zárójelentését 2009-ben tették közzé. Ezt követően a jogszabályi környezet változásának (2011-es köznevelési törvény), majd egy átfogó fejlesztési projektnek (2016–2022: Gyermekút Program) köszönhetően számos innováció, rendszerszintű átalakítás történt. Képzések és továbbképzések, tananyagok és tréningek szolgálták a társágazatok képviselőinek együttműködését, a közös ismeretalap kialakítását mindazon szakmacsoportoknál, akik a korai életszakaszban a fejlődési eltéréssel, hátránnyal élő gyermekek és családjuk ellátásában részt vesznek. A kora gyermekkori intervenció “gazdaágazata” a köznevelés lett, ezen belül a gyermekek fejlesztésének intézményes megvalósítása és a társágazati ellátások koordinátori feladata a pedagógiai szakszolgálati rendszer szereplőihez, a Szakértői bizottságokhoz (komplex diagnosztika) és a Gyógypedagógiai korai fejlesztés, gondozás és tanácsadás pedagógiai szakszolgálatához került. A párhuzamos ellátásokat kiküszöbölő, a családok számára a korai gyermekutat egyértelműsítő intézkedések, képzések és segédanyagok megtörténtek, elkészültek. Jelenleg a struktúra, a rendszer próbája, finomhangolása történik. Ehhez járulhatunk hozzá reményeink szerint bemutatott esetünkkel, mely rámutat, hogy a kliensút megvalósulása milyen – esetleg még hiányzó – kvalitatív tartalmakat kíván, és milyen kommunikációs eszközök segíthetik a sikeres kora gyermekkori intervenciót. Ugyanakkor a korai kliensút legfontosabb és leghangsúlyosabb szereplője a család, hiszen ebben az időszakban a szülők kezébe helyeződik a legnagyobb jog és kötelesség a fejlesztés tekintetében, mivel az

óvodába kerülésig a köznevelésben való részvétel a gyermek számára nem kötelező. A szülő döntésétől függhet, hogy igénybe veszi-e a Szakértői bizottság kora gyermekkori komplex diagnózisának felállítását és a korai fejlesztést.

A gyermek kliensútjának kezdete

Jelen tanulmányunkban bemutatott gyermek útja számos olyan jellegzetességet tartalmaz, mely esetünkben elősegítette az ágazatközi kommunikáció lehetőségének fejlesztését és a gyakorlatban megvalósítható esetmegbeszélés multidiszciplináris megközelítését. Szakemberek, intézmények kooperációja mutatkozik meg egy gyermek kliensútjának egyengetésében.

A gyermek anamnesztikus adataiból kiemelhetjük, hogy a 28. hétre született, így koraszülöttként az egészségügyi ellátórendszer koraszülöttekért felelős részlegén, a perinatális intenzív centrumban (továbbiakban: PIC) kezdte meg életét.

Egy koraszülött gyermek túlélési, hazaadási, valamint funkcionális esélyei elsősorban a betöltött gesztációs hetek alapján számolhatóak. Ezen belül fontos szempontok az érettségi szint, a születési súly, az intrauterin (méhen belül végbemenő) fertőzési folyamatok, de a köldökzsinór működése, illetve a születéskori állapot is. A neonatológiai ellátás intenzitását meghatározza a megszületéskor alkalmazott beavatkozások mértéke, hossza és szükségessége, mint például az újraélesztési protokoll, az oxigénellátottság – azaz a lélegeztetés – módja, mértéke és minősége, a centrumban történő születés, a keringéstámogatási igény, továbbá az anyagcsere állapota, a szülési sérülések és a veleszületett rendellenességek előfordulása (Balla & Szabó, 2013). Az esetünkben bemutatott kisgyermek anamnéziséből tudjuk, hogy 1,5 hónap PIC kezelést követően negatív leletekkel (többek között negatív agyi ultrahang eredménnyel) távozhatott otthonába.

Protokolláris életút

A gyermek fejlődésének utánkövetését elsősorban a koraszülötteknek biztosított utógondozási rendszer, a koraszülött rehabilitációs szakorvosi ellátás végezte. Azonban jól megfigyelhető, hogy a korai életszakaszban, már 7 hónaposan megjelent a protokolláris kliensútban is – a pedagógiai szakszolgálat rendszerében – a szegedi Odú Központ, Pedagógiai Szakszolgálati Intézmény komplex gyógypedagógiai és pszichológiai állapotfelmérésének keretein belül. Ez a vizsgálat ekkor még megfelelő pszichomotoros fejlődésről számolt be a gyermek állapotával kapcsolatban. Összegezve: a gyermek fejlődése az első hónapoktól kezdve jól lekövethető mind az egészségügy, mind a köznevelés szakellátásaiban.

A gyermek eltérő fejlődésmenetének gyanúját első alkalommal a gyermek 1 éves (korrigált 9 hónapos) korában, a rendszeres koraszülött utógondozás kontrollvizsgálata során az ellátó szakorvos jelezte. A szakorvos javaslatot tett pedagógiai szakszolgálati kontrollvizsgálatra, mely a gyermek 1 év 4 hónapos korában alátámasztotta a gyanút, és indokolttá vált a gyermek korai fejlesztése, amelynek feltétele a sajátos nevelési igényű státusz. Azonban a szülők ezt elutasították. Miután a koragyermekkori intervenciós ellátás nem kötelező ellátási forma, a család szabadon dönthetett annak igénybevételéről, opponálva a gyermeket vizsgáló szakemberek javaslatait.

A diagnózis

Amikor felmerül a gyanú egy gyermek állapotával, fejlődésével kapcsolatban, már az bizonyítottan szorongást vált ki a szülőkben. Elbizonytalanítja őket saját szülői kompetenciájukban, sőt saját gyermekükkel kapcsolatban is. A szorongás oldására különböző védekezési mechanizmusokat alkalmazhatnak. Ilyen a megítélésük szerint külső stigmatizáló jegyek, vagy a gyermek fejlődése körüli problémáinak tagadása, bagatellizálása, ignorálása.

Intézményes keretekkel vagy egy szakemberrel szemben olykor megfigyelhető a szülők visszautasító magatartása, vagy rosszul időzített dühös megnyilvánulásai is (Borbély, 2012).
Bemutatott esetünkben a szülők számára elfogadható kompromisszumot a magánellátás igénybevétele jelentette, mely a gyermek fejlődését szolgálja, a sajátos nevelési igény "bélyegének" mellőzésével. Azonban a megkezdett komplex konduktív pedagógiai és mozgásterápiás folyamat végül nem megnyugváshoz, esetleg gyógyuláshoz vezetett, hanem a gyermek állapotával kapcsolatos többirányú gyanú megfogalmazásához.
A konduktív pedagógiai felmérésen jól megfigyelhető volt a korábbi diagnózisokban leírt, és nyomonkövethetően progrediáló állapot, melyben a gyermek motoros képességei és egyéb részképességei is tipikus tünetegyütteseket mutattak valamely, a központi idegrendszert érintő sérülés irányába. Egy ilyen, a központi idegrendszer érintettségéről szóló gyanú kivizsgálása klinikai kereteken belül zajlik, mely egyaránt figyelembe veszi a kor- és kórképspecifikus fejlődési, fejlődésneurológiai, neurológiai diagnosztikai, továbbá differenciáldiagnosztikai vizsgálatokat is.
A magánellátó szakember feladatává vált, hogy a már traumatizált, szorongó és ettől elkerülő magatartást mutató szülőket meggyőzze a tünetek szakorvosi kivizsgálásáról, a szülő–szakember együttműködés és bizalom megtartása mellett. Az első fejlődésneurológiai szakorvosi vizsgálat azonban nem igazolta a központi idegrendszer érintettségét, mely a szülők számára átmeneti megnyugvást és szorongásuk enyhülését eredményezte, a szakember számára viszont némi presztízsvesztéssel járt. Azonban a tünetek továbbra is jól detektálhatóak voltak, a konduktor szakember szakmai véleményt készített, mellyel a szülők kontrollvizsgálatot kértek a fejlődésneurológusnál. Így a gyermek 1 év 9 hónapos korában, kétlépcsős eljárás során kapta meg a diagnózist: cerebral paresis (továbbiakban: CP), melyet később képalkotó eljárás (MRi) igazolt, az agyi érintettség típusa: periventricularis leukomalatia (továbbiakban: PVL).
A cerebral paresis oka a fejlődő, éretlen agy nem progresszív jellegű károsodása / sérülése. A motoros képességekben való megjelenésének mértéke és minősége függ az idegrendszer / agy érintettségének kiterjedésétől. A CP ezért a mozgás, valamint a motoros funkció állandó, de nem változatlan rendellenességeinek csoportját jelenti. Napjainkban a leggyakoribb gyermekkori mozgáskorlátozottságot okozó tényezőként tartják számon. Minél korábbi diagnózissal, terápiás beavatkozásokkal és fejlesztéssel jelentős eredményeket lehet elérni (Nagy, 2019).
A CP klinikai formájának patogenezisét tehát kizárólag képalkotó eljárással lehet elvégezni. Az agyi struktúrák és azok érintettsége szerint több központi idegrendszert érintő sérüléstípust különböztet meg a szakirodalom, melynek egyike az esetbemutatásunkban szereplő gyermeket érintő periventricularis leukomalatia. A PVL a központi idegrendszert érintő második leggyakoribb komplikáció a koraszülötteknél. Nagy általánosságban a külső tünetegyütteseiben az alsó végtagok spasztikus (feszes) izomtónus kiváltó oka lehet, továbbá gyakori társtünetei a tanulási nehézségek, kognitív funkciók elmaradása, látáskárosodás (pl. strabismus). Nincs specifikus kezelés, a cél a megelőzés, illetve a korai diagnózist követően a károsodás következményeinek komplex kezelése (Kálmánchey, 2000). Kliensünk esetében így 1 év 9 hónaposan e diagnózis tette egyértelművé a halmozott fogyatékosság tényét, mely várhatóan élethosszig fennálló állapot.

Sérült gyermekeket nevelő szülők atipikus gyásza

Már a gyanú felmerülése is számos aggállyal jár, de egy gyermek élete fölött egy diagnózis kimondása kimondottan traumaként érinti a szülőket. Esetünkben a szülők gyermekük születésétől

kezdve átélt folyamatos szorongása végül nem feloldódott, hanem elmélyült gyermekük fogyatékosságának megállapításával.

Számos kutatás igazolja, hogy a sérült gyermeket világra hozó, illetve gyermeke eltérő fejlődésmenetét felismerő szülők ugyanazon a lelki folyamaton mennek keresztül, mint amikor egy ember elhunyt szerettét gyászolja. Ebben az esetben a szülőnek egyszerre kell megélnie a veszteséget, elgyászolnia a meg nem született, várt, egészséges gyermekét, a hozzá tartozó jövőképet, és közben gondoskodnia kell a nem várt, és valamely fogyatékosságot hordozó gyermekről. A diagnózis és a saját gyermekének elfogadása ezért ebben a folyamatban egy ideig feltételes és viszonylagos. A trauma elindítja a gyász folyamatát, de meg is rekesztheti, gyakran a többszörös, egymásra épülő negatív és ellentmondásos érzelmek és tapasztalatok miatt. A gyászfeldolgozás szakaszai ezért sérült gyermekeket nevelő szülőknél nem típusosan mennek végbe (Borbély, 2012; Radványi, 2013). „A sérült gyermeket világra hozó, vagy a korábban egészséges gyermeküket elvesztett szülők lelkében majdnem ugyanazok a folyamatok játszódnak le, mint amikor valaki meghalt szerettét gyászolja. Gyászol a szülő. Nem csak a meg nem született, vagy örökre elveszített ideális gyerekét, hanem önmagát is. Gyászolja a füstbe ment terveit, a jövőről szőtt álmait, gyászolja örökre megváltozott életét, s azt a gyermeket is, akinek iszonyú nehéz batyuval kell majd járnia az útját” (Kálmán, 2004, 80. old).

Gyakran tapasztalható a szülők megküzdési stratégiái kapcsán, hogy amennyiben nem képesek szembesülni gyermekük fogyatékosságával, illetve nem képesek elfogadni azt, az teljes vagy részleges tagadáshoz vezethet. A tagadás, hárítás, illetve mások hibáztatása és ezek mértéke, valamint megnyilvánulási formái egyedi módon jelennek meg és kapcsolhatók a gyermek fogyatékosságának típusához, továbbá a gyermek jellegzetes, észrevehető, típusos külső jegyeihez (Radványi, 2013). Például a sajátos nevelési igény státuszt megbélyegzésnek tekintik, szembehelyezkednek a gyermeküket ellátó szakemberrel, a vele való kooperációt hárítják, esetleg nem jelennek meg a gyermekkel társadalmi eseményeken, nem adják rá a speciális segédeszközeit, hogy a megkülönböztetést minimalizálják. Esetünkben mindezek közül számos megnyilvánulás volt tapasztalható mind az intézményes kereteken belül, mind az egyéni ellátás szintjein. Emiatt is kiemelkedő jelentőségű volt a szakemberek közti kommunikációs stratégiák és csatornák felépítése, továbbá a különböző szektorok összehangolása az esetmegbeszélés ernyője alatt.

A gyermek bölcsődei ellátása

A bölcsődébe való jelentkezést az anya munkába való visszatérése indokolta. A beiratkozási eljárás során a szülő nem adott meg információkat a gyermek állapotával, fejlődési sajátosságaival kapcsolatban, amit a bölcsődei felvételi gyakorlat lehetővé is tesz. A protokoll szerinti beszoktatási folyamatot megelőző családlátogatás során vált ismertté a kisgyermeknevelők számára a gyermek állapota. Az anya ekkor jelezte, hogy a gyermek még nem lépeget önállóan, továbbá, hogy magánúton biztosítja a gyermek fejlesztését, ami az ezzel kapcsolatos további kérdésfelvetések, esetleges továbbirányítás megelőzéseként is értelmezhető. A gyermek az ezt követő héten 1 év 11 hónapos korában egy 11 fős csoportban kezdte meg a bölcsődét. Mivel az aktuális állapotáról nem álltak rendelkezésre megfelelő információk, az inklúzió tudatos előkészítése nem volt lehetséges, ezért a bölcsődei beilleszkedés spontán integráció formájában, teljes létszámú csoportban valósult meg. Spontán integráció esetén a gyermek nevelését és gondozását végző szakemberek valódi támogatás hiányában önállóan igyekeznek megoldani a hétköznapokban adódó problémákat, enyhíteni a hátrányokat (Závoti, 2023; Kőpatakiné, 2011). Ha egy gyermek korai fejlesztését indokló szakértői véleménnyel kerül bölcsődébe, akkor a magyar jogszabályok lehetővé teszik azt, hogy az egy kisgyermeknevelőre jutó gyermekek

létszáma kevesebb legyen (pl. 6 gyermek/kisgyermeknevelő helyett a csoport maximális létszáma 5 gyermek/kisgyermeknevelő), biztosítva ezzel, hogy több időt és figyelmet kaphasson a speciális igényű gyermek.

Az érintett gyermek bölcsődei beilleszkedését befolyásolta, hogy mászva közlekedett, felnőtt támogatásával, kézen vezetve tett néhány lépést, nehezített beszédértés mellett verbális kommunikációja csupán szavak használatára korlátozódott, teljesítménye és figyelme erősen hullámzott. A gondozási helyzetekben szintén egyéni támogatást igényelt, mert cumisüvegből ivott, kétkanalas módszerrel étkezett. A csoportban gyakran passzív szemlélődő volt, nehezen teremtett kapcsolatot kortársaival, játéktevékenységekre nehezen volt motiválható. A gyermek mindennapos ellátása a kisgyermeknevelők részéről fokozott feladatvállalást és felelősséget igényelt. Ugyanakkor tehetetlenséget éltek meg azzal kapcsolatban, hogy kihez fordulhatnak releváns szakmai támogatásért, hiszen nem gyakori jelenség, hogy egy gyermek magán- és intézményes ellátása összekapcsolódjon. A szülők két hónap elteltével jelezték, hogy fejlődésneurológiai javaslat alapján a gyermeknek minden nap speciális járássegítő eszközt kell viselnie, továbbá a látásjavító terápia részeként okklúziós szemtapasz alkalmazása is megkezdődött. A segédeszközök használata a kisgyermeknevelők szoros közreműködésével tudott megvalósulni. A szülőkkel való nyílt kommunikáció hiánya és rendszeres hárításuk következtében a bölcsőde munkatársai olyan többszörösen terhelt helyzetbe kerültek, ami szakmailag is nehezen kivitelezhető és aránytalannak tűnő feladatokat és ezzel egyre fokozódó frusztrációt eredményezett számukra. A gyermek ekkor 2 év 1 hónapos volt.

A kisgyermeknevelők kérvényezték a bölcsőde gyógypedagógusának szakmai támogatását, aki a gyermek megfigyelése, dokumentációja és a kisgyermeknevelői interjú alapján szülőkonzultációt kezdeményezett. Ennek célja a gyermek állapotának és a támogatási lehetőségeknek az egyeztetése volt. A konzultáción a gyermekjóléti szolgálat szakemberével közösen jelezte a komplex vizsgálat szükségességét, ami végül három hónap elteltével a szakértői bizottság által kiállított szakvéleményhez vezetett.

Miután a gyermek szakértői véleménnyel rendelkezett, így a köznevelési ágazat számára releváns diagnózisa volt, a pedagógiai szakszolgálat gyógypedagógusa is megkezdhette a korai fejlesztő tevékenységet. Így további heti egy alkalommal egyéni korai fejlesztésben részesülhetett, amelynek célja a kognitív, kommunikációs és finommotoros készségek erősítése volt. A gyermek életkora (ekkor 2 év 6 hó), általános állapota és a kisgyermeknevelők beszámolója a családdal való akadályozott kapcsolattartásról azt indikálta, hogy a gyógypedagógus azonnal kapcsolatfelvételt kezdeményezett a gyermeket a magánszektorban ellátó konduktorral. Konzultációik felerősítették számukra a gyermek teljes állapotfeltárásának igényét és a gyermek körül megjelenő szakemberekkel való aktív, konzultatív együttműködés kialakítását. Így az egyénre szabott támogatás mellett rendszeres szakmai kommunikáció és együttműködés vette kezdetét a pedagógiai szakszolgálat gyógypedagógusa és a szülő; a gyógypedagógus és kisgyermeknevelő; a szülő beleegyezésével a magánellátást végző konduktor és a bölcsőde szakemberei között a szigetszerű információk összeállítása céljából. Ezt a kommunikációs csillag-alakzatot a következő lépésként hálózatos kapcsolódássá kellett alakítani, amelyben a szereplők közvetlenül értesülnek egymás tevékenységéről, a kommunikációs kapcsolatokról és zsákutcákról, amely a gyermek fejlődésének, fejlesztésének útjában állhat. Ezért a szakszolgálati gyógypedagógus kezdeményezésére a gyermek bölcsődéjében esetmegbeszélő csoportülés zajlott a különböző helyszíneken és ágazatokban megvalósuló ellátások összehangolásának céljából.

Szakmaközi együttműködés, esetmegbeszélő csoport

A különböző helyszíneken és ágazatokban zajló gyermekfejlesztés és -ellátás esetünkben is szigetszerű információkat eredményezett, melyek között nehéz volt egységes szakmai irányvonalat kijelölni. Egy eltérő fejlődésmenetű, jelen tanulmányunkban bemutatott halmozottan sérült kisgyermek esetében ezt a problémát érzékelve a szakszolgálati gyógypedagógus – a szülő beleegyezésével – ágazatközi esetmegbeszélést kezdeményezett. A megbeszélés célja az volt, hogy összehangolják a gyermek ellátásában résztvevő szakemberek tevékenységét a gyermek komplex fejlesztése és ellátása érdekében. A szociális ágazatban közismert konzultációs forma, az esetmegbeszélés olyan csoportos munkaforma, mely a segítő tevékenység jobb megértése és tudatos megtervezése által a konkrét esetek tanulságainak tudatosítását, és a bennük felmerülő érzelmi nehézségek megértését támogatja. Segít az elakadásokon való továbbjutásban. A közös szakmai platform lehetőséget teremtett arra, hogy a résztvevők átlássák egymás munkáját, erőforrásait és szemléleti kereteit, így teret adva a gyermek szükségleteinek megfelelő, egységes ellátási struktúra kialakítására és egy összehangolt ellátási terv megfogalmazására.

Összegzés

Ha rátekintünk az esetünkben ismertetett gyermek korai életútjának másfél évét felölelő időszakra, megállapíthatjuk, hogy a kora gyermekkori intervenció mindhárom célterületén eredményeket, fejlődést értünk el. Hangsúlyozzuk, hogy ebben a szaktudás és az ellátó intézményhálózatok megléte mellett kiemelt jelentősége volt a szakemberek kommunikációs kezdeményezéseinek, a konzultációra való nyitottságuknak, a formális, "kötelező" protokolláris információátadáson túlmutató együttműködésének. A bemutatott időszak történései, eredményei a gyermek személyes fejlődésének biztosítása területén: a gyógypedagógiai, szakorvosi diagnózisok, melyek az egyéni fejlesztést tervezhetővé tették. A gyermek egyéni igényeire és állapotára tervezett konduktív pedagógiai terápiában és gyógypedagógiai korai fejlesztésben részesül.

A családi kompetenciákat erősítette, hogy a szülők a folyamat aktív résztvevői és alakítói voltak. Ebben a szerepükben sikeresen együttműködő partnereivé váltak a nappali ellátást nyújtó inkluzív intézmény, a bölcsőde munkatársainak és a fejlesztő szakembereknek is. A nappali ellátást nyújtó bölcsőde a szülők mentális és fizikai jóllétét, szülői szerepükben való megerősödését is szolgálta, hiszen gyermeküket biztonságban tudhatták. A fejlesztő szakemberek mellett a szülők kompetens, együttműködő szereplői váltak gyermekük fejlődésének.

A család és a gyermek társadalmi inklúzióját erősíti, hogy a gyermek korai diagnózisa és a fejlesztés megkezdése lehetővé tette a család számára a sajátos nevelési igényű gyermek életútjának tudatos tervezését, mely nem egy sötét, deficitekkel teli jövőkép, hanem a jelenben preventív szemléletű fejlesztéssel és inkluzív bölcsődei ellátásban való részvétellel történik.

A szakmaközi együttműködés és az esetmegbeszélő team működése jól példázza, hogy a különböző szakterületek, intézmények közötti szervezett kommunikáció és a szakemberek elhivatottsága jelentős mértékben hozzájárulhat a gyermek fejlődésének optimális támogatásához. A gyermek érdekeit szem előtt tartó partnerség, valamint a család aktív bevonása olyan védőhálót képez, amely nemcsak a gyermek fejlődését, hanem a család társadalmi inklúzióját is előmozdítja. Nem elhanyagolható az az eredmény sem, hogy az eltérő professziót képviselő, különböző ágazatokban és intézményekben dolgozó, segítő szakemberek el-elmagányosodó küzdelmét, esetenként a traumatizált családdal való meg nem értettségét a kooperáció által a sikeresség érzése, az öröm és a kompetenciaérzés váltotta fel.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Balla, Gy. & Szabó, M. (2013). Koraszülöttek krónikus utóbetegségei. *Orvosi Hetilap, 154*(38). https://doi.org/10.1556/OH.2013.29709

Borbély, S. (2012). *A szülők és mi*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ.

Gyermekút Projekt (2016–2022). https://gyermekut.hu/

Kálmán, Zs. (2004). *Bánatkő. Sérült gyermek a családban*. Bliss Alapítvány.

Kálmánchey, R. (2000). *Gyermekneurológia*. Medicina Könyvkiadó.

Kereki, J. (Eds.). (2015). *Kliensút Kalauz.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

Kereki, J. & Lannert, J. (2009). *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése.* https://www.efiportal.hu/wp-content/uploads/2023/10/korai_intervencios_intezmenyrendszer_hazai_mukodes_kutatasi_zarojelentes-1.pdf (2025. 09. 12.)

Kereki, J. & Nyitrai, Á. (Eds.). (2022). *Szemelvények a kora gyermekkori intervenció témaköréből*. Családbarát Magyarország Központ Nonprofit Közhasznú Kft.

Kereki, J. & Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

Kőpatakiné Mészáros, M. (2011). *A sajátos nevelési igényű gyermekek integrált/inkluzív nevelése.* Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar. https://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/sni/index.html (2025. 08. 29.)

Magyar, A. (2015). *Szakmaközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban.* Mentorháló elektronikus tananyag. http://www.jgypk.hu/mentor_halo/tananyag/szakmaiegyuttmukodes/ (2025. 09. 06.)

Nagy, E. (2019). *Gyermekneurológiai kórképek: a jóindulatú paroxysmalis jelenségektől a súlyos cerebralis paresisig*. PTE Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Neurológiai Tanszék. https://pea.lib.pte.hu/server/api/core/bitstreams/adcf1403-af06-4175-8f8d-795a917e14d2/content (2025. 09. 12.)

Radványi, K. (2013). *Legbelső kör: A család. Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban*. ELTE, Eötvös Kiadó.

Soriano, V. (Eds.). (2003). *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások.* https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_hu.pdf (2025. 09. 14.)

Závoti, J. (2023). *A fejlesztőpedagógia alapjai.* Soproni Egyetem Kiadó. https://doi.org/10.35511/978-963-334-475-0