Gyógypedagógiai Szemle

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének Folyóirata

2015 – XLIII. évfolyam

3

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

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

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com
Megvásárolható: Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt.
1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HU ISSN 0133-1108

2015. július–szeptember

Felelős kiadó:

Gereben Ferencné Dr. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gereben@barczi.elte.hu)

Dr. Zászkaliczky Péter dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
1097 Budapest, Ecseri út 3. Tel: 358-5500

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440
További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 750,-Ft Indexszám: 25 359 Megjelenik negyedévenként.

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

NYOMDA:
FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.
Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

A megjelenést a Nemzeti Együttműködési Alap és a Nemzeti Kulturális Alap támogatta.

Bevezetés

A *Gyógypedagógiai Szemle* jelen különszáma a szomatopedagógia aktuális kutatási és gyakorlati kérdéseibe nyújt betekintést.

A kiadvány előzményének tekinthető az a 2015 áprilisában megrendezett konferencia, mely *Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában* címmel – sajátos megközelítésmódban – a közelmúltban és jelenleg is folytatott, teammunkában végzett kutatásokat mutatta be.

A gyógypedagógia mozgáskorlátozott személyekkel foglalkozó szakirányát sokáig a „fiatal" jelzővel illették a szakemberek a különböző szakmai fórumokon. Jövőre a szomatopedagógia tudománya negyvenéves, „érett korba" lép.

Az évek során kialakult, létrejött tartalmi hangsúlyok a „terület" igényeit követték, és igen gyakorlatorientált kutatási irányokat határoztak meg; mindez feltételezi a szomatopedagógiát oktató teamnek az egészségügyi, köznevelési és szociális ellátó intézményekkel való folyamatos együttgondolkodását, jó gyakorlatok közös kialakítását, vizsgálatok, kutatások közös tervezését, kivitelezését.

Jelen kiadványunk az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézetének Szomatopedagógiai Szakcsoportja által összeállított szakmai anyagokat tartalmazza, a szakcsoportban jelenleg folyó kutatásokat, szakmai együttműködéseket hangsúlyozva.

A terjedelmi keretek szemléleti pozíciónknak csak egy szűk keresztmetszetét engedik láttatni, melynek fókuszában a teammunka jelentősége és a szakirányon belüli specializációs lehetőségek, interdiszciplináris megközelítésmódok állnak.

A szomatopedagógia saját fejlődéstörténetét tekintve egy izgalmas, progresszív fázisban van, melyben az igen heterogén összetételű mozgáskorlátozott populáció nagyon sokszínű szükségletrendszerére reagál. Folyamatosan válaszokat keresünk a tanulás, kommunikáció, segédeszköz-ellátás, diagnosztika, oktatásszervezés és -módszertan, pszichés támogatás aktuális, teljes életívet érintő, sajátos hátterű kérdéseire.

Reményeink szerint a különszám jó alapot nyújt a mozgáskorlátozottság állapotával kapcsolatos tudományos és gyakorlati kérdések továbbgondolásához, valamint a szomatopedagógia szakos hallgatók képzésének is segédanyaga lehet.

Törekszünk rá, hogy a jövőben az elmélet és gyakorlat kettős dinamikája hatékonyan és célirányosan támogassa a tudományág fejlődését, végcélként pedig hozzájáruljon a mozgáskorlátozott népesség – és környezete – jobb életminőségéhez.

Mlinkó Renáta

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport

A teammunkára felkészítés lehetőségei a gyógypedagógus-képzésben

KULLMANN LAJOS
lajos.kullmann@barczi.elte.hu

Absztrakt
A gyógypedagógia a fogyatékos emberrel általában, bármely életkorban foglalkozó tudomány, művelése szükségessé teszi az együttműködést más szakterületek képviselőivel. A dolgozat a szakirodalom rendszeres követése és személyes tapasztalatok alapján ismerteti a teammunka lényeges elemeit, működését és gyakoribb működési zavarait. Kiemelten tárgyalja a kommunikáció jelentőségét, és ezen belül a funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozásának lehetséges támogató szerepét a teamtagok közötti kommunikációban. Áttekinti a teamképzés irányait és gyakorlatát a tanári munkában, valamint az egészségügyben alkalmazott, szimulációs és éles klinikai helyzetekben végzett gyakorlati képzés lehetőségeit. Következtetésében szükségesnek tartja az eddig megválaszolatlan további kérdések kutatását, valamint a teamképzés közép- és hosszú távú hatásvizsgálatát.

Kulcsszavak: teammunka, kommunikáció, gyakorlatorientált képzés

Előzmények, a hazai gyógypedagógia önmeghatározása és a téma szempontjából fontos célkitűzései

Mai értelmezés szerint „a gyógypedagógia nevelési, terápiás és rehabilitációs dominanciájú komplex embertudomány” (MESTERHÁZI 2000). Gordosné (2010) az MTA-klasszifikációt alapul véve a gyógypedagógiát mint „multidiszciplináris társadalomtudományt” határozta meg. Belátható, hogy a gyógypedagógus nemcsak tudományterületének elméleti művelése, hanem gyakorlati tevékenységének végzése közben is számtalan más tudományterületen képzett személlyel, gyakran mint munkatárssal is, kapcsolatba kerül. E kapcsolatrendszer gazdagságát mutatja be a *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia* című mű (ZÁSZKALICZKY–VERDES 2004). Továbbá „a magyar gyógypedagógia, tekintettel a fogyatékosság valamennyi életkori szakaszt érintő lehetséges jelenlétére, úgy definiálta önma-

gát, hogy a születéstől a halálig, életkorokon átívelve képviseli a fogyatékosok ügyét" (GEREBEN 2008). A gyógypedagógia tehát – más tudományterületekkel együtt – általában a fogyatékos emberekkel foglalkozik.

Elfogadva *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)* koncepcióját, a fogyatékosság többféle eredetét, valamint az emberi lét három dimenziójában létrejövő problémákat (EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET 2004), jól látható, hogy e problémák sikeres kezelése csak többféle ismeret és készség együttes jelenlétével és alkalmazásával biztosítható.

Az 1990-es évektől kezdődően fontos változás következett be a gyógypedagógiai képzésben. A tanárképzés mellett elindult a terapeutaképzés is, igazodva a fogyatékos személyeket, főleg a gyermekeket ellátó intézményrendszer egyre szélesebb körű, egyre sokoldalúbb tevékenységéhez, amely az ellátott személyek sajátos szükségleteinek, köztük diagnosztikai, nevelési és terápiás szükségleteinek a kielégítését szolgálja.

A magyar gyógypedagógia fejlődése párhuzamosan haladt a nemzetközi fejlődéssel. Ez a fejlődés a mindennapi gyakorlati munkában is szükségessé teszi a szélesen értelmezett gyógypedagógia körébe tartozó kapcsolatrendszer működtetését, vagyis mind a diagnosztikus, mind a terápiás tevékenységek során az interprofesszionális teammunkában való részvételt (MESTERHÁZI 2001). A teammunkáról a mindennapi kommunikációban sok szó esik, a mindennapi gyakorlatban azonban még akadozva működik. Következésképpen a teammunkára a team tagjait és leendő vezetőit fel kell készíteni. A felkészítés jelentős erőfeszítéseket, gondos tervezést és elkötelezett nevelő munkát tételez fel, ideálisan a graduális képzés keretén belül történik.

Módszer

A szakirodalom rendszeres, időszakos, kritikus követése, szisztematikus szakirodalomelemzés azonban nem történt. Fogyatékos emberek rehabilitációja során az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben teammunka szervezésében, valamint a gyógypedagógus- és orvostanhallgatók, illetve a szakorvosok képzésében szerzett több évtizedes személyes tapasztalatok összegzése.

A teammunka fogalma, teamek működése

Mit jelent a teammunka?

Többféle definíció ismert. Ezekben sok közös elem van, alább az egyes meghatározásokból kiemelésre kerülnek fontos sajátosságok.

Az Agency for Healthcare Research and Quality (2006) szerint „a teammunka során emberek dinamikusan, egymásra utalva és kölcsönösen alkalmazkodva együttműködnek egy mindegyikük által értékelt közös cél elérése érdekében, meghatározott szerepük vagy feladataik

vannak, és teamtagságuk időkorlátok között érvényesül". A közös cél mellett a kölcsönös egymásra utaltságot és a teamben betöltött szerep időkorlátok közötti érvényesülését emeli ki.

Egy másik definícióban „az eredményes team egymást kiegészítő képességekkel rendelkező emberekből áll, akik közös célt tűznek ki és a teamen belül világos szerepeik vannak. Erős kommunikációs, kooperációs és konfliktuskezelő tulajdonságokra van szükségük." (NOLAN et al. 2006) Itt a résztvevők egymást kiegészítő képességei mellett feltűnő a második mondat három elvárása, a kommunikáció, a kooperáció és a konfliktuskezelés, egyúttal sejtetve a teammunka nem egészen egyszerű, természetesen adódó voltát.

Végül egy, a menedzserirodalomból származó meghatározás szerint „a team emberek olyan csoportja, akik közös cél elérése érdekében dolgoznak együtt, és hajlandók autonómiájukból annyit feladni, amennyit a cél elérése feltételez" (NOLAN 1989). Miért fontos ez a definíció? Azért, mert hangsúlyozza az autonómia feladásának azt a szükséges mértékét, amely a sikeres együttműködést és célelérést lehetővé teszi. Az egészségügy hierarchikus rendszerben működik, ami ugyan nem öncélú, ám az orvosképzésben különösen fontos lehet ez a szempont. Jó, ha erről a gyógypedagógus is informált.

A team működése és működési zavarai

A teammunkának a rehabilitáció gyakorlatában háromféle működési modellje van. A *multidiszciplináris teamben* a teamtagok egyénileg végzik a páciens/kliens állapotának a felmérését, illetve a terápiás és nevelési tevékenységeket. Jobbára csak egy-egy személlyel, egyik oldalról a team vezetőjével, másik oldalon a klienssel kommunikálnak. Ez a teamkultúra valamennyi szakterületet képviselő teamtag saját tevékenységének és hozzájárulásának összességét eredményezi. Csökkentheti az eredményességet, ha kezdeményező szerepe csak a team vezetőjének van.

Az *interdiszciplináris modell* jellegzetessége a közös problémafeltárás és -megoldás, a gyakori, kölcsönös konzultáció, a klienssel és családjával egyeztetett célkitűzés és terv készítése. A közös rehabilitációs célok minden szakember tevékenységébe integrálva valósulnak meg. A kölcsönös megerősítés szinergista hatású, ami az eredményességben többet nyújthat annál, mint amit a résztvevők egyenkénti munkájukkal összességében elérhetnek. A teammunka ilyen magasabb minőségének megteremtéséhez jól felkészített csapatra és teamvezetőre van szükség. Az orvosi, nevelési és szociális rehabilitációban is általában vagy az előző, vagy ez a modell működik (ELDAR et al. 2008; KÖRNER–BENGEL 2004).

A *transzdiszciplináris teammodellben* az együttműködés még szorosabb, jellemzően a teamtagok a közös cél elérése érdekében a szigorúan vett kompetenciahatáraikon is átlépve, az érintett személlyel – kisgyermekek szüleivel – szorosan együttműködve tevékenykednek. Az állapotfelmérés közösen történik, amelyben a facilitátor, vizsgáló és megfigyelő szerepeket előzetesen egyeztetve kiosztják. Tapasztalataikat közösen elemzik. Ez a működési forma az előzőeknél is hangsúlyosabban igényli a rendszeres együttlétet, az információk kölcsönös nyújtását. A terápiás tevékenységben a szerepeket kevésbé a hozott ismeretek, mint az aktuális helyzetből fakadó szükségletek határozzák meg. A team tagjai az együttműködés során közösen tanulnak, ebbe a folyamatba az érintetteket, illetve a szülőket is bevonják. Általában kisebb létszámú személyzet vesz részt a napi

gyakorlati munkában, a terapeuta szerepet esetenként a szülő veszi át. (Bruder 2005; King et al. 2009).

A transzdiszciplináris teamműködési formát jellemzően csecsemő- és kisgyermekkorban alkalmazzák. A szolgáltatásokat a fejlődésben lévő, gyakran halmozottan fogyatékos gyermekek változó szükségleteihez igazítják, és közösen, a szülőt is bevonva határozzák meg a fejlesztési irányokat. Ezek a lényeges vonásai az ún. *individualized family service plan*nek *(IFSP)*, ami magyarra „személyre szabott családtámogató programként" fordítható le (Serrano–Boavida 2011). Hasonló modellt alkalmaztak korábban Pennsylvaniában a többségi iskolákba járó gyermekek gyógypedagógiai támogatásának megreformálása során. A gyermekek szükségleteit felmérő teamek – általában gyógypedagógus és iskolapszichológus – a mindennapi tanítást, nevelést megfigyelve és a pedagógussal közösen elemezve, a lehető legjobb megoldást keresve támogatták az ő munkáját. Eredményeképpen több mint harmadával csökkent a speciális nevelésbe kerülők aránya. Különösen a kisebbségi helyzetben élők többségi iskolában tartásában voltak sikeresek (Kovaleski et al. 1995).

Valamennyi teamműködési forma kihívásokkal jár. A szakemberek képzésében a teammunkához szükséges ismeretek, illetve főként a készségek tanítása, fejlesztése ritkán kap kellő súlyt. Ezzel a hiányossággal, valamint a teamtagok különböző ismereteivel és képzettségi szintjével összefüggő kommunikációs nehézségek is működési zavarok forrásai lehetnek. Fontos a saját kezdeményezés lehetőségének biztosítása és a felelősség meghatározásának a kérdése is. A következőkben röviden ezekre a szempontokra térünk ki.

A rehabilitációs teammunka bonyolult kapcsolatrendszerben zajlik, amelyben a team egyes tagjai egyúttal különböző közösségekhez tartoznak. Egy-egy teamtagnak több irányból érkező elvárásoknak kell megfelelnie, és ő is több irányban lehet hatással másokra. A kontaktusok gyakoriságának alapján a teamtag és a kliens közötti kapcsolat a legfontosabb. Ám interdiszciplináris és transzdiszciplináris teammunka során nemcsak az egyes teamtagok munkája fontos, hiszen ezekben a team magasabb minőségű tényezőként jelenik meg. Nem egyszerűen az egyes teamtagok kompetenciái (attitűdök, tudás, készségek, gyakorlat) vannak hatással a kívánt cél elérésére, hanem ezek kölcsönös megtermékenyítő hatása is (Kullmann–Verseghi 2013).

A teamtag és a kliens kapcsolata köréből említésre érdemes hiba lehet, hogy a team többet törődik a rehabilitálandó személy teljesítőképességével, annak „fizikai" oldalával, mint azokkal a személyes hiedelmekkel, lelki tényezőkkel, amelyek motivációját és a rehabilitációban való aktív részvételét jelentősen javíthatják. A kliens családjával úgy kell együttműködnie a teamnek, hogy segítse a család funkcióképességének fenntartását is, miközben elsődlegesen a kliense felé tartozik felelősséggel.

A teamtag saját folyamatos szakmai továbbképzése mellett felelősséget visel önmaga – valamint a többi teamtag – teljesítőképességének fenntartásáért, a kifáradás és kiégés elkerüléséért. A team munkájához a saját kompetencián belüli kezdeményezéssel, a közös döntések előkészítésében játszott aktív szereppel, a saját vélemény őszinte közlésével, majd a közös döntések képviseletével és végrehajtásával lehet hozzájárulni. A megszületett közös döntést és felelősséget minden teamtagnak vállalnia kell, alapja a bizalom.

Jó, ha a teamtagok szűkebb szakterületük képviselőivel, szervezeteivel is fenntartják a kapcsolatot. Ez a kapcsolat szakmai kérdésekben konzultációs lehetőséget, megerősítést

nyújthat, és biztosítja szakképzettségük területén a folyamatos továbbképzést. Szakmai kötődésük növelheti a teamtag önbizalmát.

Az alábbiakban felsorolunk néhány, a teammunkára jellemző olyan kihívást, hibát, amelyek többségükben a konformitás szociálpszichológiai területéhez tartoznak (BLACKMER 2000; DECUYPER et al. 2010; FREY 2013). Nagyon erős teamvezető és teamkohézió esetében az egyéni gondolkozást akadályozó lojalitás, *csoportgondolkozás* alakulhat ki, ami nem kedvez a kellően megfontolt döntések meghozatalának, és azokat, akik lelkiismeretük miatt elégedetlenek, a team elhagyására, rosszabb esetben a team háta mögötti lejáratására késztetheti. *Paradox döntések* esetében a csoport tagjai úgy gondolják, hogy mások egy bizonyos döntést kívánnak elérni, de senki nem emel szót ellene, végül olyan döntést hoznak, amelyet egyetlen teamtag sem kívánt. A *felelősség feloldódása* esetén a teamtagok között kompetenciáiknak megfelelően megoszlik a felelősség, de a teljes folyamatért senki nem vállal felelősséget. Teamvezetési hiba okozhatja. *Szociális csellengés* során egyes teamtagok, általában nem céltudatosan, kevesebb energiát fektetnek a munkába annál, mint ha az kizárólag a saját feladatuk lenne. Az egész teamre nézve káros lehet egy további hiba, a teamen belüli *csoportok polarizációja*. A szakmai véleménykülönbségek egyet nem értéssé merevedhetnek, a szembenálló csoportok csak saját véleményüket fogadják el, minden más véleményt hibásnak vélnek.

Kommunikáció a teammunkában

A kommunikáció jelentősége

Amint rámutattunk, a teammunka konfliktusai gyakran kommunikációs problémákból fakadnak. A kommunikáció olyan folyamat, amelynek során az információ személyek, egységek vagy szervezetek között kicserélődik. Miért adódhatnak kommunikációs problémák a teammunka során? A lényeges elemeket kiemelve, a különböző képzettség okozta megértési zavarból (különösen új teamtagok bekapcsolódása esetén), a szükséges, fontos információ helyett lényegtelen elemek átadásából, a túlzottan tömör vagy túlzottan bőbeszédű közlésből egyaránt, a nem megfelelő időben, nem egyértelműen, nem mindenki részére azonos módon átadott információból eredhetnek a kommunikációs zavarok. Fontos szempont az is, hogy az információ átadója győződjön meg arról, hogy az információt fogadó fél a szándéka szerinti tartalmat értette meg. Ez azért szükséges, mert az ember könnyen csak azt hallja meg, amire kíváncsi, amit előzetes ismeretei alapján elvár, ami érdekei szerint való, és nem az információt közlő fél valós szándékai szerinti tartalmat. A felsoroltak a kommunikáció természetéből eredő problémák.

Az információátadás legfontosabb pontjai azok, amelyek során a kliens az ellátási folyamatban más ellátó teamhez kerül át, vagy a teamen belül mások veszik át a feladatokat vagy azok koordinálását. Ilyenkor különösen fontos lehetővé tenni kérdések feltételét, a tisztázás lehetőségét és a megerősítést. Ugyanez vonatkozik az állandó ellátást nyújtó intézmények műszakváltására is.

A teammunka gyakorlata a kommunikáció másfajta kihívásait, zavarait is okozhatja.

Előfordulhatnak nyelvi problémák. Többnemzetiségű, illetve sok külföldi munkavállalóval dolgozó országokban ez a zavar gyakori oka. Ez hazánkban kevéssé jellemző, esetenként inkább a klienssel való kommunikációt érintheti. Széthúzás bármely csoportban előfordulhat, ami a team esetében akár az említett polarizáció oka is lehet. Sok embert zavar az állandó fizikai közelség, amit nehezen tud kezelni. Konfliktusok keletkezéséhez, esetleg az érintett teamtag kiválásához járulhat hozzá. A kommunikáció akadályát képezhetik kedvezőtlen személyiségi jellemzők is. Túlzott autokratizmus, erőszakosság, extrovertált viselkedés éppúgy zavaró lehet, mint a jelentős visszahúzódás és a teamtag véleményének visszatartása. Ugyanakkor a csöndes teamtagok véleménye nagyon fontos lehet. Egyes csoporttechnikák alkalmazása (pl. nominális csoporttechnika) segítheti a kiegyensúlyozott kommunikáció kialakítását.

Napjaink egyik jellegzetes hazai problémája a megnövekedett munkaterhelés. Minél kevesebb a személyzet, illetve minél több, a teambeli feladatain túli kötelezettsége van, annál inkább érezni fogja az idő szorítását, ami várhatóan akadályozni fogja a kiegyensúlyozott ismeretátadást, -átvételt. Zavaró lehet még a változó kommunikációs stílus. Főleg idősebb munkatársak, illetve kliensek viselik el nehezen az általuk elvárt tisztelet hiányát, a korábban megszokott viselkedés jelentős megváltozását, az elvárttól eltérő megszólítást, köszöntést.

Végül, de jelentőségét nem elhallgatva, a csoporton belül kialakuló konfliktusok, főleg, ha azokat nem időben észlelik, illetve elmulasztják a korai beavatkozást, az egész team működését veszélyeztethetik. A konfliktusok kezelésében a team vezetőjének van kiemelt felelőssége. Ha a teamnek van pszichológus tagja is, sokat segíthet mind a konfliktusok megelőzésében, mind a már kialakult konfliktushelyzetek kezelésében.

A kommunikációról szólva hangsúlyozzuk a jó vezetői kommunikáció jelentőségét is. Ez a tájékoztatás és a rendszeres megbeszélések koordinálása mellett még két gyakran mellőzött elemet is tartalmaz. Fontos a visszajelzés, a jó teljesítmény elismerése, a csapat megerősítése a team vezetője részéről. Egymást kritizálniuk nemcsak a teamtagoknak nem szabad, jó, ha a vezető is inkább a jó teljesítmény kiemelésével, jutalmazásával nevel. A másik, időnként szükségessé váló kommunikációs elem a team soron kívüli összehívása, ha a munkában előre nem látható, vagy nem kellően megértett akadály jelentkezik. Ez ahhoz hasonlatos, mint amikor labdajátékokban időt kér az edző, hogy a hullámvölgybe került csapatot jobb teljesítményre buzdítsa, és a felismert hiba kiküszöbölésére jó tanácsokat ad (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY 2006).

A jól működő interdiszciplináris rehabilitációs teamek jellemzői láthatók az *1. táblázat*ban (ELDAR et al. 2008). A felsorolt jellemzők szinte természetesnek tűnnek, kialakításuk azonban korántsem ilyen könnyű. A közös értékrendszer kialakítását a résztvevők személyes tényezői is befolyásolják. A kliens is gyakran sok nehézség után válik a team valódi, integrált tagjává.

A rehabilitációs team összetételéből fakadóan gondot okozhatnak a kommunikációs különbségek. Ezek részben a képzettség különböző szintjeivel függenek össze. A magasabban képzett munkatársak könnyebben fejtik ki véleményüket, olykor dominálni akarják a megbeszéléseket, amit a beosztásból adódó különbségek még fokozhatnak. A hazai orvosi rehabilitációs teamekben OKJ-s, illetve szakmunkásképzettségtől a több szakvizsgás egyetemi végzettségig minden előfordul. Az orvosi rehabilitációs teamben nemcsak itthon, külföldön is gyakran alakul ki konfliktus az ápolók és fizioterapeuták (gyógytornászok) között, ami

a különböző képzettségre és a különböző szakmai presztízsre vezethető vissza (DALLEY –SIM 2001). Ezen túlmenően a különböző szakterületek, hivatások nyelvezete is más és más. Indokolt tehát a kommunikációs zavarok csökkentése, amelyet a közös nyelvezet használatával és a különböző teamtagoknak a képzésük során minél korábban megszervezett találkozásával, közös munkájuknak előkészítésével és gyakorlásával lehet támogatni.

– egy egységként működik
– a kliens a team szerves, elválaszthatatlan része
– a teamtagok problémaorientáltak
  - kooperálók, egymást támogatják
  - egymás szerepeit jól ismerik
  - lojálisak a teamhez
  - saját szakterületüket tisztelik, rendszeresen művelik
  - saját korlátaikat ismerik, belátják
  - kölcsönösen tisztelik egymást készségeik alapján
  - készek egymástól tanulni

1. táblázat. A jól működő rehabilitációs team fontos jegyei (ELDAR et al. 2008 alapján)

A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) jelentősége a teamtagok közötti kommunikációban

Az FNO kifejlesztése nemzetközi munka alapján több mint egy évtizeden át tartott, a rehabilitációban érintett szakemberek széles skálájának és a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek és neves képviselőinek a részvételével. Ez a széles körű fejlesztőmunka is hozzájárulhatott a kedvező fogadtatáshoz. Magyarországon már nem sokkal az FNO megjelenése után kértek tájékoztató jellegű képzéseket foglalkoztatási és szociális rehabilitációs szakértők, illetve fogyatékos emberek szervezetei, intézményei.

Az, hogy a rehabilitációban részt vevők szinte minden körében érdeklődést váltott ki az FNO, biztató abból a szempontból, hogy a teammunkában alapvetően fontos közös nyelv kialakítása érdekében az egyes résztvevők megtanulják a használatát.

A nemzetközi szakirodalomban több hivatkozás található arra vonatkozóan, hogy az FNO használata a teammunkában elősegítheti a kommunikációt, és a teamszerepek tisztázásában is támaszt nyújthat (ALLAN et al. 2006; TEMPEST–MCINTYRE 2006). Folyamatos alkalmazása a napi gyakorlatban valószínűleg hazánkban is támogathatja a team eredményes kommunikációját. *Hasznos lenne, ha nemcsak az FNO elveinek, hanem gyakorlati alkalmazásának a tanítása is bekerülne a rehabilitációban dolgozó valamennyi teamtag képzésébe, beleértve a gyógypedagógusokat is.*

Teammunkára nevelés a graduális képzés során

Nemzetközi kitekintés: a pedagógiai gyakorlat

„A tanárképzés európai zöld könyve” a gyógypedagógiával nem foglalkozik, csupán megemlíti, mint a tanárképzési formák egyik lehetséges osztályozási elemét. A *teammunkára oktatást viszont általában a pedagógusképzés fontos elemének tartja*. Azzal érvel, hogy az alapvetően individuális tanárképzési kultúra nem ad megfelelő választ a pedagóguspálya kihívásaira. A magasan fejlett információs társadalom közös problémamegoldást és teammunkát feltételez. Az iskolákban tanárok jól képzett teamjeire van szükség, ez pedig létfontosságúvá teszi a tanárképzésben a teammunka készségének elsajátítását (Buchberger et al. 2000).

Az Amerikai Egyesült Államokban az 1975-ben kihirdetett „Education for All Handicapped Children Act” (gyógypedagógiai nevelési törvény) kötelezővé tette a közösségi iskolákban interprofesszionális teamek létrehozását (Clark 1996). Ezeknek a teameknek a működési tapasztalatait elemezték, így az eredményeket, a hibákat, a párhuzamosságokat és a részvételt. Az interdiszciplináris team-képzés költséghatékonyságát és más képzési módszerekkel összevetett eredményességét ért kritikák miatt az 1980-as években széles körű felmérést végeztek a gyógypedagógus-képzési programokról. 360 oktatási intézmény válaszolt a kérdőíves felmérésre. A képzési programok 48 százalékában nem készítették fel a hallgatókat a teammunkára, a többi intézményben általában már meglévő kurrikulumok részeként folyt valamilyen, a meglévő gyakorlatra alapozott képzés. Nagyon kevés helyen alkalmaztak igazi gyakorlati teamépítő képzést a gyógypedagógiai tanárképzés részeként (Courtnage–Smith-Davis 1987). Egy újabb tanulmány a Keletkarolinai Egyetem gyógypedagógiai képzési reformját mutatja be. Ebben is fontos szerepe van a megfelelő kommunikáció, az együttműködési készség és a kooperatív tanulás (a tanuló a saját fejlődése mellett a csoport fejlődéséért is felelős) gyakorlatára történő felkészítésnek. Utóbbit azért is hangsúlyozzák, mert csak így tartják elvárhatónak, hogy a tanárok az iskolai gyakorlatban tudják alkalmazni a módszert (Bautel Williams et al. 2009).

Általános és gyógypedagógiai tanári együttműködésről szól Ripley (1997) szakirodalom-elemzésen alapuló tanulmánya. Bemutatja az együttműködés különböző formáit, mint a kooperatív, illetve a kollaboratív nevelést. Utóbbi a közös tervezést, tanítást és értékelést is magába foglalja, amelyben a közös tervezés kulcsfontosságú és jelentős időt igényel. Nem mondja ki, de ez a forma már a transzdiszciplináris teammunka irányába mutat, amelyben azért a két együttműködő tanár elsődleges felelőssége jól elkülönül. Ez az együttműködési forma feltételezi a teammunkára felkészítést, motivációt, erőforrás-kezelést, továbbképzésre rendelkezésre álló időt és azt, hogy a szakmai szempontok érvényesítését külső tényezők ne befolyásolják, pl. csak arra alkalmas tanulókat vonjanak be az integrált vagy inkluzív képzésbe. Fontos a folyamatos támogatás is az iskola vezetése részéről. A teammunka az évek során nem fogja csökkenteni a tanárok munkamennyiségét, viszont javíthatja az oktatás-nevelés eredményességét. Az eredmény a fogyatékos és nem fogyatékos tanulók önértékelésének, együttműködésének és tanulmányi teljesítményének javulásában éppúgy követhető, mint a tanárok személyes fejlődésében és motivációjában.

Leora (2003) disszertációja Izraelben végzett akciókutatásról számol be, amelyben vizsgálta a teamképzés hatását gyógypedagógus tanárok teamekben való tevékenységére, illetve a teamek irányításával kapcsolatos szerepfelfogásukat. Összefüggést talált az érzékelt teamvezetési képesség és a konfliktuskezelés érzékelt képessége között. Többek között arra a következtetésre jutott, hogy a gyógypedagógiai tanárképzést érdemes lenne újraértékelni az irányítási és vezetői képességekre való felkészítés szempontjából.

Bäckman (2005) a látássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógusi mesterképzés két és fél éves, új programját ismerteti. Svédországban valamennyi látássérült gyermek többségi iskolába jár, ott kapja meg a területi tanácsadók által felügyelt speciális nevelést. Ez az országban az egyetlen ilyen képzés, nyitott a látássérülteket ellátó valamennyi BA szintű képzettséggel rendelkező teamtag részére. Tehát a célcsoport rehabilitációjában érintett teljes team tagjai együttesen vehetnek részt a mesterképzésben. A képzés egyik hangsúlyos célkitűzése a multidiszciplináris teammunka elsajátíttatása. Az első szemeszterben az FNO használatát tanítják több gyakorlati, szakmai helyzetben, többek között a holisztikus szemlélet kialakítása érdekében. A következő szemeszterben a kommunikációs készségek fejlesztése céljából különböző alapképzettségű oktatókkal gyakorlati terepmunkát végeznek. A további szemeszterekben a kommunikációs készségek fejlesztését – az FNO használatával – a mindennapi élettel kapcsolatos tevékenységek területén is folytatják.

Teammunka gyógypedagógiai asszisztensekkel is végezhető. Alapvető a képzettségeknek megfelelő munkamegosztás, az asszisztensek valódi teamtagként, tisztelettel történő kezelése. Ilyen módon a gyógypedagógus munkája eredményesebbé, kevésbé terhelővé válhat. Ellenkező esetben az asszisztensek alkalmazása konfliktusok, problémák sorozatát alakíthatja ki (Giangreco 2013).

A teammunkára nevelés a képzés gyakorlatában

Irodalmi adatok a teammunka zavarairól, és több évtizedes saját tapasztalatok arra utalnak, hogy *a teammunka oktatásának elsősorban a gyakorlati képzésben kellene hangsúlyt kapnia*, hiszen főként készségek elsajátítása fontos.

A szükséges ismeretek közé tartozik a teammunka elméleti megalapozása, a teamek szakterületenkénti összetétele, a teamtársak képzettsége, kompetenciái, elméleti kommunikációs ismeretek, az FNO mint közös nyelv megismerése, a teammunka zavarait megelőző vagy azok megoldását támogató csoporttechnikák. Megfontolandó a felsorolt ismeretek legalább egy részének gyakorlati képzési keretek közé illesztése, így pl. az FNO gyakorlati alkalmazásának, vagy csoporttechnikák vezetésének elsajátítása.

A teammunka gyakorlati oktatására alapvetően kétféle módszerünk van. Szervezhetünk teamszimulációs gyakorlatokat, illetve éles helyzetekben is tarthatunk gyakorlati képzést. Az előző módszer általában az iskola fizikai környezetében szervezhető, utóbbihoz gyakorlati terepre van szükség, amelynek a biztosítása körültekintő szervezést és többleterőforrást igényel. Tekintsük át előbb a szimulációs teamképzések lehetőségeit. Eredményes szimulációs képzésről több beszámoló ismert (Beaubieu–Baker 2004; Garrett et al. 2011; Weaver et al. 2014; Zhang et al. 2011). Olyan, például sürgősségi orvosi ellátást jelentő

területeken, ahol csak megfelelő gyakorlat elsajátítása után szabad egyes tevékenységeket éles helyzetben végezni, valószínűleg nincs alternatívája a szimulációs képzésnek.

Egy kanadai közlemény a teljes orvosi rehabilitációs teamszimulációs képzés háromféves, kérdőívvel felmért tapasztalatairól számol be (GARRETT et al. 2011). A cikkben felsorolt egészségügyi példák a gyógypedagógia szempontjából nem teljesen relevánsak. A nagyon élethű szimuláció – bár mind az eszközök beszerzése, mind karbantartásuk még Kanadában is költségesnek minősül – eredményeit tekintve ígéretes törekvés. Az oktatási intézetek többsége a szimulációt a klinikai gyakorlati képzés kiegészítéseként használta. Az újabb fejlesztésű eszközök az interdiszciplináris képzést, a team együttes tanulását is segíteni tudják. Bonyolultságuk miatt a tanári erőforrás-szükséglet nagy, jelentős előkészítő munka és a gyakorlatok alatt folyamatos tanári jelenlét szükséges. Saját tevékenységük követő kvalitatív vizsgálata szerint a hallgatók a képzési helyzetet (a másokkal közös gyakorlást, tevékenységük videóra vételét) nem kedvelték, ám mégis sokat tanultak a csapatmunka lehetőségeiről és nehézségeiről.

Zhang et al. (2011) az ápolók és más egészségügyi dolgozók 10 évnyi interprofesszionális teamszimulációs képzésének az eredményeit szisztematikus szakirodalom-elemzéssel mérték fel. Csak kvantitatív adatokat elemeztek. A képzések módszertanilag jelentős változékonyságot mutattak. Hasonlóan nagy volt a sokszínűség az eredmények felmérésére használt módszerekben. Általában saját fejlesztésű kérdőíveket használtak, nagyobb részükben csak közvetlenül a képzés befejezése után történt felmérés. A kérdőívek pszichometriai elemzése nem, vagy nem teljeskörűen történt meg. Annak ellenére, hogy a kutatások a teamszimulációs képzések pozitív eredményeiről számoltak be, a módszertani sokféleség és mérési hiányosságok miatt messzemenő következtetések levonására nem látnak lehetőséget.

A fentivel ellentétben narratív, kvalitatív eredmények szakirodalom-elemzését mutatja be Waever et al. (2014). Az alábbi, hallgatók által visszaigazolt teamképzési stratégiákat találták: asszertív viselkedéstréning, kompetenciák kölcsönös megismerése, tévedések felismerése és kezelése, önkorrekciók a teamben, teamműködés és modelljeinek megértése, teamadaptáció és koordináció. A kutatási terv az esetek nagyobb részében gyenge vagy közepes volt. Maximum egyéves követést találtak.

A teamképzés másik ismert módszere a hallgatók szakmák közötti, közös tanulási lehetőségének biztosítása, angolul *„interprofessional education”*. Ez azt jelenti, hogy minimálisan két különböző egészségügyi, pedagógiai és/vagy szociális hivatás tanulói interaktívan együtt tanulnak a szakmaközi együttműködés fejlesztése céljából. Aktív tanulói részvételt és ismeretek cseréjét jelenti a különböző hivatások tanulói között. Az utóbbi években ez a képzési forma megerősödött, egyre több helyről érkeznek beszámolók, eddig inkább az egészségügyi képzés területéről. Ezekből mutatunk be szemelvényeket a következőkben.

Kéthetes betegosztályos gyakorlatokon vettek részt közösen ápoló, foglalkoztató terapeuta, gyógytornász és orvostanhallgatók. Több mint 900 kérdőívre adott válaszok alapján a gyakorlat segítette saját szerepük jobb megértését, a társterületek képviselőinek megismerését, a kommunikáció és a teammunka értékelését. A szupervíziót biztosító oktatók szerepe fontos (PONZER et al. 2004). Hasonló következtetésekre jutottak egy másik tanulmány szerzői, kisebb mintán, rehabilitációs, illetve sürgősségi osztályokon szervezett kéthetes teamgyakorlatokon (MORPHET et al. 2014). Ennek a vizsgálatnak az érdekessége

a kvantitatív kérdőíves felmérés mellett kvalitatív, fókuszcsoport-interjú végzése volt. Az eredmények jól korreláltak. A tanulók a gyakorlatot jövőbeni hivatásuk jó főpróbájának is tekintették. Egy további vizsgálatban hét különböző rehabilitációsteam-tag tanuló öthetes közös gyakorlatát szervezték meg, akik között beszédterapeuta és szociális munkás is volt. A vizsgálati minta nagyon kicsi volt. Igen pozitív eredményekről számoltak be a teammunka értékelésével, a szerepekkel kapcsolatban, amiben feltehetőleg a gyakorlat hosszának is szerepe volt (LUMAGUE et al. 2006). Egy négy szakterületet felölelő közös hallgatói teamképzés hosszabb távú követéses vizsgálata arra utalt, hogy ennek a képzésnek később, a teammunkába való beilleszkedésben is kedvező hatása lehet (CALDWELL et al. 2006). Lindblom et al. (2007) a teamképzési gyakorlat eredményeinek vizsgálatát a betegelégedettség mérésével is kiegészítették. A betegek nem érezték tehernek a kéthetes gyakorlatot, kifejezetten elégedettek voltak.

Kevésbé kedvező eredményeket kapott Aase et al. (2014) Norvégiában, ápoló- és orvostanhallgatók teamképzésének eredményeit vizsgáló fókuszcsoport-interjúk alapján. A hallgatók szakmai attitűdjeit továbbra is a hagyományos szerepek, a hierarchia befolyásolta. Számos, a teammunkát nehezítő hátrányos csoportkultúrával találkoztak a hallgatók a konfrontációtól a bizalomhiányig, a kölcsönös tisztelet hiányáig, bár a kollaboratív tanulásra is akadt jó példa. Teamképzésük javítását tartják szükségesnek. Insalaco et al. (2007) végzős beszédterapeuta-hallgatók szemszögéből végeztek kérdőíves vizsgálatot stroke-rehabilitációs teamképzés tapasztalatairól. A résztvevők (fizio- és ergoterapeuták vettek még részt) értékelték a képzés és a teammunka eredményeit. A transzdiszciplináris modellt részesítették előnyben. Hátrányosnak tartották a teammunka során előforduló kommunikációs problémákat, a szerepkonfliktusokat, féltékenységet – amelyekből azért tanulhattak – és a képzés időigényét.

Az interprofesszionális teammunkára nevelés megszervezése és lebonyolítása komoly kihívást jelenthet a képzések ilyen formáját választó oktatási intézményeknek. Előzetesen ki kell alakítani a közös stratégiát, és ebben teljes egyetértésre kell jutni – szükség esetén karok, egyetemek, főiskolák között. Az így kialakított nevelési filozófiát az intézetek oktatóival meg kell vitatni, akiknek ezt el kell fogadniuk. Megfelelő infrastruktúrát kell biztosítani. Jó, ha a közös tanulói teamgyakorlatok magukba foglalják az ellátási folyamat teljességét a vizsgálattól a döntéshozatalig, majd a beavatkozásokig. A hallgatói munka legyen problémaorientált. A feladatok időben váljanak egyre komplexebbé, jelentsenek folyamatosan kihívást a tanulók részére. Mindehhez alapos előkészítés, folyamatos mentorálás, adminisztratív támogatás szükséges, pl. a dékáni hivatal részéről, minden érintett szakterület részvételével, tehát idő- és munkaerő-igényes, azaz költséges (BARNISTER et al. 2007; BRIDGES et al. 2011). Az éles helyzetekben történő teamképzés feltételeit a *2. táblázat* mutatja be.

A medicinában az eredményesség és hatékonyság vizsgálatát egyre inkább elvárják. Szakirodalomra alapozott kutatási módszertanát a Cochran Collaboration Centre dolgozta ki. Mivel az interprofesszionális képzés az utóbbi 20 évben a medicinában egyre jobban terjed, a centrum vizsgálta az ilyen képzések eredményességét is. Korábbi vizsgálatuk során több mint 1000 közlés között egyetlen megbízható kutatási módszertannal készült vizsgálatot sem találtak. Az utóbbi hét év alatt a helyzet valamelyest javult, de a mindössze hat jól értékelhető közlemény és az igen nagy fokú módszertani heterogenitás miatt így

sem tudtak megbízható eredményeket közölni (REEVES et al. 2008). A kritika a jelen cikkben idézett közleményekre is jogosan vonatkozik.

– kinyilvánított, látható, felmérhető teamképzési filozófia
– kellő számú, különböző hivatást képviselő oktató
– a tanulók rendelkezésére álló lehetőség az együttműködés és a teammunka elsajátítására
– a teamképzés része a kurrikulumnak és az elvárt hallgatói terhelésnek
– a gyakorlati képzés hasznosítását lehetővé tevő elméleti előképzettség
– megfelelő szervezeti infrastruktúra és kultúra, elegendő oktató, ösztönzők a részvételre

2. táblázat. Az interprofesszionális képzésben való részvétel feltételei (BARNISTER et al. 2007 alapján)

Következtetések

A teammunkára nevelésben vannak ígéretes kezdeményezések, de eredményeik még nem bizonyítottak. További vizsgálatok végzése szükséges kontrollált, összehasonlító, követéses, lehetőleg véletlenszerű minták összehasonlítása alapján. Nincsenek adataink arról, hogy a kurrikulumba mikor célszerű beilleszteni a teamképzést, hogy előzőleg még ne alakuljanak ki negatív sztereotípiák, amelyek megváltoztatása később nagyon nehéz, de a hallgatók már rendelkezzenek elegendő szakmai ismerettel. Nem ismert, hogy mennyi képzést kellene biztosítani és hogyan, melyek a különböző módszerek előnyei, hátrányai. *A teammunka feltételeinek megteremtése, az ezt támogató intézeti kultúra kialakítása sok tanulást, türelmet és tapintatos megközelítést követel.* Mindazonáltal nem reménytelen – jól szervezett, céltudatos képzés megkönnyítheti. *Az egyetemi képzés keretében működő gyógypedagógus-képzés eddig kiaknázatlan lehetőségeket nyújthat az interprofesszionális teamképzés fejlesztésére.*

Irodalom

AASE, I. – HANSEN, B. S. – AASE, K. (2014): Norwegian nursing and medical student's perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education, 14*(170). http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/170 *(A letöltés ideje 2015. február 10.)*

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2006): *Team STEPPS: Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety – Training Materials.* AHRQ, Washington DC.

Allan, C. M. – Campbell, W. N. – Guptill, C. A. – Stephenson, F. F. – Campbell, K. E. (2006): A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care, 20,* 235–245.

Barnsteiner, J. H. – Disch, J. M. – Hall, L. – Mayer, D. – Moore, S. M. (2007): Promoting interprofessional education. *Nursing Outlook, 55,* 144–150.

Bautel Williams, J. – Williams, S. C. – Metcalf, D. – Smith Canter, L. L. – Zambone, A. – Jeffs, T. – Floyd, K. (2009): From „Big Ideas" to deliberate action: Curriculum revision and alignment in an American special education teacher preparation program. *Teaching and Teacher Education, 25,* 128–133.

Bäckman, Ö. (2005): Master's degree programme: Visual impairment. Interdisciplinary perspectives and professional cooperation. *International Congress Series, 1282,* 7–11.

Beaubieu, J. M. – Baker, D. P. (2004): The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can we go? *Quality and Safety in Health Care, 13, Suppl. 1,* i51–i56.

Blackmer, J. (2000): Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32,* 51–55.

Bridges, D. R. – Davidson, R. A. – Odegard, P. S. – Maki, I. V. – Tomkowiak, J. (2011): Interprofessional collaboration: three best practice models for interprofessional education. *Medical Education Online, 16,* 6035. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=Interprofessional+collaboration%3A+three+best+practices *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

Bruder, M. B. (2005): Early intervention for infants and their families. In: Nehring, W. M. (ed.): *Core curriculum for specializing in intellectual and developmental disability.* Jones and Bartlett Publishers, London. 109–122.

Buchberger, F. – Campos, B. P. – Kallos, D. – Stephenson, J. (eds) (2000): *Green paper on teacher education is Europe.* Thematic Network on Teacher Education in Europe, Umeå.

Caldwell, K. – Atwal, A. – Copp, G. – Brett-Richards, M. – Coleman, K. (2006): Preparing for practice: how well are practitioners prepared for teamwork. *British Journal of Nursing, 15,* 1250–1257.

Clark, P. G. (1996): Learning from education: What the teamwork literature in special education can teach gerontologists about team training and development. *Educational Gerontology, 22,* 387–410.

Courtnage, L. – Smith-Davis, J. (1987): Interdisciplinary team training: a national survey of special education teacher training programs. *Exceptional Children, 53,* 451–458.

Dalley, J. – Sim, J. (2001): Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation, 15,* 380–389.

Decuyper, S. – Dochy, F. – Van den Bossche, P. (2010): Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organizations. *Education Research Review, 5,* 111–133.

Egészségügyi Világszervezet (2004): *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO).* Medicina, Budapest.

Eldar, R. – Marincek, C. – Kullmann, L. (2008): Training for rehabilitation teamwork. *Croatian Medical Journal, 49,* 352–57.

Frey, W: *Ethics of team work.* Version 1.18: Dec 2, 2013. The Connexions Project licensed under Creative Common Attribution License 3.0 http://cnx.org/content/m13760/1.18/ *(A letöltés ideje: 2015. február 10.)*

Garrett, B. M. – MacPhee, M. – Jackson, C. (2011): Implementing high-fidelity simulation in Canada: Reflections on 3 years of practice. *Nurse Education Today, 31,* 671–676.

Gereben F. (2008): Gyógypedagógia a változó világban. *Gyógypedagógiai Szemle, 36,* 161–170.

Giangreco, M. F. (2013): Teacher assistant support in inclusive schools: research, practice and alternatives. *Australian Journal of Special Education, 3,* 1–14. Available on CJO doi: 10.1017

/jse.2013.1 http://www.uvm.edu/~cdci/parasupport/reviews/giangreco11.pdf *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

Gordosné Szabó A. (2010): 110 éves a gyógypedagógus-képzés Magyarországon. *Gyógypedagógiai Szemle, 38,* 317–332.

Insalaco, D. – Ozkurt, E. – Santiago, D. (2007): The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP's role. *Journal of Communication Disorders, 40,* 196–214.

King, G. – Strachan, D. – Tucker, M. – Duwyn, B. – Desserud, S. – Shillington, M. (2009): The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children, 22,* 211–223.

Kovaleski, J. F. – Tucker, J. A. – Duffy, D. J. – Lowery, P. E. – Gickling, E. E. (1995): School reform to instructional support. Part I. The instructional support team (IST). *Communiqué, 23,* 3–11.

Körner, M. – Bengel, J. (2004): Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 43,* 348–357.

Kullmann L. – Verseghi A. (2013): Etikai kérdések a rehabilitációs medicinában. *Rehabilitáció, 23,* 2–15.

Leora, L. (2003): *The contribution of teacher training to special education teachers' performance in the roles of leaders and managers of interdisciplinary teams.* Dissertation, University of Leicester (UK). 407 p., U187830. http://gradworks.umi.com/U1/87/U187830.html *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

Lindblom, P. – Scheja, M. – Torell, E. – Astrand, P. – Felländer-Tsai, L. (2007): Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *Journal of Interprofessional Care, 21,* 413–423.

Lumague, M. – Morgan, A. – Mak, D. – Kwong, M. H. J. – Cameron, C. – Zener, D. – Sinclair, L. (2006): Interprofessional education: the students' perspective. *Journal of Interprofessional Care, 2006*(20). 246–253.

Mesterházi Zs. (2000): A gyógypedagógia mint tudomány. In: Illyés S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE BGGYFK, Budapest. 39–79.

Mesterházy Zs. (2001): A gyógypedagógiai nevelés mint terápia. *Iskolakultúra, 2,* 29–33.

Morphet, J. – Hood, K. – Cant, R. – Baulch, J. – Gilbee, A. – Sandry, K. (2014): Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students. *Advances in Medical Education and Practice, 5,* 197–204.

Nolan, K. E. – Doyle, L. E. (2006): *Principles of cognitive network teamwork.* Proceeding of the SDR 06 Technical Conference and Product Exposition. Orlando Florida, 13–17. 11. 2006. http://www.researchgate.net/publication/228401754_Principles_of_cognitive_network_teamwork *(A letöltés ideje: 2015. február 22.)*

Nolan, V. (1989): *The Innovator's Handbook, Problem Solving, Communication and Teamwork.* Penguin Books, Harmondsworth.

Ponzer, S. – Hylin, U. – Kusoffsky, A. – Lauffs, M. – Lonka, K. – Mattisson, A. C. – Nordström, G. (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education, 38,* 727–736.

Reeves, S. – Zwarenstein, M. – Goldman, J. – Barr, H. – Freeth, D. – Hammick, M. – Koppel, I. (2008): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews, 23,* CD002213.

Ripley, S. (1997): Collaboration between General and Special Education Teachers From: The ERIC Digests ERIC EC Digest #ED409317 http://www.ericdigests.org/1998-1/general.htm *(A letöltés ideje: 2015. február 20.)*

Serrano, A. M. – Boavida, J. (2011): Early childhood intervention: the Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educatión Inclusiva, 4,* 123–138.

TEMPEST, S. – MCINTYRE, A. (2006): Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 28,* 663–667.
WEAVER, S. J. – DY, S. M. – ROSEN, M. A. (2014): Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality and Safety, 23,* 359–372.
ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.) (2004): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.
ZHANG, C. – THOMPSON, S. – MILLER, C. (2011): A review of simulation-based interprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing, 7,* 117–126.

A szlovákiai Carissimi Nonprofit Alap kuratóriuma 2010-ben
Carissimi – Esély a fogyatékos és egészségkárosodott embereknek címmel
olyan magyar nyelvű ismeretterjesztő folyóirat
megjelenésének támogatását határozta el, amely fórumot teremt
fogyatékos és egészségkárosodott embereknek, és segítséget nyújt
az őket érintő ügyekben való eligazodáshoz,
társadalmi beilleszkedésükhöz.

Az ismeretterjesztő folyóirat valamennyi eddig megjelent száma
ingyenesen elérhető a www.carissimi.sk oldalon.

(1) ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport
(2) Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
(3) Tokyo Metropolitan University Department of Health Promotion Science Perception and Action Laboratory, Tokyo, Japan

Különbségi küszöb izometriás szorítóerő kifejtése esetén

VÁMOS TIBOR (1, 2) – BERENCSI ANDREA (1) – IMANAKA KUNIYASU (3)
tibor.vamos@barczi.elte.hu, berencsi.andrea@barczi.elte.hu, imanaka@tmu.ac.jp

Absztrakt
A humán kézfunkció egyik elengedhetetlen eleme a megfelelő erőkifejtés alkalmazása fogás során. A vizsgálat célja a különbségi küszöb megtalálása volt precíz izometriás szorító erőkifejtés esetén. Egy-egy összehasonlítási feladatblokkban a résztvevőknek két különböző (előre meghatározott) erőszintet kellett kifejteniük ugyanazzal a kezükkel, majd válaszolni arra a kérdésre, hogy melyik erőkifejtést érezték erősebbnek, az elsőt vagy a másodikat. A különbségi küszöböt a 75%-ban helyes válaszadásnál a maximális erőkifejtés (MVC) százalékában határoztuk meg. A standard inger 14% MVC mellett a különbségi küszöb 1,75–2,25% MVC volt, azaz a legkisebb érzékelhető különbség 12,5–16% közötti tartományban található izometriás szorítóerő kifejtése esetén. A vizsgálathoz olyan, korábban nem alkalmazott mérési módszert dolgoztunk ki, amely lehetővé teszi különböző erőszintek összehasonlítását egy kézzel, így korábbi módszerektől eltérően, amikor a két kézzel külön-külön végrehajtott erőkifejtéseket kellett összehasonlítani, a két felső végtagban adott esetben eltérő izom- és szenzoros állapottal rendelkező személyek (pl. hemiparetikus stroke-betegek vagy cerebrális paretikus személyek) különbségi küszöbének vizsgálata is megvalósíthatóvá válhat.

Kulcsszavak: izometriás erőkifejtés, kézi szorítóerő, diszkriminációs küszöb, finommotorika, kézfunkció, rehabilitáció

Különbségi küszöb izometriás szorítóerő kifejtése esetén

A humán kézfunkció egyik elengedhetetlen eleme a megfelelő erőkifejtés alkalmazása fogás során. Az alkalmazott erő nagyságának becslése függ a tárgy nagyságától, alakjától, felületének és textúrájának jellemzőitől. A megfelelő nagyságú szorítóerő beállításának képessége tanulási folyamat eredménye, melynek során a perceptuális (pl. a tárgy felületének tulajdonságai) és motoros információk (pl. a kifejtett erő túl kicsi volt, a tárgy kicsúszott a kezemből) közötti ok-okozati összefüggések elsajátítása történik. A másik oldalról

viszont az erő nagysága, amellyel egy tárgyat „felfedezünk”, meghatározza az adott tárgy tulajdonságainak érzékelését (DEBATS et al. 2012). E tanulási folyamatnak az egyik alapja az adott helyzetben kifejtett erők megkülönböztetésének képessége. Azt a legkisebb különbséget, amely ahhoz szükséges, hogy két ingert különbözőnek észleljünk, különbségi küszöbnek nevezzük. A különbségi küszöb tulajdonképpen arra a pszichofizikai kérdésre ad választ, hogy mennyire kell két ingernek különbözni ahhoz, hogy eltérőekként detektáljuk őket (SEKULER–BLAKE 2004). Az irodalomban korábban számos tanulmány vizsgálta a súly- és erőkifejtés diszkriminációjára vonatkozó küszöböt különböző feladatok során *(1. táblázat).*

	Feladat	**Legkisebb érzékelhető különbség**
Weber (1834)	súlyemelés	10%
Brodie & Ross (1984)	súlyemelés	9–13%
Brodie & Ross (1985)	súlyemelés	6,1%
Jones (1989)	könyökhajlítás	5–9%
Pang és mtsai (1991)	csippentés ellenállással szemben	5–10%
Allin és mtsai (2002)	jobb mutatóujj MP ízület hajlítása	10%

1. táblázat. Legkisebb érzékelhető különbség különböző erőkifejtéssel járó feladatok során a standard stimulushoz képest %-ban. Ha a legkisebb érzékelhető különbség 10%, 10 kg-hoz képest 10 ± 1 kg-ot (azaz 11 és 9 kg-ot) már eltérőnek érzékelünk. A fenti táblázatból jól látható, hogy súlyok és erők megkülönböztetése esetén a különbségi küszöb tág határok között változik és nagyban befolyásolja a végzett feladat jellege.

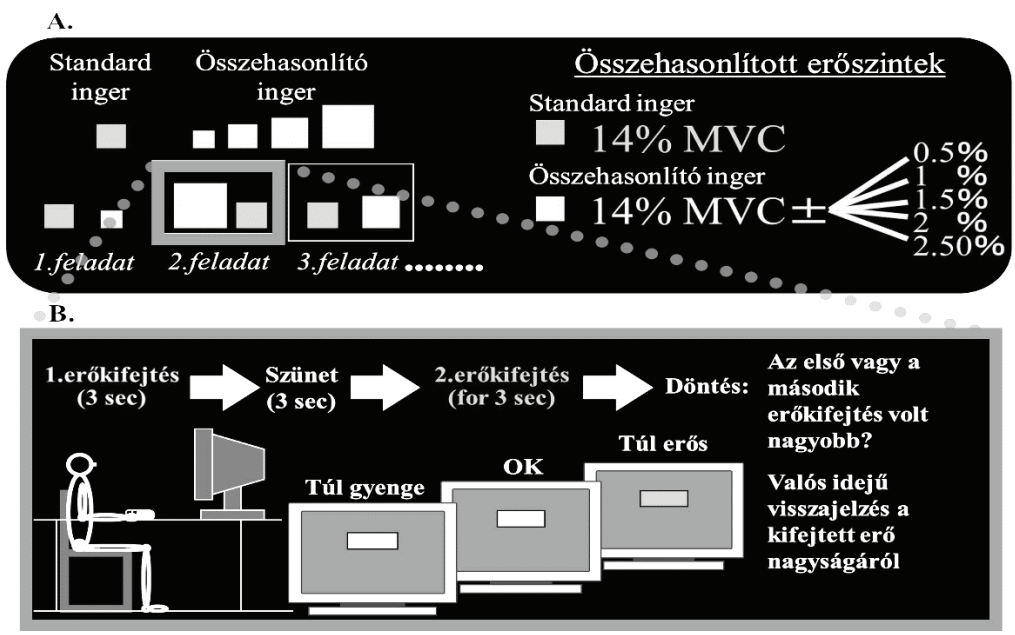
Egy tárgy megfogása és megtartása során az erőkifejtés nagyságára a proprioceptív információból, a bőr mechanoreceptoraiból érkező visszajelzésből és az érzékelt erőfeszítésből *(perceived effort)* következtetünk, mely utóbbi a mozgatókéreghez köthető, és függ a fáradás mértékétől. Megfogást követően a tárgyak megtartása során nagyon gyakran izometriás erőkifejtést alkalmazunk. Izometriás szorító erőkifejtés során az izom összehúzódását nem kíséri ízületi elmozdulás. Ebben az esetben nem kerül sor a mozdulat téri paramétereiben történő változásainak feldolgozására, továbbá a proprioceptív visszajelzés során a dinamikus változásról információt szolgáltató afferensek szerepe is feltehetően csökken. Ez felveti a kérdést, hogy az *1. táblázat*ban ismertetett ízületi elmozdulással járó mozgásokhoz képest az ízületi elmozdulással nem járó, eltérő szenzoros visszajelzéshez vezető izometriás erőkifejtés esetén a kifejtett erők megkülönböztetésének képessége eltér-e.

Erőkifejtés során a diszkriminációs küszöb meghatározására ez idáig (JONES 1989, JONES–HUNTER 1982) gyakran a két testfél közötti összevetést használták a szakirodalomban. E módszer számos előnye (pl. a két erőkifejtés egy időben történhet) mellett nem alkalmas

arra, hogy a rehabilitáció során, pl. stroke-on átesett hemiparetikus kliensek esetén a diszkriminációs küszöböt meghatározzuk. Ebben az esetben ugyanis a két felső végtag eltérő izomállapota miatt és/vagy az érintett oldalon kialakult szenzoros (érzékelési) zavar miatt a két testfél nem szolgálhat egymásnak olyan összevetési alapként, mint egészséges személyek esetén. A jelen vizsgálat során egy olyan módszer kidolgozására törekedtünk, amely egyetlen felső végtag/kéz bevonásával is képes a diszkriminációs küszöb meghatározására. Tehát a cél egyrészt a különbségi küszöb meghatározása volt izometriás erőkifejtés során, másrészt egy olyan módszer kidolgozása és tesztelése, amely a későbbiekben alkalmas a különbségi küszöb mérésére egy testfél bevonásával is, pl. hemiparetikus kliensek esetén, a rehabilitáció során.

Módszerek

Résztvevők



1. ábra. A) Konstans ingerek módszere során egy állandó nagyságú standard ingerhez minden összehasonlítási blokk során egy eltérő nagyságú összehasonlító ingert adunk véletlenszerű sorrendben. A jelen vizsgálatban a standard inger minden résztvevő esetén a saját maximális akaratlagos szorítőerő kifejtésének (MVC) a 14%-a volt. Az összehasonlító ingerek nagysága az MVC 14% ± 2,5%-án belül volt 0,5%-os lépésenként. B) Egy összehasonlítási blokk két erőkifejtésből és a köztük lévő szünetből állt. Az erőkifejtések után a résztvevőknek el kellett dönteniük, melyik erőkifejtést érezték nagyobbnak. A kifejtett erő kívánt szinten tartását a monitoron bemutatott valós idejű visszajelzés biztosította.

9 fő egyetemi hallgató (4 férfi, 5 nő), mindannyian jobbkezesek, az átlagéletkor 24,3 év volt. MVC határok: 20,3 kg – 52,3 kg. Tájékoztatás után a résztvevők mindegyike írásos beleegyezését adta a részvételhez, melyért kreditpontokat kaptak.

Apparátus

A tipikus fejlődésű egyetemi hallgatók erőkifejtéseinek mérése Takei, T.K.K. 5710 típusú izometriás szorítóerő-mérő dinamométerrel történt, mely egy National Instruments BNC 2120 típusú analóg-digitális adatgyűjtő berendezéshez volt csatlakoztatva. Az analóg-digitális adatgyűjtő berendezés egy NEC típusú notebook személyi számítógéphez (PC) volt csatlakoztatva. A PC-n Labview 6.0 programozási környezetben írt szoftver biztosította a résztvevők erőkifejtési adatainak elraktározását. A PC-hez csatlakoztatva volt egy második monitor, amely vizuális feedbecket nyújtott a résztvevők számára a kifejtett erők nagyságáról. A résztvevők az erőkifejtésükkel egyidejűleg kapták a feedbacket arról, hogy aktuálisan mekkora erőt fejtenek ki. Ez az eljárás biztosította azt, hogy a résztvevők mindvégig a vizsgálatvezető által aktuálisan kért erő nagyságát tudják kifejteni és ezáltal megtapasztalni. Három másodpercig kellett végrehajtani egy erőkifejtést. A három másodperces mérési periódus akkor kezdődött, amikor a résztvevő által kifejtett erő először érte el egy adott próbában a kívánt erőnagyságot (a célerőt), miután fokozatosan egyre nagyobb erővel kezdte szorítani a dinamométert.

Procedúra

A résztvevők egy széken ültek, jobb alkarjuk a mellettük lévő asztalon támaszkodott. Az asztalhoz rögzítve az erőmérő dinamométer úgy volt elhelyezve, hogy kényelmesen meg lehetett fogni jobb kézzel. A résztvevőkkel szemben az asztalon egy monitor helyezkedett el, amelyen a vizuális ingerek jelentek meg. Elsőként a maximális erőkifejtés mérése történt oly módon, hogy a résztvevő 4 másodpercig szorította a dinamométert a jobb kezével. Három ilyen 4 másodpercig tartó mérés után a maximális erőkifejtés értéke (MVC) a három mérés eredményének átlaga lett.

A különbségi küszöb meghatározása a konstans ingerek módszerével történt kényszerválasztásos helyzetben. A résztvevők feladata az volt, hogy egy összehasonlító feladatblokkon belül végezzenek el két erőkifejtést egymás után. Az összehasonlító feladatblokkon belül mindig egy standard és egy összehasonlító ingert kellett összehasonlítaniuk. A standard és az összehasonlító inger két különböző erőszintet jelentett, melyeket 3-3 másodpercig kellett kifejteniük. A két erőkifejtés között 3 másodperc szünet volt minden összehasonlító feladatblokkon belül. Miután a résztvevők befejezték a két erőkifejtést, el kellett dönteniük, hogy melyik erőkifejtést érezték erősebbnek, az elsőt vagy a másodikat. Válaszukat a kísérletet vezető személy rögzítette. A standard inger erőszintje a résztvevő maximális erőkifejtésének 14%-a volt minden összehasonlító feladatblokkon belül végig a kísérlet során. Az összehasonlító ingerek a maximális erőkifejtés 14%-ánál 0,5%-kal, 1%-

kal, 1,5%-kal, 2%-kal és 2,5%-kal kisebb vagy nagyobb értékű erőszintek voltak (a maximális erőkifejtés 11,5%-a, 12%-a, 12,5%-a, 13%-a, 13,5%-a, 14,5%-a, 15%-a, 15,5%-a, 16%-a és 16,5%-a).

Az összehasonlító erőszintek sorrendje véletlenszerű volt a feladatblokkokban csakúgy, mint a standard inger sorrendje egy összehasonlító blokkon belül (a résztvevő tehát nem tudhatta, hogy egy összehasonlító feladatblokkon belül melyik a standard inger, az első erőkifejtés alatt megtapasztalt erőszint, vagy a második erőkifejtés alatt megtapasztalt erőszint). A véletlenszerűségre azért volt szükség, hogy a résztvevők ne tanulhassák meg, hogy az ingerek milyen sorrendben követik egymást. Annak érdekében, hogy a résztvevők mindig a kívánt erőszintet fejtsék ki, az erőkifejtéssel egyidejűleg színek jelezték a monitoron, hogy megfelel-e az általuk aktuálisan kifejtett erő nagysága a kívánt inger (standard vagy összehasonlító inger) nagyságának. Zöld szín jelent meg a monitoron, amint a résztvevő elérte a kívánt célerő szintjét, piros szín jelent meg, ha túl erős, és szürke szín, ha túl gyenge volt az erőkifejtés a kívánt célerőhöz képest. A valós idejű visszajelzést nyújtó programot úgy állítottuk be, hogy a zöld szín akkor jelent meg, ha a résztvevő erőkifejtésének nagysága nem volt sem kisebb, sem nagyobb a célerőnél 0,25%-kal kisebb vagy nagyobb értéknél.

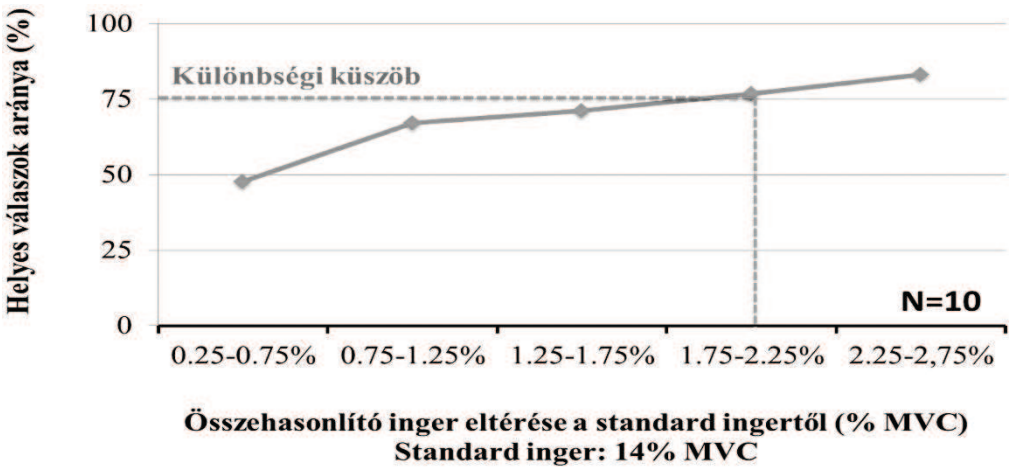
Az összehasonlító feladatblokkon belül vizuális és hangjelzés indikálta az erőkifejtés kezdetét. A résztvevő akkor kezdte meg az erőkifejtést, amikor a monitoron megjelent egy 1-es szám (ez az első erőkifejtés sorszámát jelentette) és ezzel egyidejűleg megszólalt egy hangjelzés. A jelzések után a résztvevő elkezdte az erőkifejtést, fokozatosan egyre nagyobb erővel nyomta össze a dinamométert egészen addig, ameddig a zöld szín meg nem jelent a monitoron, mutatva, hogy elérte a kívánt erőszintet. Ezután 3 másodpercig ezt az erőszintet kellett megtartania úgy, hogy közben a monitoron a zöld szín folyamatosan megmaradjon. Az erőkifejtés végét szintén hangjelzés jelezte (az elsőtől eltérő hangjelzés) és az 1-es szám eltűnése a monitorról. 3 másodperces szünet után ismét megszólalt az erőkifejtés megkezdését jelző hang, mellyel egyidejűleg megjelent a monitoron egy 2-es szám (a második erőkifejtés sorszáma). Ezután is 3 másodpercig a kívánt erőszintet kellett tartani úgy, hogy közben a monitoron a zöld szín folyamatosan megmaradjon. A második erőkifejtés befejezése után a résztvevőnek döntést kellett hoznia, hogy az első vagy a második erőkifejtést érezte-e erősebbnek.

Annak érdekében, hogy a résztvevők hozzászokjanak a procedúrához, a kísérlet előtt legalább 10 összehasonlítást végezhettek az előbb leírt módon. A kísérlet során a kifáradás elkerülése érdekében minden tizedik összehasonlító feladatblokk után pihenhettek a résztvevők, illetve ha szükségesnek tartották, akkor bármikor a kísérlet során lehetőségük volt szünetet tartani.

Eredmények és diszkusszió

A jelen vizsgálatban a résztvevők által aktívan kifejtett erőszinteket használtunk, melyeket valós idejű vizuális visszajelzés segítségével tartottunk egy adott tartományban, így az eredményeket MVC% intervallumban adjuk meg, mely a standard stimulustól való eltérést

fejezi ki. A különbségi küszöböt a 75%-ban helyes válaszadásnál MVC%-ban határoztuk meg. A standard inger 14% MVC mellett a különbségi küszöb 1,75–2,25% MVC volt *(2. ábra)*, azaz a legkisebb érzékelhető különbség 12,5–16% közötti tartományban található izometriás szorítóerő kifejtése esetén.



2. ábra. Helyes válaszok aránya a standard ingertől való eltérés függvényében

Ez az eredmény részben megfelel az irodalomban izotóniás súlyemelési feladatok és jobbbal oldali könyökízületi flexió során mért különbségi küszöbértékeknek *(1. táblázat)*. Ezekben a vizsgálatokban a legkisebb érzékelhető különbség legmagasabb értéke 10–12% volt, amely a jelen kísérletben a legkisebb érzékelhető különbségi intervallum alsó határát jelentette. A magasabb küszöbérték egyik oka lehet, hogy nem pontos értékeket, hanem a feladat jellege miatt intervallumot használtunk a küszöb meghatározásához. A pontosabb küszöbérték az intervallumon belül található. Egy másik lehetséges ok az izometriás és izotóniás erőkifejtés különbségéből adódhat. Statikus és dinamikus feladatok esetén eltérést találunk mind a motoros egységek időzítésében és aktivációjában, mind az agykérgi szabályozásban (Neely et al. 2013), és a mozgásról kapott visszajelzésben is. Az irodalmi áttekintésben felsorolt feladatok – azon túl, hogy elmozdulással jártak – egy kivétellel nagymozgásokat használtak az összehasonlítás során, ami szintén egy lehetséges okot szolgáltathat az érzékelt különbségekre (Jones 2003). Mivel alacsony tartományban a kifejtett erő nagyságát általában túlbecsüljük, és az erőkifejtés során a legkisebb érzékelhető különbség a standard inger függvényében (pl. növekedésével) eltérhet (Jones 2003), a továbbiakban nagyobb erőkifejtéssel járó standard stimulus alkalmazása is szükséges lehet a diszkriminációs küszöb más erőtartományokban történő meghatározásához izometriás erőkifejtés esetén.

A vizsgálat során alkalmazott módszer alkalmasnak bizonyult a konstans ingerek módszerével történő különbségi küszöb meghatározására. További használata indokolt lehet egyrészt tipikus fejlődés esetén, mert kiküszöböli a domináns és nem domináns kéz moz-

gásszabályozása és MVC-je közötti különbséget (NOGUCHI et al. 2009). Továbbá lehetővé teszi azon mozgáskorlátozott személyek vizsgálatát, akiknél a két testfél motoros és/vagy szenzoros eltérései miatt a két testfél közötti összevetés nem lehetséges, pl. cerebrális parézis vagy stroke következtében kialakuló hemiparézis esetén. A különbségi küszöb változásának monitorozása a rehabilitációs folyamatban fontos szerepet játszhat, mert a standard klinikai vizsgálat során előfordulhat, hogy alulbecsüljük a szenzoros deficiteket, melyek hozzájárulnak a mozgásszabályozási nehézségekhez pl. cerebrális parézis és stroke esetén (BLEYENHEUFT–GORDON 2013; BLENNERHASSETT et al. 2007).

Köszönetnyilvánítás

A kutatást a Japán Állami Ösztöndíj program – Monbukagakusho Scholarship Graduate Degree Program támogatta.

Irodalom

ALLIN, S. et al. (2002): Measuring Just Noticeable Differences For Haptic Force Feedback: Implications for Rehabilitation. *10th Symposium on Haptic Interfaces for Virtual Environment and Teleoperator Systems*. HAPTICS 2002. Proceedings., Orlando, FL, IEEE.

BLENNERHASSETT, J. M. et al. (2007): Impaired discrimination of surface friction contributes to pinchgrip deficit after stroke. *Neurorehabil Neural Repair, 21*(3), 263–272.

BLEYENHEUFT, Y. – GORDON, A. M. (2013): Precision grip control, sensory impairments and their interactions in children with hemiplegic cerebral palsy: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 34*(9), 3014–3028.

BRODIE, E. E. –ROSS, H. E. (1984): Sensorimotor mechanisms in weight discrimination. *Perception & Psychophysics, 36*(5), 477–481.

BRODIE, E. E. – ROSS, H. E. (1985): Jiggling a lifted weight does aid discrimination. *American Journal of Psychology, 98*(3), 469–471.

DEBATS, N. B. et al. (2012): Moving the weber fraction: the perceptual precision for moment of inertia increases with exploration force. *PloS One, 7*(9), e42941.

JONES, L. A. – HUNTER, I. W. (1982): Force sensation in isometric contractions: a relative force effect. *Brain Research, 244*(1), 186–189.

JONES, L. A. (1989): Matching forces: Constant errors and differential thresholds. *Perception, 18*(5), 681–687.

JONES, L. A. (2003): Perceptual constancy and the perceived magnitude of muscle forces. *Experimental Brain Research, 151*(2), 197–203.

NEELY, K. A. et al. (2013): Segregated and overlapping neural circuits exist for the production of static and dynamic precision grip force. *Human Brain Mapping, 34*(3), 698–712.

NOGUCHI, T. et al. (2009): Superiority of the dominant and nondominant hands in static strength and controlled force exertion. *Perceptual and Motor Skills, 109*(2), 339–346.

PANG, X. – TAN, H. Z. – DURLACH, N. (1991): Manual discrimination of force using active fingermotion. *Perception & Psychophysics, 49*(6), 531–540.

ROSS, H. E. – MURRAY, D. J. – WEBER, E. H. (1978): *The sense of touch*. Academic Press, New York.

SEKULER, R. – BLAKE, R. (2004): *Észlelés*. Osiris, Budapest.

(1) ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport
(2) ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola

A cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok számára kifejlesztett FNO kategóriakészletek alkalmazhatósága

LÉNÁRT ZOLTÁN (1, 2) – SZEMENYEI ESZTER (1)
lenart.zoltan@barczi.elte.hu, szemeszter91@gmail.com

Absztrakt
A tanulmány célja egy nemzetközi kutatás eredményeit közlő szakcikkek rövid ismertetése és értelmezése, a vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalom és gyakorlat kontextusában. Ezen túlmenően a nemzetközi kutatócsoport által összeállított core setek alkalmazásával tett első vizsgálataink eredményeiről is beszámolunk.

Kulcsszavak: FNO, ICF-CY, cerebralis paresis, core set

Az FNO és annak gyermek-, ifjúsági változata

A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ, WHO) 2001-ben kiadott osztályozási rendszere. Az FNO egyik célja „közös nyelv kialakítása az egészség és az egészséghez kapcsolódó állapotok leírására, annak érdekében, hogy javuljon a kommunikáció a különböző felhasználók között, így az egészségügyi szakszemélyzet, a kutatók, a jogalkotók és a lakosság között, beleértve a fogyatékos személyeket is" (Egészségügyi Világszervezet 2004: 5). Az új fogyatékossági modell megalkotásához a szakembereken kívül a nemzetközi jogi normák változása és a fogyatékos személyek mozgalmai is nagymértékben hozzájárultak (Kullmann 2012: 7).

A négy nagy fogyatékossági modell (morális, medikális, szociális, emberi jogi) közül a szociális és a szociális jóléti modell szembefordul a korábbi felfogásokkal: „a fogyatékosságra nem mint személyes alkalmatlanságra, de nem is mint az egyén nehézségére tekint, hanem elsősorban mint társadalmi konstrukcióra, hatalmi viszonyrendszerre" (Könczei–Hernádi 2011: 9). A társadalmi, környezeti tényezőknek szán domináns szerepet. A szociális modell egyfelől lendületet adott a fogyatékosjogi mozgalmaknak azzal, hogy az egyénről a fogyatékossá tevő, társadalmi folyamatokra irányította a figyelmet.

Másfelől hozzásegítette az Egészségügyi Világszervezetet egy rendszerszemléletű, holisztikus modell kifejlesztéséhez (KÖNCZEI–HERNÁDI 2011: 11).

A négy modell valamennyire ma is mind jelen van a közgondolkodásban, azonban megjelent mindezek kritikája is. A modellek utáni, posztmodell felfogás a morális, medikális modelleket biológiai esszencializmusuk, a szociális modellt pedig konstruktivista szubjektumértelmezése miatt tartja túl egyoldalúnak. A posztmodell kritikai perspektívájából „a fogyatékosság immár nem csak társadalmi, hanem a fogyatékossággal élő emberek tapasztalatainak minden dimenzióját magába foglaló diszkurzív, kulturális, pszichológiai és biológiai összefüggés is" (KÖNCZEI–HERNÁDI 2011: 14). Fontos lett az is, hogy éli meg a fogyatékos ember a saját károsodását, és milyen tapasztalatokat halmozott fel. A fogyatékossággal élő személy szakértővé lépett elő.

Az FNO biopszichoszociális modellnek vallja magát. Vállaltan törekszik a medikális és a szociális modell integrálására (EVSZ 2004: 20). De mivel meglehetősen tág értelmezést és felhasználási kereteket enged meg, benne rejlik a posztmodell által hangsúlyozott saját tapasztalat, saját vélemény, saját hang megszólaltatásának lehetősége is, amennyiben az FNO alapú állapotfelmérés a vizsgált személlyel közösen, vele együttműködve, véleményét figyelembe véve történik. Ezért tartjuk szükségesnek mind a mindennapi gyógypedagógiai diagnosztika, mind a kutatási céllal végzett felmérések során a figyelembevételét, lehetséges alkalmazását.

Az eredeti, 2001-es FNO-t szerzői négykarakteres, teljes és kétkarakteres, rövid változatban adták ki (EVSZ 2001: 9). Napjainkban már a 2007-es gyermek-ifjúsági változatot (International Classification of Functioning, Disability and Health: Children&Youth Version, ICF-CY) kezdik új, teljes változatként emlegetni (WHO 2007), mivel az ICF-CY 1685 kategóriát tartalmaz, az FNO 1494 kategóriájával szemben. Az ICF-CY-ban az FNO minden kategóriája megtalálható, a fejezeteik, alfejezeteik is megegyeznek. Tartalmaz viszont egy sor olyan kategóriát is (két-, három-, négykarakteres mélységben), amely a korai életkorra, illetve a növekedésre és a fejlődésre jellemző, ezért a különböző életkorú gyermekek vizsgálatakor fontos lehet. Az FNO hivatalos, magyar fordítása 2004-ben jelent meg. A gyermek-ifjúsági változatnak a mai napig nincs magyar fordítása, ezért a továbbiakban ICF-CY-ként utalunk rá a szövegben.

Az FNO használatának megkönnyítésére, gyorsabbá tételére – a már említett kétkarakteres osztályozáson kívül – a következő fejlesztések történtek, történnek: állapotspecifikus core setek, FNO csekklista, WHODAS (WHO Dysability Assessment Scale) és generikus FNO csekklista. Az állapotspecifikus core setek vagy kategóriakészletek egy adott egészségi állapotban jellemzően előforduló FNO-kategóriák együttesét jelentik (KULLMANN 2012: 50). Megmutatják, hogy abban az adott állapotban mit érdemes felmérni.

A cerebrális paretikus gyerekeket felmérő core setek

Egy nemzetközi kutatócsoport (University of British Columbia, ICF Research Branch of the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classification) 2009 és 2014 között, két fázisban dolgozta ki a cerebralis pareticus (CP) gyermekek, fiatalok felmérésére

alkalmas ötféle kategóriakészletet. A harmadik fázis, a core setek implementációja és validálása jelenleg is folyamatban van. A szerzők indoklása szerint míg az elmúlt években 33 kategóriakészletet dolgoztak ki a különböző, felnőttekre jellemző állapotok felmérésére, addig a gyerek korosztálynál egyet sem (Schiariti–Masse 2014a: 2).

A projekt négyéves *előkészítő szakasza* négy alkutatásból épült fel: a kutatói perspektívát feltérképező szisztematikus szakirodalmi áttekintésből, egy szakértői felmérésből, a gyermekek és gondozóik nézőpontját bemutató kvalitatív felmérésből, valamint egy klinikai tanulmányból. Az előkészítő szakasz tanulmányai a 0–18 éves CP diagnózisú személyekre fókuszáltak, valamennyi típus és súlyossági fokozat (Gross Motor Function Classification System, GMFCS I–V) tekintetében.

A szisztematikus irodalomelemzés az 1998 és 2013 között megjelent szakcikkeket nézte át, több adatbázis felhasználásával (Medline, PsycINFO, Embase, Central, CINAHL). Összesen 231 tanulmányban 238 eredményességi mutatót találtak CP-s gyerekekre vonatkozóan (Schiariti–Klassen–Cieza–Sauve–O'Donnell–Armstrong–Masse 2014; Schiariti–Masse 2014a: 3).

Az átfogó szakértői felmérés során 193, nagy klinikai és kutatási tapasztalattal rendelkező, különböző végzettségű szakembert – gyógytornász-fizioterapeutát, ergoterapeutát, beszéd-nyelv patológust, korai fejlődésben járatos gyermekorvost, neurológust, ortopéd sebészt, pedagógust, szociális munkást – kérdeztek ki. Az elektronikus felmérés célja volt megtalálni a hat WHO-régióban tevékenykedő szakemberek által a cerebrális paretikus személyeknél fontosnak tartott funkcionális területeket (Schiariti–Masse–Cieza–Klassen–Sauve–Armstrong–O'Donnell 2014; Schiariti– Masse 2014a: 3).

A kvalitatív felmérés 10 CP-s gyermek, fiatal, valamint az őket gondozó 22 személy kikérdezésén alapult. A felmérést Vancouverben végezték. A félig strukturált interjúkban arra kérdeztek rá, hogy melyek az érintettek által legfontosabbnak tartott funkcionális területek (Schiariti–Sauve–Klassen–O'Donnell–Cieza–Masse 2014; Schiariti–Masse 2014a: 3).

A klinikai tanulmány 60 randomizált klinikai kórlap elemzésén alapult. A CP-s gyerekek adatait tartalmazó kórlapok a BC Children's Health Records adatbázisából származnak. A kutatók a vizsgálati jegyzőkönyvek adataiban megjelenő funkcionális területeket összegezték (Schiariti–Masse 2014a: 3). Összesen 129 FNO-kategóriát találtak, ebből 19% a testi struktúrák, 33% a testi funkciók, 37% a tevékenység és részvétel, 11% pedig a környezeti tényezők fejezetbe sorolható (Schiariti–Masse 2014b).

Az előkészítő szakasz négy tanulmányának eredményeit összegezve megállapította a kutatócsoport, hogy összesen 497 kategória került kiválasztásra. Ennek 14%-a testi struktúrára, 31%-a testi funkcióra, 38%-a tevékenységre és részvételre, 17%-a pedig környezeti tényezőkre vonatkozott. A legtöbb kategória két- és háromkarakteres volt. A 497-ből 64 kategória (13%) jelent meg mind a négy csoportnál. A legnépszerűbb fejezetek a „d4 mobilitás" és az „e1 termékek és technológiák" voltak. Jellemző, hogy a különböző végzettségű szakemberek által fontosnak tartott területek egyenletesen oszlottak el az FNO-kategóriák mentén. A gyerekek és hozzátartozóik a tevékenységet és részvételt, valamint a környezeti tényezőket tartották a legfontosabbaknak. A szakirodalmi, kutatói, valamint a klinikai felmérés a testi funkciókat, a tevékenységet és a részvételt helyezte első helyre (Schiariti–Masse 2014a).

A projekt *első szakasza* az előkészítő fázis eredményeire építő Konszenzus Találkozó volt, amelyet 2013 júniusában rendeztek meg Vancouverben, Kanadában. A konferenciának 29 résztvevője volt, valamennyi WHO-régióból. A különböző végzettségű szakértőknél (korai fejlődésben járatos gyermekorvos, gyermekneurológus, ortopéd sebész, rehabilitációs szakorvos, ergoterapeuta, gyógytornász, gyógypedagógus) beválasztási kritérium volt, hogy legalább ötéves tapasztalattal rendelkezzenek a CP-s gyermekek, fiatalok és általában a gyermekkori mozgásszervi károsodások ellátásában. A szakemberek mellett két „szülő szakértő" is részt vett a konferencián.

A háromnapos döntéshozói folyamat kiindulópontját az előkészítő szakaszban kiválasztott 497 kategória képezte. A konferencia első részében állították össze a résztvevők az Átfogó CP Core Setet. A második részében pedig a klinikai gyakorlatban gyorsabban használható, rövidített kategóriakészletet. Ezután következett a három életkor-specifikus kategóriakészlet kialakítása. Az egyeztetési folyamat során legalább 75%-os egyezésre volt szükség az egyes kategóriák elfogadásához az adott készletbe.

A találkozó eredményeként a nemzetközi, multidiszciplináris team öt kategóriakészletet alakított ki cerebrális paretikus gyermekek és fiatalok számára. Ezek az első olyan core setek, amelyeket az ICF CY felhasználásával, fiatalkorúak számára fejlesztettek ki (SCHIARITI–SELB–CIEZA–O'DONNELL 2014).

Átfogó ICF Core Set a 0–18 éves CP-s fiatalok részére

Ez a core set 135 ICF-kategóriát foglal magába. 130 tételt a kétkarakteres osztályozásból, 5 tételt pedig a háromkarakteres osztályozásból. Mindezek közül 58 kérdés a *tevékenység és részvétel*, 36 kérdés a *környezeti tényezők*, 34 kérdés a *testi funkciók*, 7 kérdés a *testi struktúrák* fejezetekből származik.

Rövidített ICF Core Set változat 0–18 éves CP-s fiatalok részére

A Rövidített ICF Core Set változat 0–18 éves CP-s fiatalok részére (továbbiakban: *„Rövidített változat"*) jelentette a következő állomást a core setek elkészülése szempontjából. A core set magában foglalja mindazokat a minimálisan szükséges kategóriákat, amelyek a cerebrális paretikus fiatalok funkcionalitását jól jellemezhetik. Ez az összeállítás 0–18 éves korig használható, továbbá átjárható rendszert képez a korspecifikus core setekkel, mivel minden itt található kategória benne foglaltatik a különböző életkorokra szétbontott core setek tételeiben is. A kutatók minimálisan 25 jellemző kategóriában állapodtak meg (*testi funkciók* n = 8, *tevékenység és részvétel* n = 8, *környezeti tényezők* n = 8, *testi struktúrák* n = 1).

Életkor-specifikus ICF Core Set változatok CP-s fiatalok részére

Az utolsó lépést az életkor-specifikus core setek kialakítása jelentette. A következő kategóriák készültek el:

0–6 éves CP-s gyermekek számára készített ICF Core Set

A core set 31 kategóriát tartalmaz összesen. A *„Rövidített változat"* összeállításhoz képest 6 új kategória került megnevezésre.

6–14 éves CP-s gyermekek számára készített ICF Core Set
Az összeállítás a kisiskolás korú cerebrális paretikus gyermekek számára készült. 35 tételt foglal magába, ebből 10 kérdés nem szerepel a *„Rövidített változatban”*.

14–18 éves CP-s gyermekek számára készített ICF Core Set
A *„Rövidített változat”* tételeihez képest 12 új tételt tartalmaz. Az összeállítás 37 kategóriával írja le a serdülőkorban lévő cerebrális paretikus fiatalok számára releváns ICF-területeket (Schiariti et al. 2014c).

A Child&Family Research Institute honlapján elérhető a teljes kutatási beszámoló, letölthetők a kategóriakészletek. Tananyag alapján tájékozódhat a látogató az FNO különböző változatairól, használatairól, a core setek használatáról. Mindezeken felül esetismertetések segítenek a különböző életkorú, cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok funkcionális státuszának felállításában.

Saját tapasztalataink a CP core set alkalmazásával

Saját kutatásunk általános és középiskolás korú cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok között zajlik. Az eddig felsoroltakra hivatkozva fontosnak tartjuk, hogy a célzott vizsgálatok mellett általános, funkcionális felmérést is végezzünk – részben az érintettek kikérdezésével – az FNO felhasználásával. Vizsgálataink során az ICF-CY kétkarakteres osztályozását vettük alapul, hangsúlyt fektetve, illetve kiegészítve a 6–14 és 14–18 éves CP core set kategóriáival. Eszközválasztásunkat azzal indokoltuk, hogy lehetőséget szeretnénk biztosítani a megkérdezett számára a teljes ICF-CY kategóriakészletből való választásra, vagyis a teljes körű felmérésre, mivel „a funkcióképesség generikus felmérésére jól, praktikusan használható az FNO két karakter mélységű osztályozása” (Kullmann 2012: 59). A kikérdezés közben azonban igyekszünk fokozott figyelmet fordítani a nemzetközi kutatócsoport által legfontosabbnak tartott kategóriákra (adott esetben három, négy karakter mélységben is). Azért választottuk a két, életkor-specifikus rövid változatot, mert az átfogó kategóriakészletben szereplő testi struktúrák felmérését más, nem FNO alapú állapotleírással (például diagnózissal) pontosabbnak tartjuk (Kullmann 2012: 34).

A 2015 februárjában megvalósult pilotvizsgálatot követően a nagyobb mintán (40 fő) tervezett tesztfelvétel első fázisára került sor. Három hét alatt 23 cerebrális paretikus gyermekkel, fiatallal tudtuk felvenni az ICF-CY kétkarakteres változatát. A beszélgetések egyéni helyzetben történtek, legtöbb esetben a mozgásnevelő tanár részvételével. Néhány esetben lehetőségünk volt kétszemélyes helyzetben beszélgetni a tanulókkal. Tapasztalataink szerint objektívebbek, célravezetőbbek voltak azok a helyzetek, amikor független személyként tudtunk a diákokkal beszélgetni. Így kizárható volt a pedagógusnak való esetleges megfelelni akarás, vagy hogy utólagos kellemetlenségektől tartsanak, például a környezeti, személyi tényezők (iskolai, otthoni környezet, különböző személyek attitűdjei, támogatásainak mértéke) támogató, vagy kevésbé támogató megítélése miatt.

A kutatási folyamat során sokat alakult a kérdéssor összetétele, a kérdések mennyisége és kérdezési formája is. Minden tételhez előre megírt kérdést társítottunk, annak érdeké-

ben, hogy a kisebb gyermekek is megértsék. Az ICF-CY legtöbb kategóriája tág teret hagy a válaszadásra; sokszor nem szűkíti le konkrét szituációkra, feltételekre a tétel értelmezését, így néhány kérdésnél nem volt egyértelmű a konkrét értelmezési kör. A tételek pontosításához a háromkarakteres osztályozás altételeit, meghatározásait mint magyarázó, értelmező kontextust vettük figyelembe.

Kihívást jelentett számunkra a tételek adaptálása a gyerekek, fiatalok nyelvére, így nem csupán a konkrét kérdések, hanem rövid, gondolatébresztő szituációk is belekerültek a beszélgetések menetébe. Ezek a rövid magyarázatok a fiatalok visszajelzései és a mi gyakorlati tapasztalataink tükrében formálódtak. Így egy egységes, felhasználható, gyermekekre, fiatalokra adaptált kérdéssort kaptunk. Célunk volt mindezzel, hogy érzékletessé, pontosan meghatározhatóvá, hétköznapivá tegyük a fiatalok számára is a kategóriák tartalmát, elősegítve ezzel a válaszadást és értékelést.

A kérdések felvétele, kódolása nagyon időigényes folyamat volt. A teljes kétkarakteres osztályozás szempontjainak felvétele esetenként másfél órát is igénybe vett. Később mindez gyorsabban zajlott, hiszen mi is beletanultunk a jó, pontos kérdezés, beszélgetésvezetés technikájába. A különböző tételek teljesülésének mértékét öt fokozattal tudták a fiatalok minősíteni. Kivéve a környezeti tényezők fejezetet, ahol a környezet hátráltató vagy támogató jellege külön-külön, vagyis összesen kilenc minősítővel értékelhető. Kisebb gyermekek esetében különösen hasznosnak bizonyultak a felhozott példák. Számukra sokszor az is nehézséget okozott, hogy az önmagukról alkotott véleményüket elhelyezzék ezeken a minősítő skálákon. Legtöbbször emiatt nem is kértük tőlük ezt a fajta minősítést, hanem mi írtuk be a megfelelő fokozatot a kötetlen, ám célirányos beszélgetések alapján. Nehezítette még néhol a folyamatot az esetleges tanulási nehézségek és a cerebrális parézisből adódó egyéb sajátos kognitív stílusok, profilok jelenléte is.

Magasabb életkorú gyermekek, fiatalok esetében kevesebb magyarázó példamondatra volt szükség. Az egész beszélgetés menete gördülékenyebb, célirányosabb volt, így adott esetben kevesebb időt is vett igénybe. A kezdeti jellemző izgalom, idegenkedés, megfelelésvágy leküzdése, feloldódása után a kérdések mentén főként a nagyobb gyerekek, fiatalok szívesen beszéltek a témakörökhöz csatlakozó saját tapasztalataikról. Mindezek mentén kialakultak az egyre természetesebb, kölcsönösebb beszélgetési helyzetek, amelyekben a megkérdezettek egyre pontosabban, magabiztosabban értékelték önmaguk helyzetét saját szűkebb és tágabb környezetükben.

Nem csupán az egyes kategóriák tartalmának konkrét megfogalmazása, illetve adaptálása jelentett feladatot a kutatás során, hanem a szempontok összetételének, mennyiségének kérdése is. A korábbi pilotkutatás és a nagyobb mintán történő beszélgetésszituációk elején a fiatalokkal az egész kétkarakteres osztályozás felvételére került sor. A folyamat során összeállt azok a tételek, amelyek relevánsak a tanulók számára. A kapott listát összehasonlítottuk a nemzetközi kutatócsoport által kialakított core setekkel. Az általuk ajánlott cerebrális paretikus fiatalok számára készített kategóriakészletek közül a 6–14 éves korosztály és a 14–18 éves korosztály számára készített core setek közös pontjait vettük alapul, kiegészítve a saját tapasztalataink és a fiatalok visszajelzései szerint fontos szempontokkal. Az *1. táblázat*ból látható, hogy a nemzetközi kutatócsoport által kialakított szempontok körét jelentősen kibővítettük. Az első két oszlop tartalmazza az életkorspecifikus kategóriakészleteket (ICF CP Core Set 14–18, 6–14). A harmadik oszlop az első

két oszlop összesítése (ICF CP Core Set 6–18). A negyedik oszlop (+) az általunk az ICF-CY-ból kiválasztott kategóriákat tartalmazza. Az ötödik oszlopban az összes felhasznált kategória megtalálható. A táblázat sorai az FNO fejezetei szerint mutatják a testi struktúrák (s), testi funkciók (b), tevékenység és részvétel (d), környezeti tényezők (e) kategóriáit.

Az eddigi tapasztalataink alapján egy olyan kérdéssor (kategóriakészlet) rajzolódott ki, amely remélhetőleg tartalmazza az összes, a cerebrális parézis természete, a résztvevők életkora és a kutatási kérdéseink szempontjából fontos kategóriát. Összehasonlítottuk az általunk kialakított tételsort (n = 90) a nemzetközi kutatócsoport *Átfogó ICF Core Set a 0–18 éves CP-s fiatalok részére* kategóriakészletével, amely egy bővebb, átfogóbb értelmezési keretet ad, ám nem csupán a 6–18 éves korosztály részére szól (n = 135). Azt tapasztaltuk, hogy 70 tétel megtalálható mind az általunk, mind a nemzetközi kutatócsoport által összeállított tételsorban *(2. táblázat)*.

A nemzetközi kutatócsoport által összeállított core setek szerzőik szerint számos területen használhatóak: tanítás, kutatás, klinikum, adminisztráció. Ezért az összeállítások ajánlásában a tételek felvételéhez a minél több forrásból való információszerzésre is bátorítanak (Shiariti et al. 2014c). Saját kutatásunkban az FNO felvételével a fő cél nem annyira minél pontosabb, több szempontból alátámasztott aktuális állapot megjelenítése volt, mint inkább az érintett személyek megszólaltatása, bevonása az ön- és helyzetértékelés menetébe. Emiatt alkalmaztuk az érintettek kikérdezésének módszerét. Annak árán is, hogy sokszor nem reális megállapításokra került így sor a mozgásállapotuk, mentális állapotuk megítélése tekintetében. Mindez várható volt, hiszen a megkérdezettek csupán a saját szubjektív valóságuk szemszögéből tudják értékelni a különböző tételeket. Az összehasonlíthatóság érdekében tervezzük az összeállított kérdések kérdőívvé alakítását, a pedagógusok és szülők számára is.

Legjobb tudomásunk szerint Magyarországon a gyermekekkel foglalkozó ellátórendszerben nem bevett mérőeszköz az ICF gyermekek számára adaptált változata, sem tipikus, sem cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok tekintetében. Ebben segíthetnek például a most ismertetett, állapot- és életkor-specifikus kategóriakészletek.

Az FNO rendszerének, szemléletének felhasználására elérhetőek felkészítő tanfolyamok, segédkönyvek, ám éppen az alapkoncepció szemlélete miatt a kutatóknak mindig az aktuális célokhoz, kérdésekhez és a vizsgált személyekhez kell adaptálniuk a kérdések összetételét, nyelvezetét, kontextusát. Ez gondos előkészítést igényel. De az eddigi tapasztalataink alapján megtérülni látszik a befektetett munka, mivel így az érintettek véleményét is megjelenítő, érzékeny, jól használható, személyre szabott eszköz alakítható ki.

Irodalom

Child & Family Research Institute. Letöltés helye: http://www.cfri.ca/dnch/about/cydis/icf. *(Letöltés ideje: 2015. július 1.)*

Egészségügyi Világszervezet (2004): *A funkcionális képesség, a fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása.* Az Egészségügyi Világszervezet megbízásából kiadta az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest.

Könczei Gy. – Hernádi I. (2011): A fogyatékosságtudomány főfogalma és annak változásai. Hipotetikus kísérlet rekonstrukcióra. In: Nagy Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon: Kutatási eredmények a TÁMOP 5.4.1 projekt Kutatási pillérében*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI), Budapest. 7–28.

Kullmann L. (2012): *A modern rehabilitációs szemléletet tükröző egyéni állapotfelmérő módszer, A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) elméleti és gyakorlati alkalmazásának tapasztalatai. A módszer alkalmazási lehetőségei a mozgássérült emberek rehabilitációjában.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest. http://www.gurulo.hu/sites/default/files/tanulmanyok/fuzet_5_kullmann.pdf *(Letöltés ideje: 2015. augusztus 31.)*

Schiariti, V. – Masse, L. C. – Cieza, A. – Klassen, A. F. – Sauve, K., Armstrong, R. – O'Donnell, M. (2014a): Toward the Development of the International Classification of Functioning Core Sets for Children With Cerebral Palsy A Global Expert Survey. *Journal of Child Neurology, 29*(5), 582–591.

Schiariti, V. – Klassen, A. F. – Cieza, A. – Sauve, K. – O'Donnell, M. – Armstrong, R. – Masse, L. C. (2014b): Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (ICF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology, 18*(1), 1–12.

Schiariti, V. – Selb, M. – Cieza, A. – O'Donnell, M. (2014c): International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting. *Developmental Medicine and Child Neurology.* Date of Electronic Publication: 2014 Aug 6.

Schiariti, V. – Masse, L. C. (2014a): Identifying relevant areas of functioning in children and youth with Cerebral Palsy using the ICF-CY coding system: From whose perspective? *European Journal of Paediatric Neurology, 2014,* http://cx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2014.04.009, 1–9.

Schiariti, V. – Masse, L. C. (2014b): Relevant areas of functioning in children with cerebral palsy based on the International Classification of Functioning, Disability and Health coding system: a clinical perspective. *Journal of Child Neurology, 30*(2), 216–222.

Schiariti, V. – Sauve, K. – Klassen, A. F. – O'donnell, M. – Cieza, A. – Masse, L. C. (2014d): 'He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 2014,* 1–9.

World Health Organization (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health: Children &Youth Version. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

ICF CP core set 14-18 évesek számára	ICF CP core set 6-14 évesek számára	ICF CP core set 6-18 évesek számára	+	Összes
s110	s110	s110		s110
b117, b1301, b134, b164, b167, b210, b280, b710, b735, b760	b117, b1301, b134, b140, b167, b210, b280, b710, b735, b760	b117, b130, b134, b140, b164, b167, b210, b280, b710, b735, b760	b114, b126, b130, b144, b152, b180, b230, b2301, b235, b260, b320, b435, b715, b730, b740, b765, b770, b780	b114, b117, b126, b130, b1301, b134, b144, b152, b164, b167, b180, b210, b230, b2301, b235, b260, b280, b320, b435, b710, b715, b730, b735, b740, b760, b765, b770, b780
d175, d250, d415, d440, d450, d460, d530, d550, d570, d710, d720, d760, d820, d845, d920	d175, d230, d350, d415, d440, d450, d460, d530, d550, d710, d760, d820, d920	d175, d230, d250, d350, d415, d440, d450, d460, d530, d550, d570, d710, d720, d760, d820, d845, d920	d160, d161, d166, d170, d172, d177, d240, d355, d410, d430, d435, d445, d446, d470, d510, d540, d571, d730, d770, d860, d830, d850	d160, d161, d166, d170, d172, d175, d177, d230 d240, d250, d350, d355, d410, d415, d430, d435, d440, d445, d446, d460, d470, d510, d530, d540, d550, d570, d571, d710, d720, d730, d760, d770, d820, d860, d920, d930, d950
e115, e120, e125, e150, e310, e320, e420, e460, e540, e580, e585	e115, e120, e125, e130, e140, e150, e310, e320, e460, e580, e585	e115, e120, e125, e130, e140, e150, e310, e320, e420, e460, e540, e580, e585	e145, e155, e315, e340, e355, e410, e415, e440, e450, e560, e590	e115, e120, e125, e130, e140, e145, e150, e155, e310, e315, e320, e325, e340, e355, e410, e415, e420, e440, e450, e460, e540, e560, e580, e585, e590

1. táblázat. Az életkor-specifikus ICF CP core setek és az általunk használt változat (SCHIARITI et al. 2014c nyomán)

Átfogó ICF core set a 0–18 éves CP-s fiatalok részére	Tételek, amelyek az átfogó core setben és az általunk összeállított változatban egyaránt szerepelnek	Tételek, amelyek csak az átfogó ICF core set 0–18 éveseknek kialakított változatában van benne	Tételek, amelyek csak az általunk használt összeállításban szerepelnek
s110, s320 s730, s750 s760, s7700 s7703	s110	s320, s730, s750 s760, s7700, s7703	
b117, b126, b1301, b134, b140, b152, b156, b163, b164, b167, b210, b2152, b230, b260, b280, b320, b440, b445, b4501, b525, b530, b620, b710, b715, b730, b735, b740, b755, b760, b765, b770, b810	b117, b126, b1301, b134, b152, b167, b210, b230, b260, b280, b320, b710, b715, b730, b735, b740, b760, b765, b770	b140, b156, b163, b2152, b440, b445, b4501, b525, b530, b620, b810	b114, b130, b144, b164, b180, b301, b235, b435, b780
d110, d115, d120, d130 d131, d133, d137, d140 d145, d155, d160, d166 d170, d172, d175, d177 d220, d230, d250, d310 d330, d331, d335, d350 d360, d410, d415, d420 d430, d435, d440, d445 d450, d455, d460, d465 d470, d510, d520, d530 d540, d550, d560, d570 d630, d640, d710, d720 d750, d760, d770, d815 d820, d845, d860, d880 d910, d920	d160, d166, d170, d172, d175, d177, d230, d250, d410, d415, d430, d435, d440, d445, d460, d470, d510, d530, d540, d550, d570, d710, d720, d760, d770, d820, d860, d920	d110, d115, d120, d130, d131, d133, d137, d140, d145, d155, d220, d310, d330, d331, d335, d350, d360, d420, d450, d455, d465, d520, d560, d630, d640, d750, d815, d845, d880, d910	d161, d240, d350, d355, d446, d571, d730, d930, d950
e125, e130, e140, e150 e155, e160, e165, e310 e315, e320, e325, e330 e340, e355, e410, e415 e420, e425, e430, e440 e450, e460, e465, e525 e540, e550, e555, e560 e570, e575, e580, e585 e590	e125, e130. e140, e150, e155, e310, e315, e320, e325, e340, e355, e410, e415, e420, e440, e450, e460, e540, e560, e580, e585, e590	e160, e165, e330, e425, e430, e465, e525, e555, e570, e575	e115, e120, e145

2. táblázat. Az Átfogó ICF Core Set a 0–18 éves CP-s fiatalok részére és az általunk használt kategóriák összehasonlítása (SCHIARITI et al. 2014c nyomán)

(1) ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat
(2) ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport
(3) Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, USA
(4) Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

A Gyermek Tevékenységelemző Kérdőívvel (Child Occupation Self-Assessment, COSA) szerzett első hazai tapasztalatok

MLINKÓ RENÁTA (1, 2) – RÓZSA SÁNDOR (1, 3) – VÁMOS TIBOR (4, 2)
rmlinko@gmail.com, rozsaqqq@gmail.com, tibor.vamos@barczi.elte.hu

Absztrakt
A Gyermek Tevékenységelemző Kérdőívvel (Child Occupation Self Assessment, COSA) szerzett eredmények hasznos támpontul szolgálhatnak a fiatal mozgáskorlátozott személyekkel foglalkozó terapeutáknak abban, hogy a gyermekek/tanulók tevékenységbeli kompetenciáit és értékeit felmérjék. Tanulmányunkban a COSA magyar változatának felhasználásával szerzett főbb pszichometriai eredményekről és tesztfelvételi tapasztalatainkról számolunk be, melynek empirikus hátterét 64 mozgáskorlátozott tanuló vizsgálata alkotta. A kapott eredmények a COSA jó pszichometriai jellemzőit (reliabilitás, validitás, faktorszerkezet) támasztották alá. A tesztfelvételek során szerzett tapasztalataink meggyőzően bizonyítják a COSA kiváló alkalmazhatóságát és értelmezési lehetőségeit a mindennapos tevékenységek megítélésekor.

Kulcsszavak: Gyermek Tevékenységelemző Kérdőív, Child Occupation Self Assessment (COSA), Emberi Tevékenység Modell (Model of Human Occupation), mozgáskorlátozott személy, kompetencia, értékek

Bevezetés

A mozgáskorlátozott gyermekekkel, tanulókkal foglalkozó terapeutáknak, szomatopedagógusoknak kiváló lehetőségük nyílik arra, hogy a gyermek mozgásfejlesztésével összefüggésben olyan személyiségjellemzők alakulását is segítsék, mint például az önbecsülés, az önelfogadás, a problémamegoldási készségek és döntéshozatali folyamatok (TAYLOR–ADELMAN 1986; POWERS és mtsai 1995; FIELD–HOFFMAN 2002). Nemzetközi színtéren a tevékenységterápiák komplex mechanizmusát és fontosságát felismerve számos olyan önjellemző mérőeszközt is kifejlesztettek, amelyek a fiatalok mozgáskészségei mellett mindennapos tevékenységeiket, szabadidős aktivitásukat, személyes törekvéseiket és kompetenciáikat is feltérképezik (lásd pl. LAW és mtsai 1998; KING és mtsai 2004;

Missiuna és mtsai 2004; Keller és mtsai 2005). Az ilyen aktív részvételt igénylő önjellemző mérőeszközök jól használható segítséget nyújtanak a problémák és az egyéni szükségletek feltárásához, amelyek az alapvető önellátás, a hasznos munkavégzés és a szabadidős tevékenységek kialakításában, fenntartásában és fejlesztésben hasznos támpontul szolgálhatnak. Bár az önjellemző mérőeszközök alkalmazásának komoly korlátai lehetnek a testi, a kognitív vagy érzékszervi problémákkal küzdő fiatalok esetében (pl. olvasási és megértési készség nehezítettsége, alacsony intellektus, a probléma belátásának hiánya), a kutatási eredmények mégis azt bizonyítják, hogy ha a mérőeszköz jól kialakított, és felvétele egyszerű, akkor az önjellemzésből származó információk megbízhatóak és jó időbeli stabilitással rendelkeznek (Stone és mtsai 2000; Sturgess és mtsai 2002).

A gyermekek tevékenységét és személyes kompetenciáit feltáró nemzetközi mérőeszközök közül az egyik legnépszerűbb önkitöltős eljárás a Keller és munkatársai (2005a) által kidolgozott 25 tételes *Child Occupation Self Assessment* (COSA), amit magyar nyelvre *Gyermek Tevékenységelemző Kérdőív*nek fordítottunk.[1] Érdemes megjegyezni, hogy az angolszász szakirodalomban széles körben használt *„occupational therapy"* elnevezést a magyarban ritkán használjuk, leginkább *foglalkozásterápiá*nak vagy tevékenységterápiának fordíthatnánk, ill. a magyarban az *„ergoterápia"* kifejezés terjedt el, melynek lényege, hogy a mozgáskorlátozott személyt az önellátáshoz, a számára fontos munkatevékenységek és szabadidős tevékenységek fenntartásához segítjük hozzá. (A magyar „foglalkozás-foglalkoztatás" szavunk elsődlegesen a munkavégzést és nem a szélesebb értelemben vett tevékenységet – pl. mindennapos tevékenységek és szabadidős aktivitás – implikálja.)

A kliensközpontú és elméleti alapokra fektetett mérőeszköz megbízhatóságát és széles körű felhasználhatóságát számos vizsgálati eredmény és beszámoló támasztja alá (Keller és mtsai 2005b; Keller–Kielhofner 2005; Ayuso–Kramer 2009; Kramer és mtsai 2009, 2010; Kramer 2011; Ten Velden és mtsai 2013). A mérőeszközt számos nyelvre lefordították, és több kultúrában is sikerrel alkalmazzák: pl. finn, holland, olasz, német, spanyol, perzsa (Sanna–Soila 2006; Ayuso és mtsai 2009; Kramer és mtsai 2014; Yazdani 2014).

A COSA első hazai alkalmazására egy átfogó kutatás keretében került sor, melynek középpontjában a mozgáskorlátozott tanulók képességvizsgálata állt, cerebrális paretikus és progresszív izomdisztrófiás csoportok összehasonlításával (Mlinkó 2014). A jelen tanulmányban elsődlegesen a COSA-val összefüggésbe hozható főbb eredményeket szemléltetjük (leíró statisztikák, megbízhatóság és érvényesség, faktorszerkezet), és a mérőeszközzel nyert tapasztalatainkat mutatjuk be. Fontosnak érezzük a COSA elővizsgálatának tekinthető eredményeink ismertetését, hiszen a mérőeszköz a hazai viszonyokat tekintve hiánypótló és széles körű nemzetközi validációja még nem jelenti egyértelműen azt, hogy a módszer egy eltérő kulturális közegben és más nyelvre átültetve ugyanolyan jellemzőkkel rendelkezik, mint az eredeti. A COSA magyarra fordítása és kutatási célú kipróbálása a jogtulajdonos, a University of Chicago engedélyével történt.

1 A mérőeszközre a továbbiakban leginkább csak COSA-ként hivatkozunk. Az eredeti angol elnevezést és ennek rövidítését azért használjuk, hogy a módszer könnyen azonosítható legyen, ami a mérőeszközzel végzett külföldi kutatási eredmények és tapasztalatok áttekintését nagyban megkönnyíti.

A Gyermek Tevékenységelemző Kérdőív (COSA) bemutatása és elméleti alapjai

A Gyermek Tevékenységelemző Kérdőív (COSA) kidolgozásának alapját a Kielhofner (2008) által lefektetett emberi tevékenység modell *(Model of Human Occupation, MOHO)* jelentette, amelynek középpontjában a tevékenységek és a foglalkoztatás adaptációja áll. Ezt az adaptációt a szerző egy olyan folyamatnak tekintette, amely a következő komponensekkel írható le: *tevékenységbeli identitás* és *kompetencia*. Az identitás azt fejezi ki, hogy a személy hogyan látja önmagát és milyen tevékenységek elérésére tartja magát alkalmasnak. A kompetencia komponens pedig olyan elvárásoknak való megfelelést jelent, amelyeket a személyek a különböző szerepek, értékek és teljesítmények mentén ítélnek meg. A modell pozitív megfogalmazásában, a tevékenységek sikeres elvégzése során kontrollt, kielégülést, beteljesülést és hatékonyságérzést élünk át. A COSA 25 tétele a fenti két tényezőt úgy ragadja meg, hogy a gyermeknek a listában felsorolt mindennapos tevékenységeket két szempont mentén kell megítélnie: *milyen jól tudja elvégezni* és *mennyire fontos számára* az adott tevékenység. A tevékenység elvégzésének észlelt értéke, fontossága Kielhofner (2008) szerint a tevékenységbeli identitás mérésének egyik aspektusa. Az emberi tevékenység átfogó modellje szerint a tevékenységbeli identitást és a kompetenciát személyiségtényezők, valamint környezeti jellemzők egyaránt jelentősen befolyásolják. A személyiségtényezők alatt olyan jellemzőkre kell gondolnunk, mint például a motiváció, az érdeklődés, a szokások vagy a meglévő képességek, a környezeti jellemzők esetében pedig a fizikai távolságot és a társas közeget emelhetjük ki.

A kutatási eredmények és a tesztfelvételi tapasztalatok alapján a COSA tevékenységlistája már 6 éves kortól egészen 17 éves korig jól használható, bár a mérőeszközt kidolgozók a megadott életkori övezetet nem tekintik szigorú keretnek, így bizonyos esetekben akár 20 éves korban történő használatát sem vetik el. A lista az iskoláskorúak mindennapos tevékenységének széles körét öleli fel, pl. tisztálkodás, vásárlás, házimunka, pihenés, társas tevékenység, házi feladat elkészítése és más iskolai feladatok elvégzése, problémamegoldás, érzelmek kontrollálása. A teljes kérdőív a jelen tanulmány *Függelék*ében megtalálható. A tevékenységeket úgy állították össze, hogy a mindennapos aktivitások legszélesebb körét öleljék fel, ugyanakkor a megfogalmazáskor igyekeztek általánosítani, hogy a gyermek a saját igényeinek és szükségleteinek megfelelő tartalommal ruházza fel az adott tételt. Például a házimunka elvégzésekor akad, aki a kutyája megetetésére gondol, másvalaki pedig a szoba kitakarítására. Ez a fajta flexibilitás lehetőséget teremt a gyakorlati munka során arra, hogy a mérőeszközt alkalmazó szakember olyan célokat és kompetenciákat azonosítson, amelyek minden gyerek számára egyediek és jelentőséggel bírnak.

Mind a kompetencia, mind a fontosság megítélése négyfokú skálán történik. A kompetencia értékelésekor az egyik végpontot a „nagyon nehezen tudom megcsinálni" (1 pont) jelenti, míg a másikat az „ebben tényleg jó vagyok" kifejezés (4 pont). A fontosság értékelésekor a „nem igazán fontos nekem" (1 pont) az egyik végpont, míg „a legfontosabb nekem" a másik (4 pont). A 25 tevékenység értékelése után 3 nyitott kérdés következik, amelyek lehetőséget biztosítanak a kérdőívben nem szereplő további kompetenciák és fontos tevékenységek megemlítésére, illetve az önjellemzést a következő összegző nyitott

kérdés zárja: *„Van még más, számodra fontos dolog, amit nem kérdeztünk? Ha igen, mi lenne az?”*

A COSA kitöltése háromféle módon lehetséges: 1. vizuális hívóingerekkel, ahol a tevékenységlista értékelése különböző hangulatjelekkel (☺ ☹) és csillagokkal (★) történik; 2. a kártyás változatban minden tevékenység külön kártyán szerepel; 3. hagyományos kérdőíves formában, ahol a tevékenységek és a válaszlehetőségek mátrix elrendezésben szerepelnek *(lásd Függelék)*. A kérdőíves formában történő elhelyezés eredetileg azoknak a szakembereknek készült, akik saját maguk jegyzik le a gyermek válaszait, de néhány vizsgálat és felvételi tapasztalat azt igazolta, hogy a gyerekek közül sokan a vizuális hívóingerek nélküli változatot kedvelték jobban (KELLER–KIELHOFNER 2005). A tesztfelvételek során fontos, hogy a gyerekeket emlékeztessük arra, hogy azt a választ jelöljék be, amelyik legjobban leírja az érzésüket, véleményüket, és hívjuk fel a figyelmüket arra is, hogy nincs jó és rossz válasz.

A COSA gyerek- és szülői értékelések összevetésekor azt találták, hogy mind a kompetenciák, mind a tevékenységek fontosságában jelentős különbségek mutatkozhatnak (O'BRIEN és mtsai 2009). Ten Velden és munkatársainak (2013) kutatásai megerősítették, hogy a COSA kognitív interjúzáson alapuló, dialógus technikával történő felvétele a döntéshozatali folyamatokat, a célok kijelölését és az okfejtést nagyban megkönnyíti a fiatalok számára.

Fontos megjegyeznünk, hogy a szerzők a 20–40 perc alatt felvehető mérőeszközt a gyakorlati alkalmazás során nem tekintik standardizált mérőeljárásnak, de elméleti alapokra épülő és bizonyítékokon alapuló módszernek tartják. A COSA felvétele rendkívül rugalmas (különböző változatok és felvételi módok, illetve a tesztfelvételi eljárás változtatásának lehetősége), így az eljárást a lehető leghatékonyabb módon lehet a tesztfelvétel sajátosságaihoz igazítani, annak érdekében, hogy a fiatal képességeit és lehetőségeit, valamint szükségleteit megbízhatóan azonosítsuk. A terápiás tervezést nagyban segíti azoknak a válaszoknak az elemzése, ahol a gyermek a nagyon fontosnak jelölt területet nehezen vagy egyáltalán nem kivitelezhetőnek éli meg. Ilyenkor kell módszertani megsegítéssel, környezeti adaptációval, különböző ergoterápiás lehetőségekkel élnünk.

Módszer

A vizsgálati személyek és az eljárás menete

Vizsgálatunk célcsoportját az 1997 és 2005 között született budapesti Mozgásjavító Általános Iskola, Óvoda, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium mozgáskorlátozott tanulói alkották. Az első lépésben 132 tanuló orvosi dokumentációjának átnézésére, orvosi diagnózisuk szerinti osztályozására került sor. A vizsgálatokhoz használt mérőeszközök életkori tartományait és a kizárási kritériumainkat (pl. ortopédiai jellegű kórformák vagy daganatos megbetegedések miatti mozgáskorlátozottak kihagyása) figyelembe véve a potenciális vizsgálati minta száma 85-re csökkent, melyből szülői beleegyezések hiánya, illetve az aktuális egészségügyi távolmaradások (ortopédiai műtétek, betegség) miatt

végül 64 tanuló (38 fiú és 26 lány) került be az elemzéseinkbe. A fiatalok osztályfok szerinti megoszlása az alábbiak szerint alakult: 2 fő előkészítő osztályba jár, 1 fő elsős, 8 fő másodikos, 8 fő harmadikos, 10 fő negyedikes, 6 fő felzárkóztató osztályos, 10 fő ötödikes, 8 fő hatodikos, 11 fő hetedikes. A diákok az osztályfokukat tekintve túlkorosak, ami részben az iskola pedagógiai programjából, az első osztály előtti előkészítő és a felső tagozat előtti felzárkóztató oktatásból adódik, ahol a gyermekek hátránykompenzálása történik. A vizsgált tanulók átlagos szociális háttérrel rendelkeztek, családban nevelkednek, de a lakóhely távolsága miatt többségük kollégiumi elhelyezett. Az állapotuknak megfelelő korai intervencióban mindannyian részesültek. A hazai egészségügyi ellátásban a *cerebrális parézis* diagnosztizálása után már a kórházban korai neuroterápiában részesültek, fejlesztésük a későbbiekben differenciálódott. Az izombeteg gyerekek – a tünetek kialakulási idejétől függően – leghamarabb óvodás kortól részesültek fejlesztő foglalkozásban. A tanulók a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakértői javaslata alapján kerültek az intézménybe: diagnosztizáltan mozgáskorlátozottak és normál IQ-övezetbe eső mentális teljesítménnyel rendelkeznek. A mozgáskorlátozottság kóreredete alapján cerebrális parézise 44 fiatalnak, izombetegsége pedig 20 főnek van. A 64 vizsgált személy közül a vizsgálatra érkezéskor gyógyászati segédeszközt 17 fiatal nem használt. A gyógyászati segédeszközt használók közül 7 fő támbottal járt, 4-en járókerettel, 25-en mechanikus kerekesszékkel, míg 11 fő elektromos kerekesszékkel közlekedett.

A COSA előre elkészített nyomtatott példányait a tanulók a délutáni foglalkozások keretében, önállóan töltötték ki, zavartalan közegben, időnyomás nélkül. Megkeresésük egyénileg történt, abban az időszakban, amikor nem volt számukra semmilyen délutáni szabadidős foglakozás. Két esetben a kézfunkció igen súlyos akadályozottsága miatt segítettünk a fiatalnak a jelölésben. A kutatásban a COSA mátrixalapú kérdőíves változatát használtuk *(lásd Függelék)*, mivel a vizuális hívóingereket tartalmazó forma az ingerhomogenitás miatt a cerebrális parézises tanulók vizuospaciális problémái miatt nehézkes, míg a kártyás formát a nehezebb kezelhetőség miatt vetettük el.

Az alkalmazott mérőeszközök és az adatelemzés

A jelen tanulmányban kizárólag a COSA érvényességvizsgálatához alkalmazott mérőeszközöket mutatjuk be, az önellátási funkciók mérésére kidolgozott Barthel Indexet (MAHONEY–BARTHEL 1965) és a Wechsler Gyermek Intelligenciateszt (WISC-IV, WECHSLER 2007a,b) rövidített, öt szubtesztes változatát.

A 10 tevékenységi terület értékelésén alapuló Barthel Index a funkcionális függetlenség mérésére alkalmazható, mely nagy múltra tekint vissza és igen széles körben használt (MAHONEY–BARTHEL 1965; COLLIN és mtsai 1988). A mérőeszközzel felmért funkcióterületek a következők: 1. étkezés; 2. átszállás a kerekesszékből az ágyba és vissza; 3. személyes toalett; 4. WC-használat; 5. fürdés; 6. járás sík terepen; 7. lépcsőn járás (fel-le); 8. öltözés, vetkőzés; 9. széklettartás; 10. vizelettartás. A Barthel Index 0-tól 100 pontig terjedő skálán ragadja meg a funkcionális függetlenséget, ahol a 100 pont a segítséget nem igénylő állapot. Minden funkció pontozása 0, 5 vagy 10 ponttal lehetséges. A mérőeszköz megbízhatóságát, a tételek belső konzisztenciáját jelző Cronbach-alfa mutató mértéke kiváló: 0,87

(MAHONEY–BARTHEL 1965). Bár a mérőeszköz hazai pszichometriai eredményeiről mind ez idáig nem készült részletes tanulmány, ennek ellenére a mérőeszközt Magyarországon is széles körben használják (BERNOLÁK B.-NÉ 2005).

A WISC-IV rövidített, öt szubtesztes változatának kidolgozása és a mozgáskorlátozottak körében történő alkalmazása a jelen kutatás részét képezte. A megfelelő szubtesztek kiválasztása a mozgáskorlátozottak tesztfelvételi lehetőségeit mérlegelve történt, ügyelve arra, hogy a Wechsler-féle intelligenciamegközelítés főbb elemei ne sérüljenek. Ennek megfelelően mind a négy IQ-összetevőt (verbális megértés, perceptuális következtetés, munkamemória és feldolgozási sebesség) legalább egy szubteszttel lefedtünk. A gyermekek szóismeretét és verbális fogalomalkotó készségét, valamint általános tudását, tanulási készségét, hosszú távú emlékezetét és nyelvi fejlettségi szintjét a WISC-IV *Szókincs* szubtesztjével mértük. A feladat során a gyermek használja a hallás észlelési-megértési, a verbális felfogó, az elvont gondolkodási és verbális kifejezőkészségeit. A fluid intelligenciát megragadó perceptuális következtetés index szubtesztjei közül a *Mátrix következtetés*t használtuk, melynek feladatai az absztrakt gondolkodást különféle módon igyekeznek feltérképezni: folytonos és véges mintázat kiegészítése, csoportosítás, analógiás, illetve szeriális gondolkodás. A munkamemóriát a *Számterjedelem* és a *Betű-szám szekvencia* szubteszttel mértük, amelyek az auditív rövid távú emlékezetet, a szekvenciális készségeket, a figyelmet, a koncentrációt és a sorozatok memorizálásának mentális manipulációs készségét ragadják meg. A feldolgozási sebességet a WISC-IV *Szimbólumkeresés* szubtesztjével mértük, amely a feldolgozási sebességen kívül a rövid távú és vizuális emlékezetet, a vizuális-motoros koordinációt, a kognitív flexibilitást, a vizuális diszkriminációt és a koncentrációt is méri. Átfogó kutatási eredményeink és tesztfelvételi tapasztalataink alapján fent említett szubtesztek felvétele jól és megbízhatóan alkalmazható a mozgáskorlátozott tanulók körében, így a szubtesztek kiértékelésekor a hazai normák figyelembevételével képeztük az általános intelligenciamutatót.

A COSA pszichometriai elemzése során elsőként a tevékenységek struktúráját, a COSA faktorszerkezetét vizsgáltuk. A mérőeszköz faktorszerkezetének vizsgálatakor, mind a kompetencia-, mind a fontosságértékeléseken, először főkomponens-elemzéssel megvizsgáltuk a lehetséges dimenziók számát (eigenvalues > 1), majd Varimax faktorrotációs eljárással elvégeztük a faktorelemzést. A dimenziók számának megállapításakor a Cattell-féle scree-teszt (CATTELL 1966) mellett az értelmezhetőséget, a dimenziókat alkotó tételek számát és a magyarázott varianciát is figyelembe vettük. Az így kapott struktúrákat alskálánként elemeztük tovább, és vizsgáltuk a megbízhatóságukat (reliabilitás) és az összefüggéseket más módszerekkel (konstruktumvaliditás): pl. WISC-IV és Barthel Index. A COSA skáláinak megbízhatóságát, a tételek belső konzisztenciáját becslő Cronbach-alfa mutatóval jellemeztük, valamint az egyes tételek megbízhatóságának ellenőrzésére ún. tétel-maradék korrelációkat[2] is számítottunk. A Cronbach-alfa mutatók esetében a kutatási gyakorlatban széles körben elfogadott 0,70-es kritériumot alkalmaztuk, míg a tételek megbízhatóságánál a 0,20-as korrelációt (NUNNALLY–BERNSTEIN 1994; RÓZSA és mtsai 2006). A skálák leíró statisztikáinak ismertetéséhez átlagokat, szórásokat és Pearson-féle korrelációkat

2 Egy adott tétel korrelációja a skála többi tételéből – a maradékokból – képzett összpontszámmal.

számoltunk. A WISC-IV rövidített változata alapján történő IQ-becslést a hazai standardizációs mintán végzett lineáris regresszió segítségével kapott predikciós együtthatók felhasználásával állítottuk elő.

Eredmények

A COSA faktorszerkezete

Bár a mérőeszközt kidolgozók a COSA tételeinek faktorszerkezetét mind ez idáig nem vizsgálták, ennek ellenére a tételek tartalmát áttekintve valószínűsíthető volt a tevékenységek strukturálódása. A COSA 25 tevékenységére adott kompetencia- és a fontossági értékeléseken külön-külön főkomponens-elemzéssel tártuk fel a lehetséges dimenziók számát. Mindkét esetben 3 dimenzió rajzolódott ki, ami megközelítőleg azonosnak tűnt mindkét értékelésben. Az első dimenzióba olyan tevékenységek kerültek, amelyek elsődlegesen a fiatal *énhatékonyságát* írják le, pl. „Kérdéseket feltenni a tanáromnak, amikor szükséges"; „Vigyázni a dolgaimra"; „Dolgozni valamin akkor is, ha nehezen megy" *(1. táblázat)*. A második faktort olyan tevékenységek alkották, amelyek a *napirend, az idővel való gazdálkodás és a szabályok követésének készségé*t fedik le, pl. „Eleget aludni", „Időben befejezni a munkámat az osztályban", „Elég időt hagyni azokra a dolgokra, amiket szeretek", „Elkészíteni a házi feladatomat", „Követni az osztály szabályait". Látható, hogy ez a dimenzió többféle tevékenységet is magába foglal, a tevékenységek közül sok kereszttöltéssel (más dimenziókkal való együttjárás) rendelkezik. A harmadik dimenzióba többnyire az alapvető *önellátási tevékenységek, ADL funkciók (Activity of Daily Living)* szerveződtek, pl. „Öltözködés", „Tisztálkodás", „Házimunkát végezni", „Segítség nélkül étkezni".

Úgy gondoljuk, hogy a tételek csoportosításával kirajzolódó alskálák lehetőséget nyújtanak a tevékenységek közötti differenciációra, valamint a kompetenciák és értékek finomabb elemzésére és értelmezésére. A továbbiakban az összesített skála mellett a fentiekben kapott 3 alskála elemzésének eredményeit is szemléltetjük.

A mérőeszközök leíró statisztikái és megbízhatósága

A COSA, a Barthel Index és a WISC-IV rövidített változat indexeinek leíró statisztikáit a *2. táblázat*ban szemléltetjük. A COSA esetében a két értékelés (Kompetencia és Fontosság) alapján kapott eredményeket, valamint a kompetenciaértékelések során kapott 3 alskála eredményeit mutatjuk be. Érdemes megjegyeznünk, hogy a kompetencia- és a fontossági értékelések mentén elemzett alskálák hasonló mintázódást adtak, így a továbbiakban csak a kompetenciaértékelések alskáláin nyert eredményeket szemléltetjük. Láthatjuk, hogy a COSA kompetencia- és fontosságértékelései magas belső konzisztenciát (Cronbach-alfa > 0,90) mutatnak, vagyis az egyes tevékenységek megítélése meglehetősen egységes. A részletes tételelemzések során minden tétel item-maradék korrelációja meghaladta

a 0,2-et. Az item-maradék korrelációk átlaga 0,55 volt. Két tételt találtunk, amelyek item-maradék korrelációja nem érte el a 0,3-et: „15. Követni az osztály szabályait" és „6. Elég időt hagyni azokra a dolgokra, amiket szeretek". A COSA kompetencia alskálák belső konzisztenciája szintén magasnak mondható, ami az alskálák megbízhatóságát támasztja alá. Barthel Index tevékenységeinek értékelése szintén magas belső konzisztenciát mutat, jelezve a módszer reliabilitását. A COSA átlagpontszámait az egyes skálák összehasonlíthatósága végett úgy alakítottuk ki, hogy az összpontszámot elosztottuk a tételek számával. A táblázatból látható, hogy a négyfokozatú skálán (1-től 4 pontig) elért eredmények alapján a kompetenciákat értékelték a legmagasabbra (2,95), ami összességében a „Meg tudom csinálni" válaszlehetőség (3 pont) közelében van. A 3 kompetenciaterület értékelését megvizsgálva látható, hogy a fiatalok a napirend, idővel való gazdálkodás és az önszabályozást megragadó skálán adták a legmagasabb értékelést, míg az önellátásra vonatkozó kompetenciaértékeléseken a legalacsonyabbat.

A Barthel Index tevékenységeinek megítélésekor a 0 jelenti az adott tevékenység végrehajtásának képtelenségét, a 10 pedig a segítség nélküli végrehajtást. A 10 tevékenység összegzésével kapott 68-as átlag tehát azt jelenti, hogy a fiatalok túlnyomó részben segítségre szorulnak (középsúlyos függőség), bár a magas szórás (28) arról is árulkodik, hogy a tanulók körében jelentős eltérések figyelhetők meg.

A kognitív folyamatok becslését lehetővé tévő WISC-IV értékpontok alapján a vizsgált mintát közvetlenül a normatív minta eredményeivel tudtuk összevetni, úgy, hogy az életkornak megfelelő értékpontot számoltuk ki. A *2. táblázat*ban láthatjuk, hogy a WISC-IV négy összesített csoportpont mutatóin – a verbális megértés kivételével – megközelítőleg félszórásnyi eltérés (7–8 pont, egy szórás 15 pont) tapasztalható. A Verbális megértés összesített mutatón elért összesített csoportpont 97,3, ami megközelíti az átlagot jelentő 100 pontot.

Az egyes skálákon elért eredményeket összevetettük a kutatásban részt vevő tanulók életkorával is. A funkcionalitás és az életkor között nem találtunk számottevő szignifikáns kapcsolatot, de a kognitív teljesítmény mutatói közül több értéke magas negatív együttjárást eredményezett az életkorral: pl. a feldolgozási sebességet megjelenítő Szimbólumkeresés szubteszten elért eredmény. Mivel a kognitív tesztek kiértékelésekor a nyerspontokat a megfelelő életkori normákhoz hasonlítottuk, így valószínűsíthető, hogy a meglepő negatív korreláció annak köszönhető, hogy a mintában több idősebb, alacsonyabb kognitív teljesítménnyel rendelkező tanuló is volt, illetve felmerül a gondolkodást érintően az életkor előrehaladtával cerebrális parézis esetén egy erősebb kapacitáskorlát, izombetegség esetén pedig leépülés, illetve motivációhiányból adódó gyengébb teljesítmény. Az alacsonyabb életkorban ezek a hatások még kevésbé jellemzőek, illetve a feladattípusokból adódóan még a rigidebb gondolkodási kivitelezésből is adódnak pontot érő eredmények (ilyen pl. a Betű-szám szekvencia szubteszt, ahol a számok és betűk sorrendezése, és relatív téri pozíciójuk rekonstruálása a feladat, ám az első 8 tétel kizárólag mechanikus visszamondás [jóval kevesebb tervezést, mentális műveletvégzést elváró feladat] esetén is pontot ér).

A COSA tevékenységlistája	Faktorok		
	1	2	3
18. Kérdéseket feltenni a tanáromnak, amikor szükséges	**0,71**		
20. A lehetőségek átgondolása, ha problémám van	**0,71**	0,32	
22. Megnyugtassam magam, amikor kiborulok	**0,71**		
19. Megértetni magamat másokkal	**0,62**		0,32
21. Dolgozni valamin, akkor is, ha az nehezen megy	**0,58**		
14. Közös tevékenység az osztálytársaimmal	**0,55**	0,45	
8. Vigyázni a dolgaimra	**0,54**		0,31
12. Közös tevékenység a családommal		**0,69**	
6. Eleget aludni		**0,64**	
17. Elkészíteni a házi feladatomat		**0,62**	0,34
16. Időben befejezni a munkámat az osztályban	0,49	**0,59**	
10. Azt csinálni, amit akarok	0,32	**0,54**	
15. Követni az osztály szabályait		**0,52**	
7. Elég időt hagyni azokra a dolgokra, amiket szeretek	0,31	**0,51**	
9. Egyik helyről egy másikra menni	0,43	**0,49**	0,35
11. Arra koncentrálni, amit épp csinálok		**0,47**	
25. Befejezni, amit éppen csinálok, anélkül, hogy túlságosan elfáradnék		**0,47**	0,35
13. Közös tevékenység a barátaimmal		**0,45**	0,33
24. Valamilyen munkatevékenységre használni a kezeimet		**0,31**	
2. Öltözködés			**0,83**
1. Tisztálkodás			**0,76**
5. Házimunkát végezni		0,38	**0,63**
3. Segítség nélküli étkezés			**0,61**
4. Venni valamit magamnak	0,38		**0,58**
23. Rávenni a testemet, hogy azt tegye, amit én akarok	0,46		**0,48**
Magyarázott variancia (%)	**17,09**	**16,32**	**14,45**

1. táblázat. A COSA tevékenység kompetenciáin végzett faktorelemzés eredménye

Skálák	*Tételek száma*	*Cronbach-alfa*	*Átlag*	*Szórás*	*Korreláció az életkorral*
COSA					
Fontosság	25	0,94	2,68	0,55	–0,04
Kompetencia	25	0,91	2,95	0,44	–0,03
Énhatékonyság	7	0,81	2,91	0,50	–0,04
Napirend, idővel való gazdálkodás	12	0,84	3,05	0,45	–0,04
Önellátási tevékenységek	6	0,80	2,83	0,66	–0,01
Barthel Index	10	0,90	68,04	28,55	0,05
WISC-IV indexek					
Verbális megértés	–	–	97,34	8,59	–0,12
Perceptuális következtetés	–	–	91,09	9,75	–0,28*
Feldolgozási sebesség	–	–	91,40	9,20	–0,50**
Munkamemória	–	–	92,86	8,32	-0,18

*2. táblázat. A kutatásban alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikái és megbízhatóságuk (**p < 0,01; *p < 0,05)*

A kutatásban alkalmazott változóink esetében megvizsgáltuk a nemek szerint különbségeket is. A funkcionalitást becslő változóknál nem kaptunk szignifikáns eltérést a nemek között, ellenben a COSA *Kompetencia* skáláján és az *Énhatékonyság* alksáláján a fiúk szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a lányok.

A COSA validitásvizsgálata

A COSA két értékelési módjának, illetve az alskálák érvényességének vizsgálatához a más mérőeszközökkel adott együttjárásokat vizsgáltuk (konstruktumvaliditás). A COSA érvényessége mellett arra is kíváncsiak voltunk, hogy az alskálák mennyivel adnak finomabb értékelést, mint a Barthel Index. A COSA Fontosság és Kompetencia értékelései között meglehetősen magas együttjárást (r = 0,62) figyelhetünk meg *(3. táblázat)*. Ez a magas, de nem tökéletes korreláció a fontosság és a kompetencia megkülönböztetésének szükségességét támasztja alá. A COSA alskálái 0,51 és 0,62 közötti együttjárásokat mutatnak,

jelezve, hogy a konstruktumok nem azonosak, bár közöttük szoros kapcsolat van. A kompetencia alskálák és a fontosság együttjárásainak vizsgálatakor a Napirend, idővel való gazdálkodás és az Önszabályozás alskála, valamint az Énhatékonysággal mutatják a legszorosabb összefüggéseket. Érdekes eredmény, hogy a fiatalok az alapvető önellátással kapcsolatos tevékenységeket kevéssé tartják fontosnak. Feltehetően ez életkori sajátosságból fakad.

	Fontosság	*Kompetencia*	*Énhatékonyság*	*Napirend, idővel való gazdálkodás*	*Önellátási tevékenységek*
COSA					
Fontosság	–				
Kompetencia	0,62**				
Énhatékonyság	0,56**	0,81**			
Napirend, idővel való gazdálkodás	0,60**	0,90**	0,62**		
Önellátási tevékenységek	0,37**	0,80**	0,51**	0,58**	
Barthel Index	0,11	0,39**	0,15	0,26	0,63**
Helyváltoztatási képesség	0,03	0,35**	0,07	0,25	0,55**
WISC-IV rövidített változat					
Verbális megértés	0,05	0,10	0,05	0,13	0,03
Perceptuális következtetés	0,23	0,38*	0,22	0,36**	0,31*
Feldolgozási sebesség	0,30*	0,35**	0,26	0,35**	0,22
Munkamemória	0,21	0,17	0,08	0,25	0,07

*3. táblázat. A COSA skáláinak összefüggései mérőmódszerekkel (**p < 0,01; *p < 0,05)*

A COSA Fontosság és Kompetencia skálái csak mérsékelt együttjárást mutatnak a Barthel Indexen elért eredménnyel. Az elvárásoknak megfelelően a Kompetencia skála erősebben korrelál, mint a Fontosság, hiszen a Barthel Index is a tevékenységek végrehajtási képességére kérdez rá. A COSA alskálái és a Barthel Index részletes összevetésekor látható, hogy a Barthel Index főként a COSA alapvető önellátási tevékenységeket lefedő ADL alskálával korrelál, míg a másik két skálával adott együttjárás alacsony. Ez az eredmény az alskálák alkalmazhatóságát és érvényességét támasztja alá. A felmérés során a helyváltoztatási képességet a mozgásnevelők segítségével ítéltettük meg 5 fokozatú skálán: csak segítséggel jár (1) – segítség nélkül jár (5). Ez a változó is a Barthel Indexhez hasonló korrelációs mintázatot

adott, vagyis az önellátási tevékenységgel és a kompetenciával mérsékelt, de szignifikáns együttjárást láthatunk, míg a többi skála esetében a korreláció mértéke alacsony.

A COSA és a WISC-IV összevetésekor a Perceptuális következtetés és a Feldolgozási sebesség esetében kaptunk szignifikáns együttjárásokat. A Kompetenciával, és ezen belül a Napirend, idővel való gazdálkodás és Önszabályozás alskálával láthatunk mérsékelt, de szignifikáns együttjárásokat. Úgy tűnik, hogy ezt az alskálát a döntéshozatali folyamatok érintettsége miatt az intellektuális képességek jobban befolyásolják, mint a másik két alskála által lefedett tevékenységeket.

Megbeszélés és az eredmények áttekintése

Bár a mozgáskorlátozott személyekkel foglalkozó terapeuták a COSA-t nem tekintik standardizált mérőeszköznek, ennek ellenére láthattuk, hogy a mérőeljárás pszichometriai szempontból megfelel az elvárásoknak. A COSA tevékenységlistáinak megítélése mind a fontosság, mind a kompetencia szempontjából magas konzisztenciát ad. A tevékenységek részletes elemzése három dimenzió megkülönböztetését teszi lehetővé: 1. Énhatékonyság, 2. Napirend, idővel való gazdálkodás, 3. Önellátási tevékenységek/ADL. Ezek az alskálák szintén kiváló belső konzisztenciával rendelkeznek, és a tanulmányunkban bemutatott eredmények alapján eltérő sajátosságokkal bírnak.

Az utóbbi évtized pszichológiai kutatásai rámutattak arra, hogy az emberek gondolkodásában, érzéseiben, motivációs mechanizmusaiban és tetteiben központi szerepet játszik az *észlelt énhatékonyság*, amely a személynek azon meggyőződésére utal, hogy képes megszervezni és véghezvinni a különböző élethelyzetek által támasztott követelményeknek megfelelő viselkedést, illetve egyike azon mechanizmusoknak, melyeken keresztül a szocioökonómiai változók, valamint a családi és nevelési hatások érvényesülhetnek (Bandura 1995). A magas énhatékonysággal rendelkező személyek képesnek tartják magukat arra, hogy hatékonyan befolyásolják, illetve ha szükséges, ellenálljanak környezetüknek, szemben az alacsony énhatékonysággal rendelkezőkkel, akik képtelennek tartják önmagukat arra, hogy hatást gyakoroljanak az őket befolyásoló élethelyzetekre. Mindezek eredményeképp az alacsony énhatékonysággal rendelkező személyek úgy vélik, hogy bármiféle erőkifejtés hiábavaló és hasztalan, s mindez csak tovább fokozza elkeseredettségüket és szorongásukat, míg a magas énhatékonysággal rendelkezők – akik úgy vélik, hogy a cél eléréséhez szükséges képességek birtokosai – sikerorientáltak, magabiztosabbak és kitartóbbak. Az észlelt énhatékonyság legfőbb forrásának a személyes és a mások megfigyelésével nyert tapasztalatokat, a társas meggyőzést és a fiziológiai állapotunkat tekinthetjük (Bandura 1995). Céljaink sikeres megvalósítása során szerzett személyes tapasztalataink növelik elvárásainkat, kitartásunkat, és énhatékonyságunkba vetett hitünket. A kudarcok ezzel szemben csökkentik azt a meggyőződésünket, hogy rendelkezünk a cél megvalósításához szükséges képességekkel.

A *Napirend, idővel való gazdálkodás és önszabályozás* dimenzióba sorolt tevékenységek hátterében elsődlegesen olyan kognitív döntési folyamatok állnak, melyek a tervezést és a végrehajtást meghatározzák. Ezek a jellemzők bizonyos mértékű kognitív képességek meglétét igénylik, így nem meglepő, hogy kutatásunkban a WISC-IV indexei ezzel

az alskálával mutatták a legszorosabb együttjárást. Az elvárásoknak megfelelően a COSA alapvető önellátási tevékenységeit megjelenítő alskála a Barthel Indexszel és a helyváltoztatási képességgel mutatott szoros összefüggést.

Úgy gondoljuk, hogy a kapott eredményeink összefüggésbe hozhatók azzal, hogy még a legegyszerűbb feladatok végrehajtása is több képesség összehangolt működését kívánja meg: megfelelő érzékelést és mozgást (szenzomotoros képesség), tervezést és végrehajtást (kognitív képesség), a feladat végrehajtásához szükséges szándékot és motivációt (személyiségtényező).

A COSA tesztfelvételei során nyert tapasztalataink megerősítik a módszer kiváló alkalmazhatóságát. A megkérdezett tanulók szívesen együttműködve nyilvánítottak véleményt képességeikről, és számoltak be a számukra fontos jellemzőkről. A mérőeszköz rugalmassága lehetőséget nyújtott a súlyosabb esetek felmérésére is. A COSA az ajánlásoknak megfelelően jól használható a rapport kiépítésére, a gyermekek igényeihez szabott terápiás terv felállítására, a célok megfogalmazására, illetve a kommunikáció elősegítésére (pl. gyermek-szülő, gyermek-terapeuta).

Reményeink szerint az eljárás bevezetése a hazai gyakorlatban árnyalni fogja a rendszerszemléletű diagnosztikát, és hasznos eleme lesz a tanulási képességvizsgálati rendszernek. Mindezeken felül hangsúlyozni fogja azt a diagnosztikus attitűdöt, mely a vizsgálatok során jelentős hangsúlyt helyez a kliens önértékelésére, saját állapotának megítélésére; szükségleteit mindezek mentén térképezi fel, és a segítő, terápiás tervezést is ezzel összhangban végzi.

Irodalom

Ayuso, D. M. R. – Kramer, J. (2009): Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSA) With Children With ADHD. *Occupational Therapy in Mental Health, 25*(2), 101–114.

Bandura, A. (ed.) (1995): *Self-Efficacy in changing societies.* Cambridge University Press.

Bernolák B.-né (2005): *Funkcionális diagnosztika.* Kézirat. ELTE BGGYK Szomatopedagógiai Tanszék, Budapest.

Cattell, R. B. (1966): The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1,* 245–276.

Collin, C. – Wade, D. T. – Davies, S. – Horne, V. (1988): The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Study, 10,* 61–63.

Field S. – Hoffman, A. (2002): Preparing youth to exercise self-determination: Quality indicators of school environments that promote the acquisition of knowledge, skills, and beliefs related to self-determination. *Journal of Disability Policy Studies, 13,* 113–118.

Henry, A. (2000): The Pediatric Interest Profiles: Surveys of play for children and adolescents. Therapy Skill Builders, San Antonio, TX.

Keller, J. – Kafkes, A. – Basu, S. – Federico, J. – Kielhofner, G. (2005a): *The Child Occupational Self Assessment (COSA)* (Version 2.1): University of Illinois, College of Applied Health Sciences, Department of Occupational Therapy, MOHO Clearinghouse, Chicago.

Keller, J. – Kafkes, A. – Kielhofner, G. (2005b): Psychometric characteristics of the Child Occupational Self Assessment (COSA), part one: An initial examination of psychometric properties. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 12,* 118–127.

Keller, J. – Kielhofner, G. (2005): Psychometric characteristics of the Child Occupational Self-Assessment (COSA), part two: Refining the psychometric properties. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 12,* 147–158.

King, G. – Law, M. – King, S. – Hanna, S. – Kertoy, M. – Rosenbaum, P. et al. (2004): *Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC).* Harcourt Assessment San Antonio, TX.

Kramer, J. (2011) Using mixed methods to establish the social validity of a selfreport assessment: an illustration using the Child Occupational Self-Assessment (COSA): *Journal of Mixed Methods Research, 5*(1), 52–76.

Kramer, J. – Smith, E. V. Jr. – Kielhofner, G. (2009): Rating scale use by children with disabilities on a self report of everyday activities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(12), 2047–2053.

Kramer, J. – Kielhofner, G. – Smith, E. V. Jr. (2010): Validity evidence for the Child Occupational Self Assessment (COSA): *American Journal of Occupational Therapy, 64*(4), 621–632.

Kramer, J. – Ten Velden, M. – Kafkes, A. – Basu, S. – Federico, J. – Kielhorner, G. (2014): *Child Occupational Self-Assessment (COSA) Version 2.2.* The Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago, IL.

Law, M. – Baptiste, S. – Carswell, A. – McColl, M. A. – Polatajko, H. – Pollock, N. (1998): *Canadian Occupational Performance Measure* (3rd ed.). Canadian Association of Occupational Therapists, Toronto, Ontario.

Mahoney, F. I. – Barthel, D. (1965): Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14,* 56–61.

Missiuna, C. – Pollock, N. – Law, M. (2004): *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS). Psychological Corporation, San Antonio, TX.

Mlinkó, R. (2014): *Mozgáskorlátozott tanulók képességvizsgálatának specifikumai cerebrális paretikus és progresszív izomdisztrófiás csoportok vizsgálata alapján.* PhD-disszertáció. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola, Alkalmazott pszichológia program. Témavezető: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes.

Nunnally, J. C. – Bernstein, I. H. (1994): *Psychometric theory* (3rd Ed.). McGraw-Hill, New York.

O'Brien, J. – Bergeron, A. – Duprey, H. – Olver, C. – St. Onge, H. (2009): Children with disabilities and their parents' views of occupational participation needs. *Occupational Therapy in Mental Health, 25*(2), 164–180.

Powers, L. E. – Sowers, J. – Stevens, T. (1995): An exploratory, randomized study of the impact of mentoring on the self-efficacy and community-based knowledge of adolescents with severe physical challenges. *Journal of Rehabilitation, 61,* 33–41.

Rózsa, S. – Nagybányai, N. O. – Oláh, A. (2006): *A pszichológiai mérés alapjai.* Bölcsész HEFOP. Elektronikus tankönyv.

Sanna, A. – Soila, P. (2006): The Child Occupational Self Assessment (COSA, version 2.1) – Introduction and Finnish translation process of the Lasten toimintamahdollisuuksien itsearviointi COSA. Thesis.

Stone, A. A. – Turkkan, J. S. – Bachrach, C. A. – Jobe, J. B. – Kurtzman, H. S. – Cain, V. S. (eds) (2000): *The science of self-report: implications for research and practice.* Taylor and Francis, Mahwah, NJ.

Sturgess, J. – Rodger, S. – Ozanne, A. (2002): A review of the use of self-report assessment with young children. *British Journal of Occupational Therapy, 65*(3), 108–16.

Taylor, L. – Adelman, H. S. (1986): Facilitating children's participation in decisions that affect them: From concept to practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 15,* 346–351.

Ten Velden, M. – Couldrick, L. – Kinébanian, A. – Sadlo, G. (2013): Dutch Children's Perspectives on the Constructs of the Child Occupational Self-Assessment (COSA): *Occupation Participation Health, 33*(1), 50–58.

Yazdani, F. (2014): *Psychometric Properties of the Persian Child Occupational Self-Assessment (COSA) in Iranian Children with ADHD*. World Federation of Occupational Therapists, 48th Japanese Occupational Therapy Congress and Expo. Poster presentation.

Wechsler, D. (2007a): *WISC-IV technikai és értelmező kézikönyv*. Magyar adaptáció: Nagyné Réz I. – Lányiné Engelmayer Á. – Kuncz E. – Mészáros A. – Mlinkó R. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.

Wechsler, D. (2007b): *WISC-IV tesztfelvételi és pontozási kézikönyv*. Magyar adaptáció: Nagyné Réz I. – Lányiné Engelmayer Á. – Kuncz E. – Mészáros A. –Mlinkó R. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.

Függelék

Gyermek Tevékenységelemző Kérdőív

Név:_____ **Nem**: □ *fiú* □ *lány*

Születési dátum: _____ *év*_____ *hó*_____ *nap* **Osztály:**_____

	Milyen jól tudom csinálni				**Fontosság**			
	Nagyon nehezen tudom megcsinálni	*Kicsit nehezen tudom megcsinálni*	*Meg tudom csinálni*	*Ebben tényleg jó vagyok*	*Nem igazán fontos nekem*	*Fontos nekem*	*Eléggé fontos nekem*	*A legfontosabb nekem*
Tisztálkodás	0	0	0	0	0	0	0	0
Öltözködés	0	0	0	0	0	0	0	0
Segítség nélküli étkezés	0	0	0	0	0	0	0	0
Venni valamit magamnak	0	0	0	0	0	0	0	0

Házimunkát végezni	0	0	0	0	0	0	0	0
Eleget aludni	0	0	0	0	0	0	0	0
Elég időt hagyni azokra a dolgokra, amiket szeretek	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigyázni a dolgaimra	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyik helyről egy másikra menni	0	0	0	0	0	0	0	0
Azt csinálni, amit akarok	0	0	0	0	0	0	0	0
Arra koncentrálni, amit épp csinálok	0	0	0	0	0	0	0	0
Közös tevékenység a családommal	0	0	0	0	0	0	0	0
Közös tevékenység a barátaimmal	0	0	0	0	0	0	0	0
Közös tevékenység az osztálytársaimmal	0	0	0	0	0	0	0	0
Követni az osztály szabályait	0	0	0	0	0	0	0	0
Időben befejezni a munkámat az osztályban	0	0	0	0	0	0	0	0
Elkészíteni a házi feladatomat	0	0	0	0	0	0	0	0
Kérdéseket feltenni a tanáromnak, amikor szükséges	0	0	0	0	0	0	0	0
Megértetni magamat másokkal	0	0	0	0	0	0	0	0
A lehetőségek átgondolása, ha problémám van	0	0	0	0	0	0	0	0
Dolgozni valamin, akkor is, ha az nehezen megy	0	0	0	0	0	0	0	0
Megnyugtassam magam, amikor kiborulok	0	0	0	0	0	0	0	0
Rávenni a testemet, hogy azt tegye, amit én akarok	0	0	0	0	0	0	0	0

Valamilyen munkatevékenységre használni a kezeimet	0	0	0	0	0	0	0	0
Befejezni, amit éppen csinálok, anélkül, hogy túlságosan elfáradnék	0	0	0	0	0	0	0	0

Sorolj fel 2 olyan dolgot, melyekben tényleg jó vagy, és nem volt róluk szó!

1. _____

2. _____

Sorolj fel 2 olyan dolgot, melyek nagy problémát jelentenek neked, és nem volt róluk szó!

1. _____

2. _____

Van még más, számodra fontos dolog, amit nem kérdeztünk? Ha igen, mi lenne az?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Köszönjük a válaszaidat!

_____

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport

A szomatopedagógus szerepe az inkluzív testnevelés-oktatásban

TÓTHNÉ KÄLBLI KATALIN – FÓTINÉ HOFFMANN ÉVA
kalbli.katalin@barczi.elte.hu, f.hoffmann.eva1@gmail.com

Absztrakt
Hazánkban 2012. szeptember 1-től kezdődően bevezetésre került a mindennapos testnevelés, 2013 szeptemberétől pedig a testnevelés tantárgy tartalmát az új Nemzeti alaptanterv (NAT) szabályozza. Mindezek hatására a minőségi testnevelés fogalma, célkitűzései és alapelvei is meghatározásra kerültek. A minőségi testnevelés egyik jellegzetessége az inkluzivitás. Tanulmányunk célja a szomatopedagógus inkluzív testnevelés-oktatásban való szerepének, feladatainak, továbbá a társszakmákkal való együttműködési lehetőségeinek bemutatása annak érdekében, hogy az inklúzió a minőségi testnevelés alapelveinek megfelelően a testnevelés tantárgy keretein belül – a törvényi előírásoknak megfelelően – maradéktalanul megvalósuljon.

Kulcsszavak: minőségi testnevelés, inkluzív testnevelés, adaptált testnevelés, gyógypedagógia, szomatopedagógia

A rendszeres fizikai aktivitás jelentősége a fogyatékos gyermekek életében

A *rendszeres fizikai aktivitás jótékony hatása* napjainkban bizonyított tény. Az Egészségügyi Világszervezet *(World Health Organization, WHO)* és a Sportorvosok Nemzetközi Szövetségének *(International Federation of Sports Medicine, FIMS)* közleménye felhívja a figyelmet a rendszeres, megfelelő mennyiségű és minőségű sporttevékenység jótékony hatásaira, ami nemcsak a születéskor várható élettartam emelkedéséhez járul hozzá, hanem védőfaktort jelent számos krónikus betegség kialakulásával szemben (pl. szív-érrendszeri betegségek, magasvérnyomás-betegség, stroke, cukorbetegség, csontritkulás, egyes daganatos megbetegedések, depresszió és szorongásos tünetek). Segíti továbbá az ideális testösszetétel kialakulását és megtartását, az időskorú személyek mozgékonyságának, ezáltal pedig függetlenségének fenntartását (WHO–FIMS 1995). A fenti evidenciák ellenére a világ népességének fele nem elég aktív, az ajánlott napi 30 percnél kevesebb fizikai aktivitást végez (WHO–FIMS 1995; EU 2008). Az inaktív életmód számos betegség előfordulásának kockázatát növeli, ezáltal az aktív életmódot folytató

személyekhez képest inaktivitás esetén – a testsúlytól függetlenül – magasabb morbiditási és mortalitási arány tapasztalható (Blair–Brodnei 1999).

A *rendszeres sporttevékenység* a *fogyatékos személyek* számára is preventív hatású. Kutatások bizonyítják, hogy csökkenti a szív-érrendszeri betegségek, a 2-es típusú diabétesz, a csontritkulás, az érelmeszesedés, a béldaganat, a magasvérnyomás-betegség kialakulásának valószínűségét, ugyanakkor javítja a kondicionális és koordinációs képességeket, és hozzájárul az elhízás, a túlsúly, a depresszió, a húgyúti fertőzések megelőzéséhez, mindezek által pedig segíti a fogyatékos személyek önállóságát, másoktól való függetlenségét (Hidde et al. 2004). A fogyatékos személyek körében nagyobb az elhízás gyakorisága, mint a tipikus fejlődésű populációban (Liou–Pi-Sunyer–Laferrère 2005; Weil et al. 2002). Ennek hátterében a fogyatékosságból eredő inaktív életformán kívül egyéb tényezők is állhatnak, mint például az alacsonyabb szocioökonómiai státuszból fakadó egészségtelen táplálkozási szokások, a táplálék megrágásának akadályozottsága, a fogyatékos személy által szedett gyógyszerek esetleges mellékhatása, a mozgásvégrehajtás során fellépő esetleges fájdalomérzet (CDC 2014). Az elhízás következményeként egyes szerzők az önellátás nehezítettségéről és az adott személlyel szembeni előítéletek gyakoribb előfordulásáról számolnak be (Pain–Wiles 2006). A mozgásszegény életmód mindezeket negatívan befolyásolja, és adott esetben a kerekesszék használatának elsajátítását is megnehezíti. A fizikai aktivitás segíthet abban, hogy a fogyatékos személy visszanyerje önállóságát, a kondicionális és koordinációs képességek a lehető legmagasabb szintre fejlődjenek. A kondíció javulásával a helyváltoztatás is könnyebb lesz a sérült ember számára (Pate et al. 1995).

A fizikai aktivitásnak nemcsak pozitív élettani, hanem *pozitív pszichológiai hatásai* is bizonyítottak. Paulsen, French és Sherill (1990) vizsgálati eredményei a sportoló fogyatékos személyek nem sportoló fogyatékos személyekhez képest viszonyított jobb pszichés állapotára mutatnak rá. A sportolók könnyebben kezelik a stresszes helyzeteket, kevésbé hajlamosak a depresszióra, a szorongásra és az idegességre, mint a nem sportoló fogyatékos személyek. Rendszeres sporttevékenység hatására a sérült emberek magabiztossá, öntudatossá válnak, javul az önértékelésük és ezáltal csökken a pszichés betegségek iránti hajlamuk (Coyle–Santiago 1995). Hicks és munkatársainak (2003) harántsérült személyekkel végzett vizsgálatai ugyancsak azt bizonyítják, hogy rendszeres fizikai aktivitás hatására nemcsak az izom maximális ereje nő, hanem a stressz- és fájdalomtűrés is javul, a depresszióra való hajlam pedig csökken.

A rendszeres fizikai aktivitás, az aktív életmód fogyatékos személyek esetén hatványozott jelentőséggel bír, hiszen a fenti jótékony hatások mellett (illetve ezek következményeként) a funkcióképesség javulásához, fenntartásához is hozzájárulhat (Hidde et al. 2004). Az inaktivitásból származó másodlagos károsodások sok esetben súlyosabb következménnyel járnak, mint maga a fogyatékosság (Johnson 2009).

A fenti tények ellenére fogyatékos személyek körében az inaktivitás az átlaghoz képest magasabb arányú, aminek hátterében számos tényező (pl. anyagi okok, energia, motiváció, képességek és az idő hiánya, megközelíthetőség, információhiány) áll (Hidde et al. 2004; Johnson 2009).

Napjainkban egyre több kutatás foglalkozik a *fizikai aktivitás fogyatékos gyermekekre gyakorolt pozitív hatásai*val. Johnson összefoglaló tanulmányából kiderül, hogy a fizikai aktivitás pozitív hatásai fejlődési zavarral rendelkező gyermekek esetében is bizonyítottak

(JOHNSON 2009). Már 4 hetes edzésprogram is pozitív élettani hatással lehet a fent említett populációra; a kutatási eredmények az aerob kapacitás növekedéséről, javuló nagymotoros funkciókról, a résztvevők és szüleik elégedettség érzéséről számolnak be (JOHNSON 2009). A fizikai aktivitás jelentősége az elhízás – és az ennek következtében kialakuló másodlagos károsodások – megelőzésében bizonyított (KUMAR–COTRAN–ROBBINS 1997). Az amerikai gyermekgyógyászok tudományos társaságának szaklapjában megjelent összegző tanulmány is felhívja a figyelmet arra, hogy a fogyatékos gyermekek életében a sport jelentősége hatványozott, hiszen esetükben a kardiorespiratorikus rendszer alacsonyabb fittsége következtében gyengébb állóképesség és az elhízás nagyobb arányú előfordulása jellemző a tipikus fejlődésű kortársakhoz képest (NANCY–PAUL 2008). Az elhízás problémája a fogyatékos személyeken belül a mozgáskorlátozott embereket érinti leginkább, gyakori előfordulása a fogyatékos gyermekek körében is tapasztalható (FROELICH-GROBE–LOLLAR 2011; RIMMER–ROWLAND–YAMAKI 2007). A 6–17 éves mozgáskorlátozott gyermekek között szignifikánsan magasabb arányú elhízást figyeltek meg (29,7%), mint az azonos életkorú tipikus fejlődésű gyermekek között (15,7%) (BANDINI et al. 1991). Rimmer és munkatársainak (2010) kutatása felhívja a figyelmet az elhízás és túlsúly következményeire mozgáskorlátozott (cerebrális parézis – CP –, spina bifida) gyermekeknél. Körükben a magas vérnyomás előfordulása szignifikánsan magasabb volt, mint – az egészségügyi szempontok alapján – normál testsúlyú társaiknál, és bár statisztikailag nem szignifikánsan, de magasabb koleszterinszintet, korai nemi érést, kimerültséget, depressziót, alacsonyabb önbecsülést, máj- és epeproblémákat figyeltek meg a kutatók. A rendszeres fizikai aktivitás nemcsak a megnövekedett energiafelhasználás révén segíti az elhízás megelőzését. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a sportoló fogyatékos személyek sokkal inkább betartják az egészséges életmód szabályait, mint nem sportoló társaik, jobban odafigyelnek a táplálkozásukra, kerülik az alkoholfogyasztást és kevesebb a dohányzó személy is közöttük (RIMMER 1999).

A *sport pozitív pszichológiai hatásai fogyatékos gyermekek körében* is bizonyítottak. Egy 1986-ban készült tanulmány már rámutat arra, hogy a rendszeres lovaglás a Down-szindrómás gyermekeknél nemcsak a kondicionális állapotot és a koordinációs képességeket (egyensúly, ritmusérzék stb.) javítja, hanem a résztvevők önkontrollja (érzelmeik uralása), önbizalma és önbecsülése is javul, az önállóság fejlődik (DEPAUW 1986). Több kutatás alátámasztja a fenti eredményt, miszerint az önbecsülés és életkedv a sportolás hatására növekszik (CAMPBELL–JONES 1994; PAULSEN et al. 1990). Mindezek jelentősége óriási, hiszen vizsgálatok bizonyítják, hogy kamasz CP-s lányok önmagukról (külső megjelenésükről) alkotott képe, megítélése rosszabb, mint tipikus fejlődésű társaiké (SHIELDS et al. 2006).

Az egészségi (fizikális és mentális) állapot javulása mellett a sporttevékenység a *társadalmi inklúziót* is előmozdítja, segíti a fogyatékos személy társadalomba való be-, ill. visszailleszkedését azáltal, hogy a fogyatékos személynek a képességeire, nem pedig hiányosságaira irányítja a figyelmet (DEPAUW–GAVRON 1995). Egy vizsgálat szerint a Speciális Olimpián részt vevő fogyatékos sportolókat tipikus fejlődésű társaik jobban elfogadják, továbbá önbecsülésük is jobb, mint fogyatékos kortársaiké (WEISS et al. 2003).

A fentiek tükrében tehát megállapíthatjuk, hogy az aktív, sportos életforma a fogyatékos személyek (különösen a fogyatékos gyermekek) számára óriási jelentőségű (HIDDE et al. 2004; NANCY–PAUL2008).

A *rendszeres fizikai aktivitás biztosításában kiemelkedő szerepe van a köznevelési intézményeknek*, hiszen sok esetben a fogyatékos – sajátos nevelési igényű (SNI) – gyermekek számára az óvoda, illetve az iskola lehet az első helyszín, ahol a gyermek a testnevelés-foglalkozás keretein belül a – nem terápiás célú – fizikai aktivitással találkozhat, és a sport iránt akár egy életen keresztül elköteleződhet. A fenti állítást támasztja alá egy, az Egyesült Királyságban készült kutatás eredménye, miszerint *a fogyatékos fiatalok sportban való részvétele* – a kortárs fiatalokkal ellentétben, ahol ez fordítva tapasztalható – *inkább iskolán belül* (iskolai sporttevékenység), mint iskolán kívül (pl. sportegyesületben) *jellemző*. Megállapították továbbá, hogy a speciális (szegregált) intézményben tanuló fogyatékos fiatalok szívesebben vesznek részt sportfoglalkozáson, mint a többségi iskolában, integrált oktatási formában tanuló társaik, a sérülés típusa tekintetében pedig leginkább a hallássérült, legkevésbé pedig a mozgáskorlátozott fiatalok vesznek részt sporttevékenységben (FINCH et al. 2001).

A testnevelés helyzete, megújulása napjainkban

A rendszeres fizikai aktivitás jelentőségét és a köznevelési intézmények kiemelkedő szerepét az egészséges, aktív sportos életmódra nevelésben a kormányzat is felismerte. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 27. § (11) bekezdése értelmében 2012. szeptember 1-jétől kezdődően felmenő rendszerben bevezetésre került a *mindennapos testnevelés*, azaz a helyi tantervbe legalább heti öt testnevelésórát kell beépíteni. 2013 szeptemberétől a testnevelés tantárgy tartalmát *új Nemzeti alaptanterv (NAT)* szabályozza. A NAT testnevelés és sport műveltségterület alapelvei és céljai között szerepel, hogy „Az iskolai testnevelés és sport megkülönböztetett részét képezi a tanulók testi, motoros, lelki, értelmi, érzelmi és szociális fejlődését szolgáló teljes körű iskolai egészségfejlesztésnek és tehetséggondozásnak", tehát egy sajátosan összetett, komplex műveltségi terület. A törvényileg megnövekedett óraszám és a NAT új filozófiája a testnevelés tantárgy oktatásában változásokat eredményezett, új tartalmi és módszertani elemek beemelésének igényét vetette fel. Ezen igények hatására indította el a Magyar Diáksport Szövetség (MDSZ) 2013-ban „A testnevelés új stratégiájának és a fizikai állapot új mérési rendszerének kialakítása és az önkéntes részvétel ösztönzése a komplex iskolai testmozgásprogramok szervezésében" elnevezésű kiemelt projektjét. A program célkitűzése többek között az is, hogy minden diák, ezen belül pedig értelemszerűen a fogyatékos és más – a testnevelés oktatásának szempontjából – speciális szükségletű diák számára is biztosítsa a testnevelés-foglalkozáson belül „a kihívásokkal teli, élménygazdag, belső motiváción alapuló tanulási környezetet", aminek eredményeként kialakul egy élethosszig tartó, pozitív attitűd a testnevelés és rendszeres fizikai aktivitás iránt (MDSZ, 2013). A *minőségi testnevelés* fogalma, célkitűzései és alapelvei is meghatározásra kerültek. A minőségi testnevelés pedagógiai alapelvei közé tartozik többek között az is, hogy *„esélyegyenlőségre törekszik, inkluzív és multikulturális szemléletű"*, azaz támogatja azokat a tanulásszervezési eljárásokat és megoldásokat, melyek többek között az SNI gyermekek részvételét – szükség esetén adaptált eszközök és módszerek segítségével – biztosítják (CSÁNYI–RÉVÉSZ 2015: 45).

Az *inkluzív testnevelést* a területtel foglalkozó hazai és nemzetközi szakemberek sem definiálják egységesen. A fogalom meghatározásakor az inkluzív nevelés/oktatás definíciója adja a kiindulópontot (O'Brian et al. 2009). Stein szerint (1979) az inkluzív testnevelés a fogyatékos személyek többségi, „normál" testnevelés-foglalkozásba való biztonságos, eredményes, kielégítő fizikai, oktatási és társadalmi befogadását jelenti, mely támogató személyi és tárgyi környezetet kíván meg. Olyan környezetet biztosít, amelyben minden diák személyre szabott oktatásban és kielégítő fizikai aktivitásban részesül anélkül, hogy osztálytársai ismeretszerzését, képességfejlődését akadályozná (Kodish 2006). Olyan szolgáltatásnyújtás, mely minden diák számára a képességeinek megfelelően maximális részvételt biztosít, egyénre szabott támogatás és segítségnyújtás által segíti minden diák eredményes oktatását (O'Brian et al. 2009; Kudláček et al. 2010). (Egy korábbi, számos nemzetközi szakirodalmat elemző tanulmányunk több eltérő perspektívából [fogyatékos diákok és osztálytársaik, szülők, szakemberek stb.] vizsgálja az inkluzív testnevelés megvalósulásának feltételeit, így ez a terület nem képezi a jelen tanulmány részét [Fótiné és mtsai 2015].)

A fogyatékos, illetve a testnevelés-oktatás szempontjából speciális szükségletű (pl. szívbeteg, asztmás stb.) diákok normál testnevelés-foglalkozás keretein belül megvalósuló oktatása (az inkluzív testnevelés) Európa-szerte eltérő képet mutat (O'Brian et al. 2009). *A sajátos nevelési igényű (SNI) tanulók definiálásában* is eltérnek egymástól az országok. Hazánkban a 2011. évi nemzeti köznevelésről szóló törvény értelmében „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd". Egyes európai országokban az SNI-n belül mindössze 2 alkategóriát különböztetnek meg, más országokban több mint 10 alcsoport létezik, így az integrált oktatási formában tanuló diákok százalékos arányaiban is óriási eltérések mutatkoznak Európa-szerte. Lettországban például a krónikus betegségek (pl. asztma, cukorbetegség) is az SNI körébe tartoznak (Klavina–Kudláček 2011). Nem csoda tehát, hogy az SNI diákok testnevelés-foglalkozásokba való bevonásában is különbségek tapasztalhatók. A nemzetközi javaslatok értelmében – melyek alapja a minőségi oktatáshoz való jog, ami minden diákot megillet – ha egy diák valamilyen okból a testnevelés-foglalkozáson nem tud eredményesen részt venni, akkor számára adaptált testnevelés-foglalkozást kell biztosítani. (Az adaptált fizikai aktivitás és az adaptált testnevelés-foglalkozások pontos definiálása egy korábbi tanulmányunk [Tóthné et al. 2015] részét képezte, így jelen tanulmányunkban erre nem térünk ki.)

Hazánkban a nemzetközi fogalomhasználat értelmezése és a nemzetközileg javasolt rendszer megvalósítása több okból is akadályokba ütközik. Magyarországon eltérő törvény, illetve rendelet szabályozza az SNI diákok és az egyéb krónikus betegségben szenvedő, ortopédiai vagy belgyógyászati elváltozással rendelkező diákok testnevelés-oktatását (lásd a tanulmány későbbi részében). Ugyanakkor több szakma kompetenciaterületébe is beletartozik a testnevelés és sport mozgásanyagának adaptált felhasználása az oktatási és rehabilitációs folyamatban. Magyarországi sajátosságnak mondható, hogy több

felsőoktatási intézmény is képez a mozgásszervi elváltozásokkal foglalkozó, egy-egy területre specializálódott szakembereket, kompetenciaterületeik azonban bizonyos esetekben – pl. az inkluzív testnevelés megvalósításában – átfedhetik egymást (szomatopedagógus, testnevelő tanár, gyógytestnevelő tanár, konduktor, gyógytornász).

Az inkluzív oktatási formában tanuló mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-oktatása

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján megállapíthatjuk, hogy – a nemzetközi tendenciákkal megegyezően – évről évre nő az integráltan oktatott SNI tanulók száma (KSH 2014). Esetükben is meg kell valósulnia a testnevelés tantárgy oktatásának.

Az inkluzív oktatási formában tanuló mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-oktatását eltérő rendeletek szabályozzák.

A Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról szóló 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet értelmében *„A mozgáskorlátozott tanulók testnevelésóra alóli automatikus felmentése nem indokolt.* A testnevelés és sport műveltségi terület keretében szervezett testnevelés tantárgyi órán a tanuló a szakértői és rehabilitációs bizottság, valamint a tanulóval foglalkozó team (orvos, gyógypedagógus, pedagógus) véleménye alapján vesz részt. A testnevelési órán való részvétel lehet teljes, részleges, a felmentés lehet teljes és átmeneti. Mozgáskorlátozottság esetében a testnevelés tantárgyi óra helyett/mellett biztosítani kell a mozgásnevelési foglalkozásokat. *A testnevelésórán való foglalkoztatás a fogyatékosság típusának megfelelő szakképesítéssel rendelkező gyógypedagógus (szomatopedagógus) javaslatai és iránymutatásai szerint, szükség esetén részvételével történik.*"

A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet XIII. fejezete az iskolai testneveléssel kapcsolatos szabályokat tartalmazza. A 142. § 1. bekezdése kimondja: „A tanulót, ha egészségi állapota indokolja, az iskolaorvosi, szakorvosi szűrővizsgálat alapján könnyített testnevelés- vagy gyógytestnevelés-órára kell beosztani." A pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet alapján a gyógytestnevelő tanár által vezetett „gyógytestnevelés feladata a gyermek, a tanuló speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha az iskolaorvosi vagy szakorvosi vizsgálat gyógytestnevelésre utalja." Az Országos Alapellátási Intézet (OALI) és Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) által kiadott irányelvek alapján az iskolaorvos, illetve a szakorvos az alábbi testnevelés-kategóriákba sorolhatja a gyermekeket (OGYEI 2007):

- Normál testnevelés (mely azt jelenti, hogy a gyermek a testnevelés-foglalkozásokon korlátozás nélkül részt vehet).
- Könnyített testnevelés (ebbe a kategóriába azokat a gyermekeket sorolják, akik teljesítőképessége részlegesen korlátozott, ezért bizonyos mozgások és terhelések kerülése indokolt, vagy nagyobb odafigyelést igényel számukra).
- II. – Gyógytestnevelés (ide azokat a gyermekeket sorolják, akiknek „betegségük

vagy funkcionális elváltozásuk miatt sajátos, az állapotukat figyelembe vevő, külön órakeretben történő foglalkozásokra van szükségük" [OGYEI 2007: 5]).

A II. kategórián belül további 3 kategóriát különböztetnek meg annak függvényében, hogy a gyermek a gyógytestnevelés-foglalkozás mellett a testnevelés-foglalkozáson részt vehet-e. Ezek az alkategóriák az alábbiak:

- II/A. Gyógytestnevelés- és normál testnevelésórán is részt vehetnek.
- II/B. Csak gyógytestnevelésen vehetnek részt.
- II/C. Egyéni/kiscsoportos gyógytestnevelésen vehetnek részt (bár a törvény lehetővé teszi és a szakmai irányelvben is szerepel, ennek a szervezeti formának a gyakorlatban nem jellemző a megvalósulása).

- III. – A testnevelés alól ideiglenesen vagy állandóan felmentettek.

A fenti rendeletek értelmében a mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-foglalkozáson való részvételét egyrészt a szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve a tanulóval foglalkozó team véleménye, másrészt az iskolaorvosi, szakorvosi szűrővizsgálat eredménye és javaslata határozhatja meg. A két rendszer együttműködése törvényi szabályozás által nem biztosított, így akár az is előfordulhat, hogy egymásnak ellentmondó javaslattal találkozunk a testnevelésórán való részvétel tekintetében.

A tanulmány első fejezete rámutatott arra, hogy a mozgáskorlátozott gyermekek egészsége szempontjából fontos, hogy olyan minőségi testnevelés-foglalkozáson vehessenek részt, mely biztosítja számukra a biztonságos, egészségügyi kockázat nélküli részvételt. Korábbi vizsgálataink a Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai, Módszertani Intézmény és Kollégium utazótanári hálózatában ellátott gyermekek (kórképük 75%-ban: korai agykárosodás utáni mozgás-rendellenesség – CP) testnevelésórán való részvételét elemezték. Az eredmények arra mutattak rá, hogy az ellátott gyermekek 54%-a nem vesz részt kortársaival, osztálytársaival közösen a testnevelés-foglalkozásokon, 2% részvétele alkalomszerű, és 44% az, aki részt vesz a mozgásnevelés-foglalkozás mellett testnevelés- vagy gyógytestnevelés-foglalkozáson is. Vizsgálatunk eredményei arra is rámutattak, hogy óvodában a mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-foglalkozáson való részvételi aránya 81%-os, az 1–4. osztályig 56%-os, az 5–8. osztályoknál 35%-os, a 9–12. osztályban azonban a tanulóknak mindössze 9%-a vesz részt kortársaival közösen a testnevelésórákon (Tóthné és mtsai 2015).

A teammunka jelentősége, a szomatopedagógus helye és szerepe az inkluzív testnevelés-oktatásban

Az inkluzív testnevelés-oktatás megvalósulásában a teammunkának óriási a jelentősége. Nemzetközi kutatások eredményei bizonyítják, hogy a testnevelő tanárok többsége nem érzi magát kompetensnek az SNI diákok inkluzív testnevelés-oktatásában. E tekintetben Közép- és Kelet-Európában az európai átlaghoz képest is rosszabb a helyzet. A testnevelő tanárok a megvalósulás akadályaként gyakran a magas osztálylétszámokat, az erőforrások

és segítő személyzet hiányát és a nem megfelelő körülményeket említik. A kutatási eredmények arra is rámutatnak, hogy a testnevelő tanárok aggodalmukat fejezik ki a más szakemberekkel való együttműködéssel kapcsolatban (KLAVINA–KUDLÁČEK 2011). A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az együttműködés annyi idő- és energiabefektetést igényel, amennyit a szakemberek nem hajlandóak ráálldozni (KOWALSKI et al. 2006). A fogyatékos gyermekek minőségi testnevelés-oktatásában azonban a gyógypedagógus (hazánkban mozgáskorlátozott gyermek esetén szomatopedagógus) és a testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus (tanító, testnevelő tanár, gyógytestnevelő tanár) közös munkája elengedhetetlen fontosságú. Csak a közös együttműködés eredményeként valósulhat meg a gyermek biztonságos részvétele a testnevelés-foglalkozáson (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015).

Fried és Cook (2010) meghatározása szerint a *teammunka* egyedülálló, speciális szaktudással rendelkező, eltérő tudományterületről érkező és eltérő tapasztalattal rendelkező személyek speciális cél elérése érdekében történő összejövetelét, közös munkáját jelenti (FRIED–COOK 2010, idézte KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015).

A gyógypedagógus és a testnevelést tanító pedagógus teammunkájának szükségességére az SNI gyermekek oktatásáról és neveléséről szóló irányelv (32/2012. [X. 8.] EMMI rendelet) is utal. Amennyiben a gyermek a testnevelés alól nincs felmentve, azaz a szomatopedagógus által biztosított mozgásnevelés-foglalkozás mellett testnevelés- vagy gyógytestnevelés- (vagy mindkét) foglalkozáson részt vesz, az EMMI rendelet értelmében a részvételnek *a szomatopedagógus iránymutatása mellett vagy részvételével kell megvalósulnia*.

A testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus(ok) és a szomatopedagógus teammunkájának alapját és közös kiindulópontját az a bizonyítékokon nyugvó meggyőződés adja, miszerint a rendszeres fizikai aktivitásból a fogyatékos gyermeknek számos előnye származhat, hiszen a testnevelés más műveltségi területekkel ellentétben mindhárom tanulási terület (kognitív, affektív és pszichomotoros) fejlődését támogatja, így pótolhatatlan szerepet játszik a nevelési folyamatban (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015; CSÁNYI–RÉVÉSZ 2015). Az együttműködés szükségességének és hasznosságának kölcsönös felismerése elengedhetetlen a fogyatékos gyermek érdekében, csakis így lehet az együttműködés folytonosságát szilárd alapokra helyezni (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015). A szomatopedagógusnak fel kell ismernie és ki kell használnia a minőségi testnevelésben rejlő értékeket és lehetőségeket. A mozgáskorlátozott diákok egyéni fejlesztési tervében szereplő rövid távú és hosszú távú célkitűzések megvalósulását a testnevelés közvetve és közvetetten is támogathatja.

Ehhez azonban az szükséges, hogy a szomatopedagógus

- ismerje fel és ismerje el a testnevelésben rejlő lehetőségeket;
- alakítson ki kölcsönös és bizalmi kapcsolatot a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal;
- ismertesse meg (a szükséges szinten) a mozgáskorlátozottságot okozó kórkép mozgásállapotot meghatározó jellegzetességeit a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal! Amennyiben a testnevelést tanító tanár tisztában van a diagnózis jellegével, a kórlefolyás jellemzőivel, a kontraindikált feladatokkal, gyakorlatokkal és – szükség esetén – megfelelő segítséget kap, motiváltabbá válik a tananyag adaptálására;

- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a gyermek erősségeit, korlátait, a szükséges adaptációs módszereket, eszközöket;
- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a biztonságos feladat-végrehajtás, a szükséges és megfelelő segítségnyújtás (pl. kerekesszékből való ki-be szállás) alapvető kritériumait;
- szükség és lehetőség esetén vegyen részt a testnevelés-foglalkozáson! Adaptációs stratégiák alkalmazásával segítse a mozgáskorlátozott diák biztonságos és teljes részvételét!
- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a mozgáskorlátozott diákok egyéni fejlesztési tervében szereplő rövid távú és hosszú távú célkitűzéseket annak érdekében, hogy a pedagógus a testnevelés tantárgy oktatása során is támogatni tudja ezeket a célkitűzéseket!

Összegzés

A nemzetközi szakirodalmak és a hazánkban is fellelhető jó gyakorlatok azt bizonyítják, hogy amennyiben a testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus és a szomatopedagógus folyamatos együttműködése megvalósul, akkor közösen meg tudják valósítani a mozgáskorlátozott diákok minőségi testnevelés-oktatását (KOWALSKI et al. 2006).

A teammunka több szempontból is elengedhetetlen fontosságú a mozgáskorlátozott diákok inkluzív testnevelés-oktatása szempontjából.

Ahogy arra a tanulmányban rámutattunk, a testnevelés tantárgy oktatását szabályozó törvények és rendeletek ellentmondást generálhatnak a fogyatékos diákok részvételét illetően. A mozgásvizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság által kiadott szakértői vélemények (melyek alapján a szomatopedagógus dolgozik) és az iskolaorvos által végzett testnevelési kategóriába sorolás (mely a testnevelő/gyógytestnevelő tanár munkájának alapja) esetenként nem fedik egymást. A több szakemberből álló team segítheti az ellentmondások kiküszöbölését és a fogyatékos gyermek szükségleteit szem előtt tartó minőségi oktatást.

Tanulmányunk rámutatott arra is, hogy hazánkban évről évre egyre több fogyatékos diák tanul integrált oktatási formában, a testnevelés alól felmentett tanulók %-os aránya azonban aránytalanul és sok esetben indokolatlanul magas, az életkorral/osztályfokkal előre haladva pedig a felmentettek aránya tovább növekszik. Az eltérő szakmák közötti együttműködés, a teammunka csökkentheti a testnevelés alól felmentett SNI tanulók számát, és biztosíthatja a diákok minőségi oktatáshoz való jogát. A szomatopedagógus feladata, hogy a testnevelést tanító pedagógussal együtt dolgozva biztosítsa az alacsonyabb osztályfokon a biztonságos, kihívásokkal teli, motiváló környezetet a mozgáskorlátozott tanuló számára a testnevelés-foglalkozások keretein belül annak érdekében, hogy pozitív attitűd alakuljon ki a fizikai aktivitás iránt, és magasabb osztályfokon is szívesen vegyen részt a diák a testnevelés-foglalkozásokon. Az iskolai évek teremthetik meg a fizikai aktivitás iránti elkötelezettséget egy élethosszon keresztül, ami nemcsak egyéni, hanem társadalmi érdek

is. A fentiek megvalósításához *a szomatopedagógus együttműködése az óvodapedagógusokkal, tanítókkal, testnevelő tanárokkal, gyógytestnevelő tanárokkal kiemelt jelentőségű.* Az együttműködés alapját egymás szaktudásának kölcsönös elismerése és a rendszeres, megfelelő mennyiségű és minőségű fizikai aktivitás jótékony hatásainak elismerése adja.

Irodalom

Bandini L. G. – Schoeller, D. A. – Fukawa, N. K. – Wykes, L. J. – Dietz, W. H. (1991): Body composition and energy expenditure in adolescents with cerebral palsy or myelodysplasia. *Pediatric Research, 29,* 70–77. In: Rimmer, J. H. – Wang, E. – Yamaki, K. – Davis, B. (2010): *Documenting Disparities in Obesity and Disability. FOCUS. A Publication of the National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR).* Technical Brief, 24.4

Blair, S. N. – Brodney, S. (1999): Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports Exercise, 31*(11), 646–662

Campbell, E. – Jones, G. (1994): Psychological well-being in wheelchair sport participants and non-participants. *Adapted Physical Activity Quarterly, 11,* 404–415.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2014): *Disability and Obesity.* Elektronikus dokumentum. http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/obesity.html *(Letöltés ideje: 2015. június 30.)*

Coyle, C. P. – Santiago, M. C. (1995): Aerobic exercisetraining and depressive symptomatology in adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76*(7), 647–652.

Csányi T. (2014): A minőségi testnevelés-oktatás helyzete Magyarországon. *HIPE 2014. Nemzetközi Konferencia a Minőségi Testnevelésről.* 2014. szeptember 16–18. Absztraktok. Elektronikus dokumentum: http://www.diaksport.eu/hipe2014/?p=838&lang=hu *(Letöltés ideje: 2014. november 25.)*

Csányi T. – Révész L. (2015): *A testnevelés tanításának didaktikai alapjai – Középpontban a tanulás.* 1. kiadás. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest.

Depauw, K. P. (1986): Horseback Riding for Individuals With Disabilities: Programs, Philosophy, and Research. *Adapted Physical Activity Quarterly, 3*(3), 217–226.

Depauw, K. P. – Gavron, S. (1995): *Disability and Sport.* Human Kinetics, Illinois.

EU (2008): *Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai. Ajánlások az egészségjavító testmozgás támogatására irányuló politikai intézkedésekre.* Brüsszel, 2008. október 10. Elektronikus dokumentum. http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_hu.pdf *(Letöltés ideje: 2015. június 25.)*

Finch, N. – Lawton, D. – Williams, J. – Sloper, P. (2001): *Young Disabled People and Sport.* Research works. Research Findings From The Social Policy Research Unit (SPRU). The University of York. November 2001. Elektronikus dokumentum: https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/rworks/nov2001.pdf *(Letöltés ideje: 2014. február 10.)*

Fótiné Hoffmann É. – Berencs A. – Lénárt Z. – Tóthné Kálbli K. – Vámos T. (2015): *Nemzetközi kitekintés az inkluzív testneveléssel kapcsolatos kutatásokra a sajátos nevelési igényű tanulók szemszögéből.* Magyar Diáksport Szövetség. Megjelenés alatt álló tanulmány.

Froehlich-Grobe, K. – Lollar, D. (2011): Obesity and Disability. Time to Act. *American Journal of Preventive Medicine, 41*(5), 541–545.

Hicks, A. L. – Martin, K. A. – Ditor, D. S. – Latimer, A. E. – Craven, C. –Bugaresti, J. – McCartney, N. (2003): Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: Effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord, 41,* 34–43.

Johnson, C. C. (2009): The Benefits of Physical Activity for Youth With Developmental Disabilities: A systematic Review. *American Journal of Health Promotion, 23*(3), 157–167.

Klavina, A. – Kudláček, M. (2011): Physical education for students with special education needs in Europe: findings of the EUSAPA project. *European Journal of Adapted Physical Activity, 4*(2), 46–62.

Klein, E. – Hollingshead, A. (2015): Collaboration between special and physical education. The benefits of a healthy lifestyle for all students. *Teaching Exceptional Children, 47*(3), 163–171.

Kodish, S. R. – Hodges-Kulinna, P. – Martin, J. J. – Pangrazi, R. – Darst, P. (2006): Determinants of physical activity in an inclusive setting. *Adapted Physical Activity Quarterly, 23*(4), 390–409.

Kowalski, E. – Lieberman, L. J. – Daggett, S. (2006): Getting Involved in the IEP Process. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 77*(7), 35–39.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2014): Oktatási adatok, 2013/2014. *Statisztikai tükör, 2014/39*. KSH, Elektronikus dokumentum: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1314.pdf *(Letöltés ideje: 2014. augusztus 13.)*

Kudláček, M. – Morgulec-Adamowicz. N. – Verellen, J (2010): *European standards in Adapted Physical Activity*. Palacký University Olomouc. Faculty of PhysicalCulture. Olomouc. 108.

Kumar, V. – Cotran, R. – Robbins, S. (1997): *Basic pathology*. Saunders Co., Philadelphia, W.B.

Liou, T. H. – Pi-Sunyer, F. X. – Laferrère, B. (2005): Physical disability and obesity. *Nutrition Reviews, 63*(10), 321–331.

MDSZ (Magyar Diáksport Szövetség) (2013): Tesi deklaráció. http://www.mdsz.hu/tesi/t-e-s-i-deklaracio/ *(Letöltés ideje: 2014. november 27.)*

Nancy, A. M. – Paul, S. C. (2008): Promoting the Participation of Children With Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activities. *Pediatrics, 121*(5), 1057–1061.

O'brian, D. – Kudláček, M. – Howe, P. D. (2009): A contemporary review of english language literature on inclusion of students with disabilities in physical education: an European perspective. *European Journal of Adapted Physical Activity, 2*(1), 46–61.

OALI és OGYEI (Országos Alapellátási Intézet és Országos Gyermekegészségügyi Intézet) (2007): *A testnevelési kategóriába sorolás egészségügyi szempontjai*. Szakmai irányelv iskolaorvosok, háziorvosok, házi gyermekorvosok, szakorvosok, védőnők, gyermekegészségügyi szakemberek, testnevelők és gyógytestnevelők részére. Országos Alapellátási Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20TESTNEVEL%C3%89SI%20KATEG%C3%93RI%C3%81BA%20SOROL%C3%81S%20EG%C3%89SZS%C3%89G%C3%9CGYI%20SZEMPONTJAI.pdf *(Letöltés ideje: 2014. augusztus 28.)*

Paulsen, P. – French, R. – Sherill, C. (1990): Comparison of wheelchair athletes and nonathletes on selected mood states. *Perceptual and Motor Skills, 71,* 1160–1162.

Pain, H. – Wiles, R. (2006): The experience of being disabled and obese. *Disability and Rehabilitation, 28*(19), 1211–1220.

Pate, R. R. – Pratt, M. – Blair, S. N. – Haskell, W. L. – Macera, C. A. –Bouchard, C. J. – Buchner, D. – Ettinger, W. – Heath, G. W. – King, A. C. (1995): Physical activity and public health: A recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association, 273*(5), 402–407.

Rimmer, J. H. (1999): Health promotion for people with disabilities: The emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Physical Therapy Magazine, 79,* 495–502.

Rimmer, J. H. – Rowland, L. J. – Yamaki, K. (2007): Obesity and Secondary Conditions in Adolescents with Disabilities: Addressing the needs of an Underserved Population. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 224–229.

Shields, N. – Murdoch, A. – Loy, Y. – Dodd, K. J. – Taylor, N. F. (2006): A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicin and Child Neurology, 48*(2), 151–157.

Stein, J. (1979): The Mission and the Mandate: Physical Education, the Not So Sleeping Giant. *Education Unlimited, 1*(2), 6–11.

Tóthné Kälbli K. – Fótiné Hoffmann É. – Lénárt Z. (2015): *Az adaptált fizikai aktivitás és az adaptált testnevelés fejlődése és jelentéstartalmának sokszínűsége a nemzetközi és hazai színtéren. Az adaptált testnevelés helye és szerepe az inkluzív oktatás, nevelés keretében. Javaslatok az inkluzív testnevelés gyakorlatának magyarországi megvalósítására.* Megjelenés alatt álló publikáció.

Tóthné Kälbli K. – Kollár K. – Galambos K. (2015): *Testnevelés – Sport – Integráció.* „Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában" című konferencia. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet és az ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat szakmai konferenciája. Budapest, 2015. április 25.

van der Ploe, H. P. – van der Beek, A. J. – van der Woude, L. H. V. – van Mechelen, W. (2004): Physical activity for people with a disability: A conceptual model. *Sports Medicine, 34*(10), 639–649.

Weil, E. – Wachterman, M. – McCarthy, E. P. – Davis, R. B. – O'Day, B. – Lezzoni, L. I. (2002): Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association, 288*(10), 1265–1268.

Weiss, J. – Diamond, T. – Demark, J. – Lovald, B. (2003): Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 24*(4), 281–305.

WHO/FIMS Committee on Physical Activity for Health (1995): Exercise for health. *Bulletin of the World Health Organization, 73*(2): 135–136.

MAGYE információk

Kérjük a tagdíjak befizetését az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó: 3 000 Ft/év | Nyugdíjas/hallgató: 2 000 Ft/év

MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959

MAGYE levelezési cím: 1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.
MAGYE honlap: www.magye-1972.hu

A tagdíjat befizetők a *Gyógypedagógiai Szemle* számait ingyenesen kapják.

A Gyógypedagógiai Szemlét előfizetésben terjeszti
a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440

(1) ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport
(2) NKE Vezető- és Továbbképzési Intézet

A szomatopedagógia szakon/szakirányon végzett gyógypedagógusok iránti munkaerő-piaci kereslet alakulása (2014–2015)

MÁRKUS ESZTER (1) – VÖRÖS FERENC (2)
markus.eszter@barczi.elte.hu, vorossferenc@gmail.com

Absztrakt
A tanulmány a szomatopedagógusok iránti munkaerő-piaci kereslet egyes szempontjait dolgozza fel egy folyamatban lévő országos kutatás részeredményei alapján. A kutatás nem a szakemberek kikérdezésével, hanem központilag nyilvántartott álláshirdetések elemzésével próbál válaszokat keresni arra, hogy milyen ágazatokba, milyen intézményekbe és milyen feladatokra keresnek szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusokat. Az összefoglalás röviden kitér arra, hogy a megváltozott intézményi környezetben milyen új ismereteket és kompetenciákat szükséges biztosítani a szakemberképzésben.

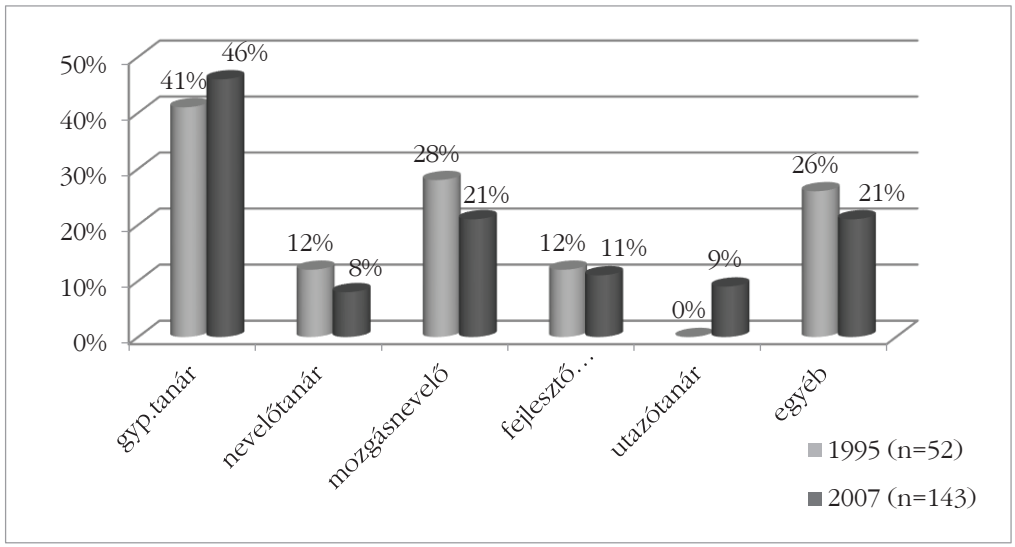
Kulcsszavak: gyógypedagógia (szomatopedagógia); gyógypedagógus-képzés (szomatopedagógia szakirány); munkaerő-piaci igények és szükségletek

Bevezetés

A gyógypedagógus-képzésben közreműködő szakemberek számára a képzés gondozásához és folyamatos megújításához elengedhetetlen, hogy a volt hallgatók elhelyezkedési lehetőségeiről, a szakterületen való szakmai és személyes boldogulásukról időről időre formális vagy informális keretek között visszacsatolást kapjanak. A szomatopedagógiai szakterület viszonylag szűk volta miatt hosszú évekig működött az informális visszajelzés a képzés minőségéről: gyakorlatvezetőknek tartott fórumokon, szakmai konferenciákon, hallgatók visszajelzéseiből, munkáltatóktól. Időközben két kismintás, rövid kérdőíves felmérés is készült arra vonatkozóan, hogy mely ágazatokban, milyen munkaviszonyban, milyen munkakörben dolgoztak a szomatopedagógusok (Benczúr–Márkus 1995; Péntek Dózsa – Márkus 2007). A két kutatás a végzett szakembereket kérdezte ki, az első vizsgálatban 52 kérdőív, míg a második vizsgálatban 143 kérdőív érkezett vissza, ami az addig végzett szakemberek közel 50%-a volt. A felmérés eredményei alapján a szomatopedagógusok által betöltött állások 60–66%-ban a köznevelési (korábban közoktatási),

20–30%-ban az egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi ágazathoz, míg 10–13%-ban egyéb ágazathoz tartoztak (sportszervezetek, média, civil szervezetek, közigazgatás).

Az 1995-ben, illetve 2007-ben megkérdezett szomatopedagógusok nagy része több munkaköri besorolást is feltüntetett ellátott feladatai között, ezért az ellátott feladatok gyakoriságát vizsgáltuk, ahol a következő eredményeket kaptuk.



1. ábra. Végzett szomatopedagógusok által ellátott munkakörök (feladatok) gyakorisága (forrás: BENCZÚR–MÁRKUS 1995; PÉNTEK DÓZSA – MÁRKUS 2007)

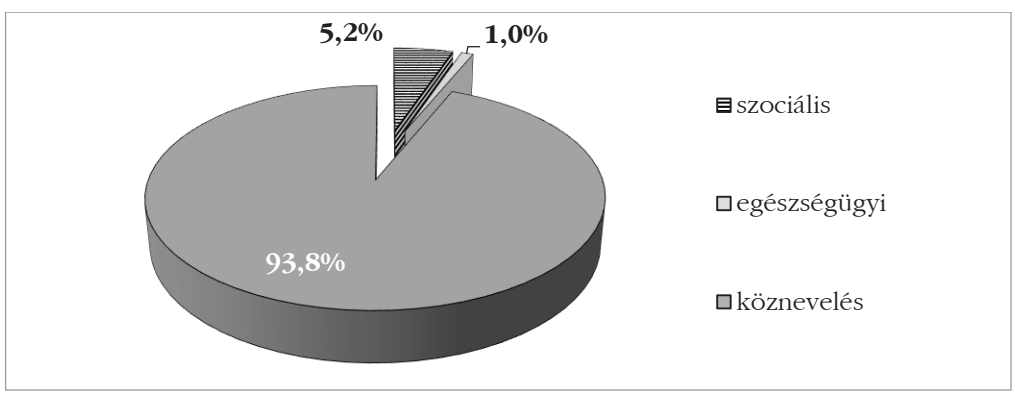
Az *1. ábra* a szomatopedagógusok által betöltött munkakörök, ellátott feladatok gyakoriságának változását mutatja a két korábban végzett felmérésben (1995, 2007). Kissé emelkedett a gyógypedagógiai tanár munkaköri megnevezés gyakorisága, míg a mozgásnevelői munkakörben alkalmazottak gyakorisága enyhén csökkent, továbbá megjelent az „utazótanár" munkakör az integrált nevelés-oktatás segítésére (az 1993. évi közoktatási törvénynek köszönhetően). Természetesen az egyéb típusú intézményekben találkozhatunk még egyéb munkakörökkel, feladatokkal is (pl. alapítványi szervező, szövetségi főtitkár, családgondozó, ergoterapeuta, mozgásfejlesztő, főiskolai oktató és tanársegéd, illetve vezető beosztásban lévő kollégák).

A korábbi kutatások csak a végzett szakemberek által betöltött munkaköröket és ellátott feladatokat voltak képesek feltérképezni, s ez alapján próbáltunk meg visszakövetkeztetni a munkaerő-piaci igényekre, keresletre, a szomatopedagógus szakemberekkel szemben támasztott elvárásokra. De ezekből a felmérésekből nem tudható meg, hogy vajon képzünk-e elég szomatopedagógia szakirányos gyógypedagógust, illetve arra képezzük-e, amire szükség van, továbbá biztosítjuk-e a szükséges ismereteket és kompetenciákat a leendő szomatopedagógusok számára. Ezeket a kérdéseket csak akkor tudjuk megválaszolni, ha a munkaerőpiac munkáltatói oldalát is megkérdezzük, illetve megpróbálunk információkat szerezni elvárásaikról.

Szomatopedagógusokat kereső álláshirdetések elemzése (2014–2015)

Az állami fenntartású (köz)intézményekben (a köznevelési, szociális, egészségügyi, igazságügyi stb. ágazatban) néhány éve kötelezően meg kell hirdetni minden közalkalmazotti állást és munkakört a www.kozigallas.hu központi portálon. Egy készülőfélben lévő mesterképzési diplomamunka keretében gyógypedagógusokat kereső álláshirdetések módszeres összegyűjtése történt a 2014. 01. 01. – 2015. 03. 29. közötti időszakra vonatkozóan. Ezek a hirdetések csak az állami fenntartású munkahelyeket jelentik, tehát az egyházi vagy nonprofit, civil szervezetek által működtetett intézmények és szolgáltatások munkaerőigényét nem tartalmazzák. A fent hivatkozott két korábbi felmérésből tudható, hogy a szomatopedagógusok közel 80%-a állami fenntartású intézményeknél és szolgáltatóknál helyezkedett el (Benczúr–Márkus 1995; Péntek Dózsa – Márkus 2007). A 2010–2015 közötti időszakban a Diplomás pályakövető rendszer (DPR) adataiból tudható, hogy a végzett gyógypedagógusok 83–85%-a a közszolgálati ágazatban (közszférában) talál munkát (www.felvi.hu, www.elte.hu). Ennek következtében a www.kozigallas.hu portálon megjelenő álláshirdetések feltételezhetően a gyógypedagógusok iránti munkaerő-piaci igények 80–85%-át magukban foglalják, s emiatt az adatok meglehetősen megbízhatóak.

A vizsgált 15 hónapnyi időtartamban összesen 2849 hirdetés található a portálon, amiben gyógypedagógus végzettségű szakembereket keresnek. Ebből a 2849 hirdetésből 1742-ben (61,1%) szerepelt szakos/szakirányos megnevezés, a többi hirdetésben csak „gyógypedagógus" megjelölés található. Az 1742 szakos/szakirányos megjelölést tartalmazó hirdetés között 97 hirdetésben szerepelt a szomatopedagógus megjelölés (a szakirányos hirdetések 5,6%-a).



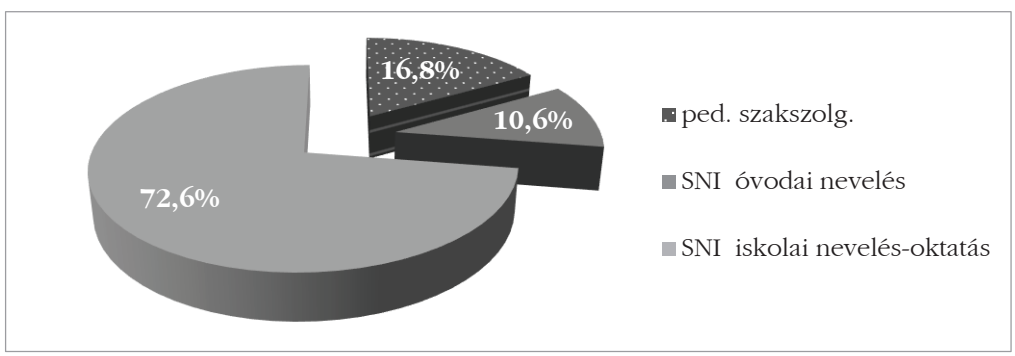
2. ábra. Szomatopedagógusokat kereső hirdetések ágazati megoszlása (n = 97)

A *2. ábrá*n a szomatopedagógus megjelöléssel talált hirdetések (n = 97) ágazati megoszlása látható. A szociális intézményekben (bölcsőde, fogyatékos személyek átmeneti otthona, ápoló-gondozó otthona, rehabilitációs otthona, pszichiátriai betegek otthona; n = 5)

terápiás munkatárs munkakörbe keresnek szomatopedagógusokat, elsősorban mozgásterápiás feladatokra (mozgásterapeuta). Egy esetben adott fel egy kórház és rendelőintézet hirdetést (egészségügyi ágazat), ahol szintén szomatopedagógust szeretnének alkalmazni mozgásterápiás feladatokra. Az alacsony elemszám miatt az egészségügyi és szociális ágazatból érkezett hirdetések további elemzése nem szükséges.

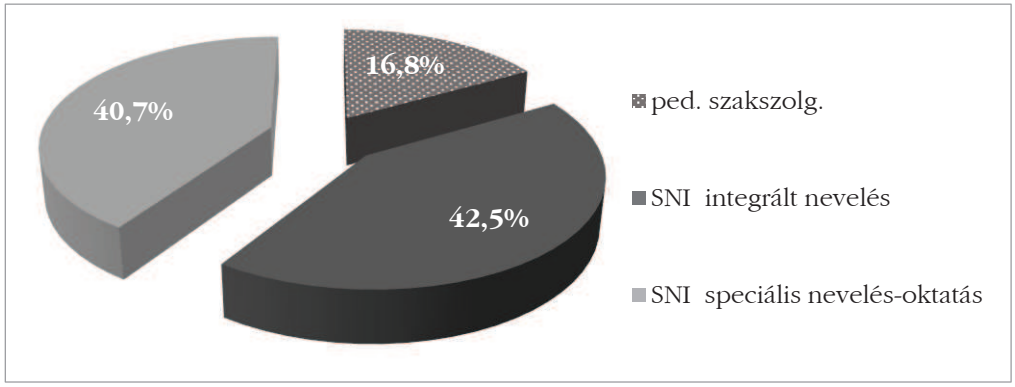
A köznevelés területét érdemes tovább elemezni. A 91 köznevelési hirdetésben összesen 113 ellátandó munkaköri feladat (szomatopedagógiai tevékenység) nevesül. Ennek az az oka, hogy például az egységes gyógypedagógiai módszertani intézményekben (EGYMI) egyszerre keresnek gyógypedagógust speciális (az alapító okiratokban „szegregált"-nak nevezett) és integrált nevelésre (például utazó gyógypedagógusi feladatra), vagy az intézményben egyszerre működik speciális óvoda és iskola is, és mindkettőben igényt tartanak a szomatopedagógus munkájára. Pedagógiai szakszolgálatoknál több hirdetésben keresnek egyszerre szakértői bizottsági feladatokra, korai fejlesztésre és fejlesztő nevelésre.

A *3. ábrá*n látható, hogy a hirdetésekben szereplő feladatok közel 73%-a iskolai nevelésre-oktatásra vonatkozik, 10% az óvodai nevelés. Az óvodai és iskolai nevelést összesítve a köznevelés területén 83%-ban keresnek gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézménybe, továbbá gyógypedagógiai nevelésben-oktatásban részt vevő nevelési-oktatási intézménybe szomatopedagógia szakirányon végzett szakembert. A nevelési-oktatási feladatok mellett fennmaradt 16,8%-nyi feladat pedagógiai szakszolgálati tevékenység.



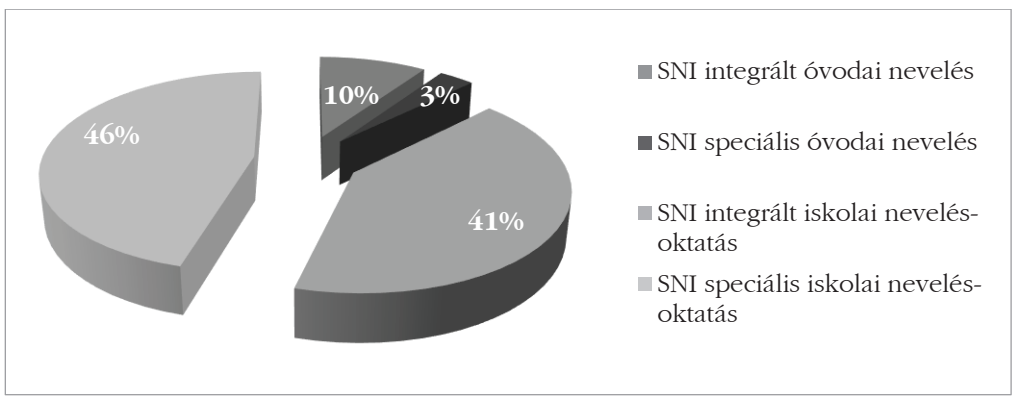
3. ábra. Köznevelésben ellátandó feladatok megoszlása intézménytípusonként (n = 113)

A *4. ábrá*n látható, hogy a speciális és/vagy integrált nevelés mentén hogyan alakul a szomatopedagógusokra váró feladatok megoszlása (speciális óvoda, iskola vagy integrált óvoda, iskola). Integrált óvodában és integrált iskolában végzendő szomatopedagógiai tevékenység a hirdetésekben szereplő feladatok 42,5%-ában jelenik meg, speciális óvodai nevelésben és speciális iskolai nevelésben az ellátandó feladatok 40,7%-a. Az integráció és/vagy különnevelés mentén összesített eredmények alapján megállapítható, hogy kicsivel több szomatopedagógust keresnek integrált körülmények között nevelt mozgáskorlátozott gyermekek és tanulók ellátására, mint speciális intézményekbe. A pedagógiai szakszolgálatok esetében elsősorban diagnosztikai és fejlesztő feladatokra keresnek szomatopedagógusokat (lásd később).



4. ábra. Köznevelési feladatok megoszlása ellátási formánként (n = 113)

Ha az elemzés következő lépésében kivesszük a pedagógiai szakszolgálati tevékenységeket *(5. ábra),* akkor azt látjuk, hogy az integrált és a speciális intézményi feladatok megoszlása nagyjából kiegyenlített: 51% az integrált ellátás és 49% a speciális ellátás.



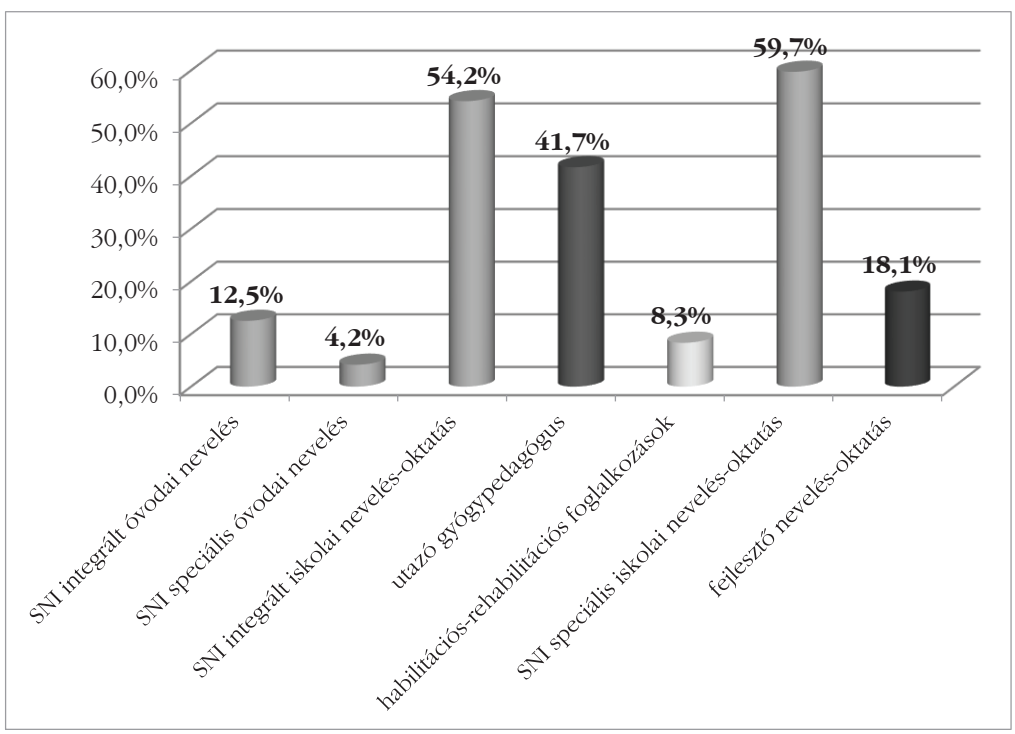
5. ábra. Nevelési-oktatási feladatok megoszlása ellátási formánként és intézménytípusonként (72 hirdetésben n = 94 szomatopedagógiai feladat)

Az óvodai nevelés (összesen 13%) területén lényegesen nagyobb az integráció aránya (az összes óvodai ellátás 77%-a), míg iskoláskorra a speciális ellátás aránya kicsit nagyobb teret nyer. Az óvodai nevelés területén egyértelmű, hogy az integrált nevelés a hangsúlyosabb, hiszen ismeretes, hogy speciális (külön-) óvodai férőhely igen csekély számban áll rendelkezésre mozgáskorlátozott kisgyermekek részére. Az iskolai nevelési-oktatási feladatok 87%-os arányban jelennek meg a köznevelési intézmények által feladott hirdetésekben. Ez természetes, mivel az óvodai nevelés maximum 3-4 évig tart, míg a tankötelezettség teljesítése minimum 10 tanévet vesz igénybe (6–16 éves korig), magában foglalja az általános és középfokú iskolai oktatást, és sajátos nevelési igény esetén 23 éves korig

meghosszabbítható, tehát a fogyatékos tanuló akár 17 tanévet is eltölthet a gyógypedagógiai nevelés-oktatás intézményeiben, ami könnyen magyarázza a nagyobb szakemberigényt.

Az iskoláskorú tanulók ellátásában mutatkozó arányok egyáltalán nem jelentik azt, hogy a mozgáskorlátozott tanulók több mint 50%-a speciális intézményben kapna ellátást. Mindösszesen két „mozgásjavító" iskola található az ország területén, melyek erre a feladatra szakosodtak, és nagyon valószínű, hogy sokkal több tanulót találunk integráló intézményekben, mint a speciális iskolákban. A kizárólag mozgáskorlátozott tanulók nevelésére-oktatására létrehozott (speciális) iskolákban a szakemberek teljes óraszámukban a mozgáskorlátozott tanulókkal foglalkoznak, míg az integráló intézményekben egy-egy szomatopedagógus több tanulót is elláthat, hiszen az integráltan nevelkedő tanulók számára csak a szakértői bizottságok által meghatározott rehabilitációs órakeretben szükséges a szomatopedagógus jelenléte. Így az integrációba keresett szomatopedagógusok feltételezhetően nagyobb tanulólétszámot tudnak ellátni, azaz az integrált/speciális intézményi feladatok megoszlásából semmiképpen sem lehet az esetleges integrált/speciális intézménybe járó gyermekek/tanulók létszámára következtetni.

Ha ilyen magas arányban keresnek a speciális iskolai nevelésre, oktatásra szomatopedagógust, akkor az arra is utalhat, hogy még oda sem jut megfelelő számú szakember. Illetve esetleg más oka is lehet?



6. ábra. Szomatopedagógiai feladatok előfordulási gyakorisága a nevelési-oktatási intézmények által feladott hirdetésekben (72 hirdetésben 94 szomatopedagógiai feladat)

E kérdés megválaszolására a megoszlások mellett érdemes tovább vizsgálni a köznevelés területén megjelent hirdetésekben előforduló előfordulási gyakoriságokat.

A gyakoriság számítása úgy történt, hogy a nevesített feladatok számát a hirdetések számához arányítottuk *(6. ábra)*. A 72 hirdetésben 94 feladatot találtunk (a hirdetések számához képest az ellátandó feladatok aránya 130%). Ez teljesen érthető, hiszen – mint ahogyan korábban már utaltunk rá – egy intézményben több feladatra is alkalmazni kívánják a szomatopedagógust. Ha az 1., 2., 3. és 6. oszlopok értékeit összeadjuk, ezek kiadják a 130%-os értéket. A 4., 5. és 7. oszlopok olyan feladatokat fogalmaznak meg (utazó gyógypedagógus, habilitációs és rehabilitációs foglalkozások, fejlesztő nevelés-oktatás), melyek az 1., 2., 3. és 6. oszlopok valamelyikének részhalmazai. Megjelenítésük azonban nagyon érdekes információkat szolgáltat, melyekben a köznevelési rendszer elmúlt években bekövetkezett változásai nyomon követhetők, és a szomatopedagógus kompetenciakörét is átalakítják, bővítik. Mindennek közvetlen hatása is lehet a szomatopedagógia szakirány belső tartalmainak átcsoportosítására.

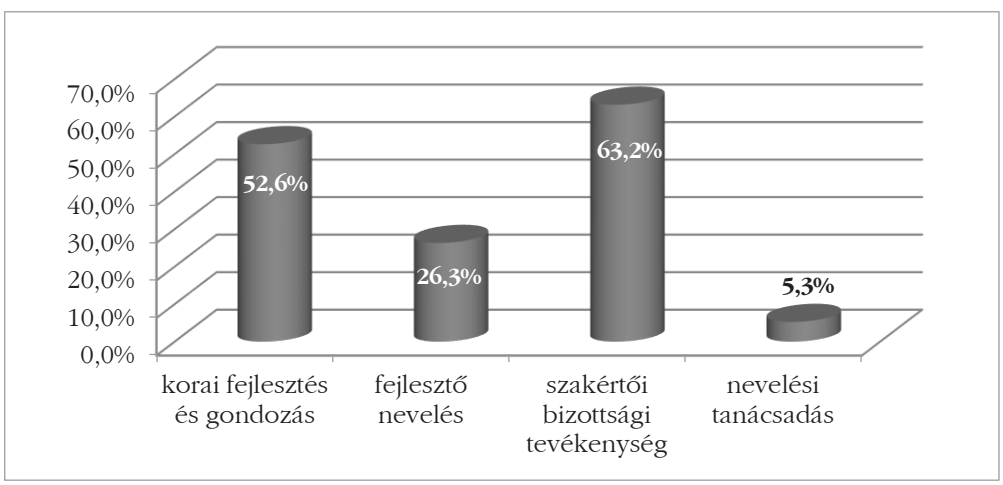
Az integrált nevelés-oktatás ellátása a hatályos jogi szabályozás alapján kétféle módon valósítható meg. A tankerületben található gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmény (EGYMI) működtet utazó gyógypedagógusi hálózatot, vagy az intézmény maga vesz fel szomatopedagógust integrált tanulói mellé. Az utazó gyógypedagógus feladat (4. oszlop) megjelenését a hirdetésekben éppen ezért külön is kódoltuk, hogy láthassuk, vajon az integrált nevelés-oktatás és az utazó gyógypedagógus gyakorisága egyezik-e. Az utazó gyógypedagógus kódja mellett mindenütt kódoltuk az „SNI integrált nevelés-oktatás" kategóriát, ennélfogva az utazó gyógypedagógus részhalmaza az integrált nevelés-oktatásnak. Több olyan hirdetés is volt azonban, ahol nem gyógypedagógiai nevelési oktatási intézmény (EGYMI) hirdetett szomatopedagógus állást, hanem olyan intézmény, amelyik csak integrált neveléssel foglalkozik. Az SNI integrált iskolai nevelés-oktatás gyakorisága (54,2%) magasabb, mint az utazó gyógypedagógus gyakorisága (41,7%), ebből arra lehet következtetni, hogy a két gyakoriság közti különbség (12,5%) olyan hirdetéseket takar, ahol az integráló intézmény teljes állásban kíván szomatopedagógust alkalmazni. Az integrált/inkluzív nevelés további fejlődésének egyik fontos lépcsője lehet, ha a gyógypedagógus teljes állású, mondhatjuk „teljes jogú" tagja a tantestületnek, teljes óraszámában az iskolában tartózkodik. Az utazó gyógypedagógus ezzel szemben rendszerint több intézménybe is kijár az EGYMI-ből, a szakértői bizottság által előírt rehabilitációs órakeret óraszámainak megfelelően ellátja az integrált tanuló speciális fejlesztésének feladatait, de emellett nem válik részévé a tantestületnek, és korlátozott időtartamban elérhető a szülők, pedagógusok és más szakemberek számára.

Az egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs foglalkozások megtartása a nevelési-oktatási intézmények által feladott hirdetések 8,3%-ában került külön megnevezésre. Ez a tevékenység mind az integrált, mind a speciális intézményekben előfordulhat, tehát ezeknek részhalmaza, az adat megjelenítése csak tájékoztató jellegű (5. oszlop).

A súlyosan-halmozottan fogyatékos tanulók fejlesztő nevelés-oktatása 2014 szeptembere óta kizárólag gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményben vagy intézmény által látható el. Ily módon a fejlesztő nevelés-oktatás részhalmaza az SNI speciális iskolai nevelés-oktatás kategóriának. Mivel ezen tanulók többféle fogyatékossági típusba tartozhatnak, ezért nem csupán (nem elsősorban) a mozgáskorlátozott tanulók számára létrehozott

intézmények tanulói. A szomatopedagógusokat kereső hirdetések szövegében 18,1%-os gyakorisággal jelenik meg a fejlesztő nevelés-oktatás (7. oszlop) mint feladat, ezek a hirdetések rendszerint más fogyatékossági típusba sorolható (többségében értelmileg akadályozott, néha tanulásban akadályozott) tanulók számára működő speciális iskolák hirdetései. Ezek azok az intézmények, ahol elindították a fejlesztő nevelés-oktatást (2006–2014 között „fejlesztő iskolai oktatás"-t), illetve ahol a gyógypedagógiai iskolának a tankerülete területén élő súlyosan-halmozottan fogyatékos tanulók gyógypedagógiai ellátását meg kell szerveznie. (Megszervezhető otthoni ellátás keretében, vagy abban az intézményben, ahol a tanuló gondozása történik, pl. ápoló-gondozó otthonban, fogyatékosok nappali intézményében stb.). Ha kivesszük a fejlesztő nevelés-oktatást az SNI speciális iskolai oktatás-nevelés kategóriából, akkor 41,6% marad. Ebből arra lehet következtetni, hogy a fejlesztő nevelés-oktatás bevezetése megemelte/megemeli a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményekben a szomatopedagógusok iránti keresletet, jelen vizsgálatunkban közel 50%-kal. A hirdetésekben a mozgáskorlátozott tanulók „klasszikus" speciális nevelés-oktatásának gyakorisága ennek következtében 41,6%, ami ténylegesen alacsonyabb érték, mint az 54,2%-os gyakoriság az integrált iskolai nevelés-oktatás esetében. Tehát jól látszik, hogy mozgáskorlátozott tanulók esetében az integrált nevelés-oktatás területén nagyobb az igény a szomatopedagógusra, a speciális intézményekben a súlyosan-halmozottan fogyatékos tanulók ellátása emeli meg a szomatopedagógiai szaktudás iránti munkaerő-piaci igényt.

Pedagógiai szakszolgálathoz a vizsgált időszakban 19 hirdetésben kerestek szomatopedagógia szakirányon végzett szakembert. Bár az esetszám kicsi, mégis érdemes vizsgálódni az ellátandó feladatok tekintetében. A vizsgálódáshoz itt is a gyakoriság lehet a célravezető, mert 19 hirdetésben összesen 28 feladatot neveztek meg a szakszolgálati tevékenységek közül. A szakszolgálati tevékenységek kódolása egyszerűbb volt, a hirdetések többségében a vonatkozó jogszabályokban definiált feladatok fogalmazódtak meg.



7. ábra. Szomatopedagógiai feladatok előfordulási gyakorisága a pedagógiai szakszolgálatok által feladott hirdetésekben (19 intézmény, 28 feladat)

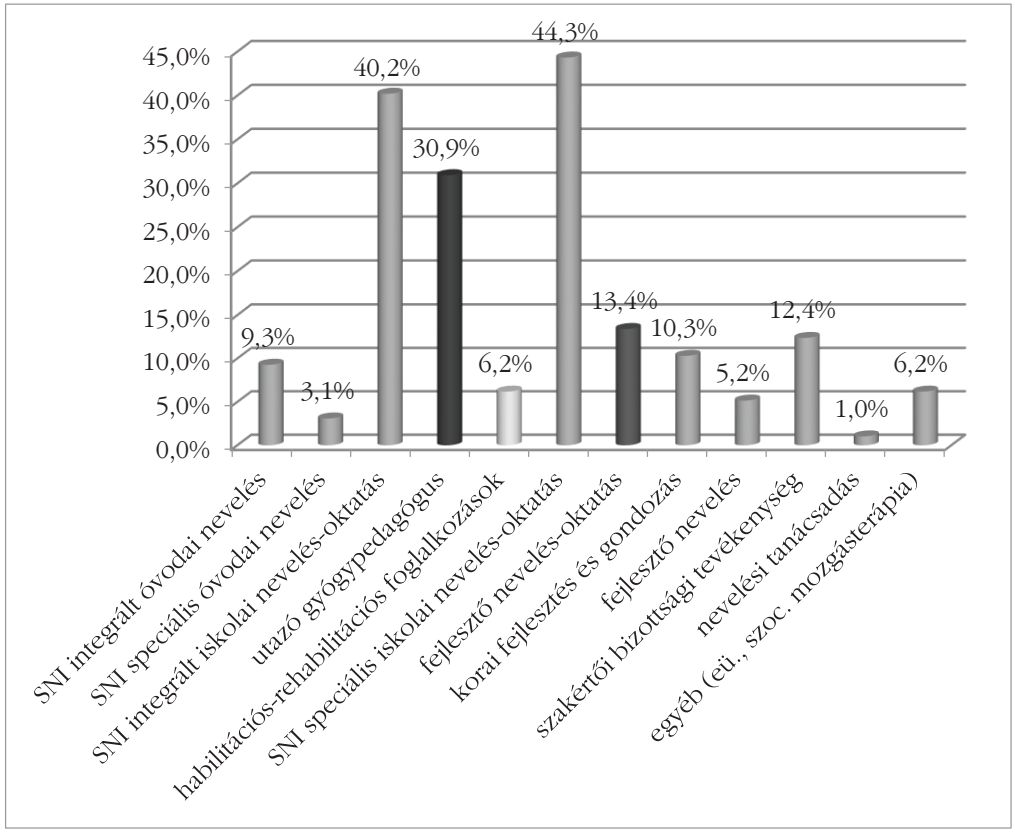
A *7. ábra* adatai az alacsony elemszám ellenére is tendenciaszinten ábrázolják, hogy a szomatopedagógiai kompetenciák a pedagógiai szakszolgálat intézményeiben elsősorban a szakértői bizottsági vizsgálatok, illetve a korai fejlesztés és gondozás feladatainak ellátására tesznek alkalmassá. A fejlesztő nevelésben megjelenő gyakoriság azért alacsonyabb, mert az csak az 5–6 éves korú súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek ellátására szolgál, tehát igen kis létszámú a célcsoport. A pedagógiai szakszolgálatok közül rengeteg tagintézménynél jelent meg az alapító okiratban a szakértői bizottsági tevékenység, a viszonylag magas gyakoriság (63,2%) ennek köszönhető. Mindenképpen előremutató és örvendetes, hogy ezek a szakszolgálati tagintézmények szomatopedagógust keresnek a mozgásvizsgálatok elvégzésére, akár a korai fejlesztésben, akár a fejlesztő nevelésben részt vevő gyermekek vizsgálatáról legyen szó. A jövő szempontjából üdvözlendő, hogy a komplex vizsgálat elvégzése érdekében a kisebb szakszolgálati tagintézmények is szomatopedagógust keresnek a mozgásállapot felmérésére, mozgásvizsgálatra. Ugyanígy nagyon fontos, hogy a korai fejlesztés és gondozás feladatainak ellátására is keresnek szomatopedagógus szakembert, hiszen az első években bármely fogyatékossági típusba tartozó kisgyermek esetében hangsúlyos jelentősége van a mozgásfejlődésnek, mozgásfejlesztésnek.

Összegzés és következtetések, ajánlások a szomatopedagógus-képzés számára

A *8. ábrá*n a szomatopedagógusok által ellátandó feladatok előfordulási gyakorisága látható az összes feladott hirdetésben. Ezeknek az adatoknak egy része összevethető az 1995-ben és 2007-ben végzett kérdőíves felmérések adataival. A szomatopedagógusok körében végzett korábbi felmérésekből kiderült, hogy 20–30%-uk dolgozott az egészségügyi, szociális vagy gyermekvédelmi ágazatban (lásd Bevezetés). A jelenlegi kutatás alapján a feladott hirdetések 6,2%-ában keresnek egészségügyi vagy szociális területre szomatopedagógust.

Ennek feltételezhető oka lehet, hogy míg korábban a képzési kötelezettség, majd később egyéni fejlesztő felkészítés a szociális intézményekben is megvalósulhatott, és az intézmények maguk alkalmazták a feladatra gyógypedagógusokat, addig jelenleg a súlyosan-halmozottan fogyatékos tanulók fejlesztő nevelése-oktatása a gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmények feladatellátási körébe tartozik. Ezért is látható, hogy az SNI speciális iskolai nevelés-oktatáson belül (44,3%), 13,4%-ban keresnek fejlesztő nevelés-oktatásra szomatopedagógusokat. Azaz, ahol eddig a szociális intézménybe kerestek szakembert a súlyosan-halmozottan fogyatékos tanulók ellátására, most ez a kereslet áthelyeződött az SNI speciális nevelési-oktatási intézményekbe.

Arról is árulkodhat ez az összehasonlított adat, hogy sok esetben a szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok maguk találnak elhelyezkedési lehetőséget az egészségügyi vagy szociális ágazatban, pedig esetleg olyan álláshirdetésre jelentkeznek, amelyben eredetileg nincs nevesítve a szomatopedagógia.



8. ábra. Szomatopedagógiai feladatok előfordulási gyakorisága az intézmények által feladott hirdetésekben (97 hirdetésben 119 feladat)

Figyelemre méltó az utazó gyógypedagógus iránti igény gyakoriságának növekedése: míg a 2007-es felmérésben a szomatopedagógusok körében 9%-ban jelent meg az utazó gyógypedagógusi feladat *(1. ábra)*, addig a jelenlegi összes hirdetésben közel 31%-os gyakorisággal fordul elő. Ez mindenképpen alátámasztja, hogy jelentősen növekedett az integráltan nevelkedő mozgáskorlátozott tanulók száma, illetve gyanítható, hogy felderítésük, szakvéleményezésük és speciális megsegítésük igénye jelentkezik egyre láthatóbban a köznevelés területén.

Ha az SNI speciális iskolai nevelés-oktatásból kivonjuk a fejlesztő nevelés-oktatás gyakoriságát, akkor nem egészen 30% marad, emellett az SNI integrált nevelés-oktatás összesen 40%, ami egyértelműen igazolja, hogy mozgáskorlátozott tanulók esetében nagyobb az igény a szomatopedagógusokra az integrált nevelés-oktatásban, mint a speciális iskolákban. A speciális iskolai nevelés-oktatásban megjelenő új feladat, a fejlesztő nevelés-oktatás emeli meg összesítve az SNI speciális iskolai nevelés-oktatás gyakoriságát.

Az összes szomatopedagógust kereső hirdetés körülbelül 10–10%-ában fordul elő az SNI integrált óvodai nevelés, a korai fejlesztés és gondozás, illetve a szakértői bizottsági tevékenység mint feladat. Ezekre az eredményekre is érdemes odafigyelni.

A szomatopedagógia jövőbeni kompetenciáinak átgondolásakor, megújításakor érdemes a fenti vizsgálat eredményeit is figyelembe venni. A kompetenciák elsajátításához szükséges szakmai tartalmak már most is foglalkoznak a komplex diagnosztika, korai fejlesztés, integrált/inkluzív nevelés-oktatás, fejlesztő nevelés-oktatás témaköreivel, a képzés továbbfejlesztésekor javasolt a következő szempontokra fókuszálni:

- a mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók speciális óvodai nevelése és iskolai nevelése-oktatása mellett a képzésben legalább akkora figyelmet kell szentelni az integrált nevelés-oktatás sajátosságainak, módszertanának;
- az integrált nevelés-oktatás sajátosságainak, módszertanának, speciális feladatainak oktatásakor különös figyelmet kell szentelni az utazó gyógypedagógusi (szomatopedagógusi) kompetenciáknak (kommunikáció és kapcsolattartás a szülőkkel, gyermek- és tanulótársak tájékoztatása, érzékenyítése, a nem fogyatékos gyermekek, tanulók szüleinek tájékoztatása, érzékenyítése, többségi pedagógusok támogatása az inklúzióban stb.);
- a speciális iskolai nevelés-oktatás sajátosságainak és módszertanának oktatásakor a képzésben hangsúlyosabban kell megjelennie a fejlesztő nevelés-oktatásra felkészítő elméleti és gyakorlati ismereteknek, kompetenciáknak;
- a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek közül a szakértői bizottsági tevékenység és a korai fejlesztés, gondozás jelenik meg erőteljesebben, ezért a szomatopedagógus-képzés tartalmai között a komplex diagnosztikai és korai fejlesztési ismeretek elméleti és gyakorlati oktatásának arányát érdemes tovább növelni.

Irodalom

Benczúr M. – Márkus E. (1995): A szomatopedagógus és a rehabilitáció – hazai helyzetkép. *Rehabilitáció, 5*(4), 519–523.

Péntek Dózsa M. – Márkus E. (2007): Pályatükör végzett szomatopedagógusokról. ELTE BGGYK, Magyar Tudomány Ünnepe 2007 (előadás és prezentáció, kézirat).

Diplomás pályakövetés http://www.felvi.hu/felsooktatasimuhely/dpr *(Letöltés ideje: 2015. július 2.)*

ELTE Diplomás pályakövető rendszer http://minoseg.elte.hu/kiadvanyok *(Letöltés ideje: 2015. június 28.)*

Gyógypedagógia – http://www.felvi.hu/diploman_tul/karriertervezes/alapszakok_karrierlehetosege/!Szakleirasok/index.php/szakleirasok/szakleiras_konkret?szak_id=34&kpzt=10&kepzes=A *(Letöltés ideje: 2015. július 2.)*

(1) ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport
(2) ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola
(3) Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium

Közös útkeresés a spasztikus hemiparetikus tanulók felső végtagi mozgásainak vizsgálatában és nyomon követésében

LÉNÁRT ZOLTÁN (1, 2) – MOLNÁR ANETT (1) – SZEMENYEI ESZTER (1) – TAPA GERGELY (3) – ZAHORA NÓRA (1)
lenart.zoltan@barczi.elte.hu, mlnr.anett@gmail.com, szemeszter91@gmail.com, tgeresz@gmail.com, zahoranora@gmail.com

Absztrakt
2014 óta dolgozik együtt egy hallgatókból, oktatókból, szomatopedagógusokból álló kutatócsoport azon, hogy minél több, az adott fogyatékossági típust jellemző adatot találjon a spasztikus cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok felső végtagi mozgásairól. A rövid kutatási beszámoló a szakmai együttműködésben rejlő lehetőségekre és előnyökre hívja fel a figyelmet.

Kulcsszavak: cerebrális parézis, felső végtag, együttműködés

Bevezetés

A *Gyógypedagógiai Szemle* 2011/2-es számában megjelent egy tanulmány, egy kutatási beszámoló, amely a spasztikus cerebrális paretikus gyermekek felső végtagi funkcionális vizsgálatáról szólt (LÉNÁRT 2011). A dolgozat szerzője, Lénárt Zoltán, most már a doktori kutatása keretein belül foglalkozik a témával, prof. dr. Kullmann Lajos vezetésével. Ez a mostani kutatás mind a vizsgált személyek, mind a felhasználandó vizsgáló eszközök és módszerek számában bővebb, mint az öt évvel ezelőtti. De nem ez az egyetlen különbség. Fontosabbnak tartjuk azt, hogy ezúttal gondosabb tervezés, alaposabb szervező, előkészítő munka után, az eredményeket befolyásoló összes lényeges tényező feltárására való törekvéssel valósul meg a kutatás. Ez nem lenne lehetséges csapatmunka nélkül. Jelen

tanulmány célja bemutatni, hogy milyen kölcsönös előnyökkel jár a résztvevők számára egy olyan közös kutatás, amelyben a gyógypedagógus-képző intézmény oktatói, hallgatói, a terepen dolgozó szakemberekkel együttműködve, az érintett gyermekeket és szüleiket bevonva közösen tervezik meg a kutatási design-t, és valósítják meg – ha kell, módosításokkal – a kutatási tervet.

A kutatás indoklása, kutatási előzmények

Dietmar Blohm – több szerzőre hivatkozva – állítja, hogy a cerebralis paresis (CP) „a neuromuszkuláris rendszer leggyakoribb és legköltségesebb gyermek- és ifjúkori krónikus károsodása" (BLOHM 2012: 7). Viszonylag kevés tudással rendelkezünk a CP-s gyerekek mozgásának kinematikai jellemzőiről és objektíven leírható jelenségeiről (ELIASSON–FOESSBERG–HUNG–GORDON 2006). Különösen igaz ez a felső végtagi mozgásokra, amelyek kevésbé mutatnak olyan, viszonylag jól jellemezhető sztereotípiákat, mint az alsó végtagi funkciók (LACZKÓ–JARIC–DOMKIN–JOHANSSON–LATASH 2001; LACZKÓ 2005). A mozgásnevelő tanárként dolgozó, szomatopedagógus végzettségű szakemberek tapasztalatai szerint általában kevesebb szó esik a kézről, a felső végtagi funkciókról, mint a járásról. Kevesebb mérőeszköz is áll a rendelkezésükre ezen a területen. Ami van, az pedig nem mindig bizonyul alkalmasnak a funkcionalitás mérésére. Kérdésként merül fel, hogy egyáltalán mi a jó mérőeszköz. Ezek a kérdések tehetik motiválttá a terepen dolgozó szakembereket egy közös kutatásban való részvételre.

Módszer

A tervezett vizsgálati minta negyven, cerebralis pareticus (központi idegrendszeri sérült) gyermekből, fiatalból áll. Mindannyiuk vezető motoros tünete a spaszticitás, amely érinti a felső végtagok közül legalább az egyiket. Továbbá a két felső végtag között jelentős funkció- és izomtónusbeli eltérés figyelhető meg. Kontrollcsoportként hasonló életkorú, ép mozgásfejlődésű fiatalok bevonását tervezzük. Illesztett kontrollminta-kiválasztással biztosítjuk a két csoport eredményeinek összehasonlíthatóságát. A vizsgálatok a Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium mozgásnevelő tanárainak közreműködésével történnek.

A vizsgált személyek előzetes felméréséhez. *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása* (FNO – EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET 2004) kétkarakteres osztályozását használjuk, kiegészítve a CP-s fiatalok felmérésére összeállított core set kérdéseivel (SCHIARITI–SELB–CIEZA–O'DONNELL 2015). A tanulók csoportosítása a Gross Motor Function Classification System (GMFCS) és a Manual Ability Classification System for Children with Cerebral Palsy (MACS) segítségével történik, egy ötfokozatú skálán. Az izomtónus mérése Módosított Ashwoth skálával (MAS) történik (BOHANNON–SMITH 1987). Funkcionális tesztként a Fugl–Meyer-skála felső végtagi motoros tesztjét, valamint a Quality of Upper Extremity Skills Testet (QUEST) használjuk. A szülők által kitöltendő ABILHAND –

Kids Specific to Cerebral Palsy Children a mindennapi otthoni tevékenységek végrehajtását értékeli. Kiegészítésként a kéz és a hüvelykujj tartásáról, általános funkcionalitásáról tájékoztat a House-féle kézfunkciós teszt és a House-féle hüvelykujj teszt, valamint a Zancolli-féle osztályozás. A felhasználandó skálák érvényességét többen bizonyították (Mcconnell–Johnston–Kerr 2011; Thorley–Lannin–Cusick–Novak–Boyd 2012 a, b; Blackburn – Van Vliet – Mockett 2002).

Az objektív mérés biztosítására a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Méréstechnika és Információs Rendszerek Tanszékén kifejlesztésre került, passzív markerek követésén alapuló mozgásanalizátort (Passive Marker-based Analyser for Movements – PAM) (Jobbágy–Harcos–Karoly–Fazekas 2005) tervezzük használni. Ez a készülék kétdimenziós képeken, másodpercenként 50 alkalommal határozza meg a körömpercre erősített marker pozícióját. A mozgások objektív elemzése a marker által jelzett végpont-koordináták időfüggvényeinek vizsgálatán alapul. A mozgásanalizátor által szolgáltatott nyers adatok további feldolgozása Excel és MATLAB programokkal történik. Így válik ábrázolhatóvá és összehasonlíthatóvá a vizsgált személyek ismételt, körző mozgásainak varianciája. A vizsgálati feladat során minden vizsgált személy tízszer körülrajzol a mutató ujjával egy, az asztalra rögzített, 10 cm sugarú kört. A mozdulatsort mindkét kézzel elvégzik.

Ebben a tanévben sajnálatos módon nem kaptuk meg a PAM-ot az elvégzendő vizsgálatokhoz. Viszont Szabó Andor, az ELTE TTK meteorológia szakos MSc-hallgatója kifejlesztett egy alkalmazást, amely egy webkamera által vett jeleket Linux operációs rendszer alatt képes hasonló adatokká alakítani, mint a PAM. A legfontosabb különbség, hogy itt nem infravörös tartományban történik a felvétel. Ezért fontos a jó megvilágítás. Nincs szükség viszont fényvisszaverő markerre, csak egy jól beazonosítható színre. A kék színű markert nem a mutató ujjon helyeztük el, hanem készítettünk egy, a számítógépes egérhez hasonló eszközt. Ezáltal a súlyosabb mozgásállapotú, spasztikusabb kezű gyermekek körző mozgásai is végig jól követhetők lesznek. Jelenleg ezzel az eszközzel kezdtük meg a vizsgálatainkat. Amint hozzájutunk az ismert műszerhez (várhatóan 2015 őszén), elvégezzük az új eszköz validitásvizsgálatát. Az eredményektől tesszük függővé, hogy melyik eszközzel folytatjuk a kutatást.

A vizsgálatokat két időpontban, 2015. június–szeptemberben és 2016. májusban végezzük el. A két időpont között egy tanévnyi idő telik el. Az adatok feldolgozása után a két időpontban nyert eredmények összehasonlítására kerül sor a CP-s és a tipikusan fejlődő csoport esetében.

A jelenleg folyó kutatás előkészítéseként, 2015 januárjában pilotvizsgálatot végeztünk. Öt gyermeket vizsgáltunk meg. A műszeres mozgásanalízis kivételével valamennyi, a szakirodalom szerint relevánsnak ítélt, és általunk díjmenetesen elérhető eszközt felhasználtuk. Ennek a vizsgálatnak az eredményeiből, tapasztalatiból, a kutatási naplót is felhasználva, Molnár Anett írt szakdolgozatot.

A tesztek segítségével átfogó, komplex képet kaptunk a spasztikus cerebrális paretikus gyermekek felső végtagi funkcióiról *(1. táblázat)*. A GMFCS által az I. szintbe sorolt személyek és az V. szintbe sorolt személyek között – általában – jelentős különbséget észleltünk a felső végtag funkcióját mérő tesztek által kapott eredményekben. Különösen az „Abilhand" és a „QUEST"eredményeinél mondhatjuk ezt el. Ugyanakkor az is kiderült,

hogy a „Rivermead” motoros skála esetében nem tapasztaltunk összefüggést az egyes eredmények között, továbbá ez a teszt nem tűnt kellően érzékenynek cerebrális paretikus személyek felső végtagi funkcióvizsgálatára. Így a továbbiakban ezt nem alkalmazzuk. Továbbá, a House-féle kézfunkciós teszt és House-féle hüvelykujjteszt, valamint a Zancolli-féle osztályozás általában kézsebészeti beavatkozások előtt és után használatos. Ezért fontos kiegészítői lehetnek a kézfunkció jellemzésének, de összehasonlításra, fejlődés kimutatására kevésbé használhatóak. A pilotfelmérés pozitív és negatív tapasztalatai komoly segítséget jelentettek a további vizsgálatok módszertanának kialakításában.

Mi történt eddig?

Az alábbiakban kronológiai sorrendben mutatjuk be a kutatás megvalósult lépéseit:

- 2015 januárjában, az előzetes kutatási terv alapján lezajlott a pilótvizsgálat. A vizsgálatokról videodokumentáció készült. A felvételek alkalmasak voltak a mozgások utólagos közös elemzésére. A belőlük készült kisfilmet két célra használtuk fel: egy pályázaton indultunk vele, illetve felhasználtuk az újabb vizsgálati személyeknek és szüleiknek szóló tájékozató előadáson.
- A *Kézfogások* című kisfilmmel megosztott negyedik-ötödik helyet értünk el az ELTE Rektori Hivatal Pályázati és Innovációs Központja által szervezett „Film Up!” pályázaton.
- Márciusban Molnár Anett sikeresen megvédte a szakdolgozatát.
- Áprilisban több alkalommal megbeszélést tartottunk az iskola mozgásnevelői munkaközösségével, ahol közösen alakítottuk ki a további célkitűzéseket, megterveztük a vizsgálatok menetét, felosztottuk a munkát.
- Ezt követően került sor a szülő-diák fórum meghirdetésére, ahol a szükséges szülői tájékoztató élőben zajlott. A megjelentek kérdezhettek, véleményezhettek, és a film segítségével bepillantást is nyerhettek a várható vizsgálatokba.
- Április 25-én Lénárt Zoltán és Tapa Gergely előadást tartott az *Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában* című konferencián.
- Június első heteiben lezajlott az első méréssorozat első üteme.
- Június 6-án Lénárt Zoltán a Kari Doktori Konferencián, június 24-én pedig a Mozgásjavító tantestülete előtt számolt be a kutatás jelenlegi állásáról és a további tervekről. Mindkét fórumon a kollégák kérdéseikkel, javaslataikkal járultak hozzá a kutatás sikeréhez.

Összegzés

A két időpontban felvett adatok összehasonlító elemzésétől olyan eredményeket várunk, amelyekkel valóban jól jellemezhető a választott, a hazai közoktatásban egyre jelentősebb szerepet játszó populáció mozgásfejlődése. Az új módszerek kipróbálásával remélhetőleg bővül a mozgásnevelési gyakorlatban alkalmazott vizsgálatok köre. A különböző eszközök és módszerek egymást kiegészítő hatása alapján ajánlásokat fogalmazhatunk meg azok mindennapos használatára a szomatopedagógiai gyakorlatban. A kutatás folyamata során nagy hangsúlyt fektetünk a gyermekek és szüleik folyamatos tájékoztatására. Bízunk benne, hogy az érintettek felé történő visszajelzés pontosításához is hozzá tudunk járulni ezzel a kutatással. Az eddigi tapasztalataink alapján a kutatás sikere szempontjából alapvető fontosságú az abban résztvevők közti folyamatos, nyílt, kölcsönös kommunikáció. A közös kutatás kölcsönös előnyeit az *1. ábrá*n foglaltuk össze.

Irodalom

Blackburn, M. – van Vliet, P. – Mockett, S. P. (2002): Reliability of Measurements Obtained with the Modified Ashworth Scale in the Lower Extremities of People with Stroke. *Physical Therapy, 1,* 25–34.

Blohm, D. (2012): Wirksamkeit von Aquatherapie bei Kinder und Jugendliche mit infantiler Zerebralparese (ICP), Das Potenzial für positive Effekte ist groß. *Zeitschrift für Physioterapeuten, 8,* 6–15.

Bohannon, R. W. – Smith, M. B. (1987): Inter-raterreliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy, 67,* 206–207.

Eliasson, A. C. – Foessberg, H. – Hung, Y. C. – Gordon, A. M. (2006): Development of Handfunction and Precision Grip Control in Individuals with Cerebral Palsy: A 13-year Follow-upstudy. *Pediatrics, 4,* 1226–1236.

Jobbágy Á. – Harcos P. – Karoly R. – Fazekas G. (2005): Analysis of Finger-tapping Movement. *Journal of Neuroscience Methods, 141,* 29–39.

Laczkó J. – Jaric S. – Domkin D. – Johansson H. – Latash, M. L. (2001): *Stabilization of Kinematic Variables in the Control of Bimanual Pointing Movements.* International Joint Conference on Neural Networks. IEEE. Washington DC. 1256–1260.

Laczkó J. (2005): Végtagok mozgás-szabályozásának modellezése. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 8,* 42–46.

Lénárt Z. (2011): A mozgásnevelés hatására bekövetkező minőségi változások mérhetősége hemipareticus gyermekek felső végtagi mozgásaiban. *Gyógypedagógiai Szemle, 2,* 131–141.

Schiariti, V. – Selb, M. – Cieza, A. – O'Donnell, M. (2015): International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: A Consensus Meeting. *Developmental Medicine and Child Neurology, 57*(2), 149–158.

THORLEY, M. – LANNIN, N. – CUSICK, A. – NOVAK, I. – BOYD, R. (2012a): Reliability of the Quality of Upper Extremity Skills Test for Children with Cerebral Palsy Aged 2 to 12 Years. *Physicaland Occupational Therapy in Paediatrics, 32*(1), 4–21.

THORLEY, M. – LANNIN, N. – CUSICK, A. – NOVAK, I. – BOYD, R. (2012 b): Construct validity of the Quality of Upper Extremity Skills Test for Children with Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 54,* 1037–1043.

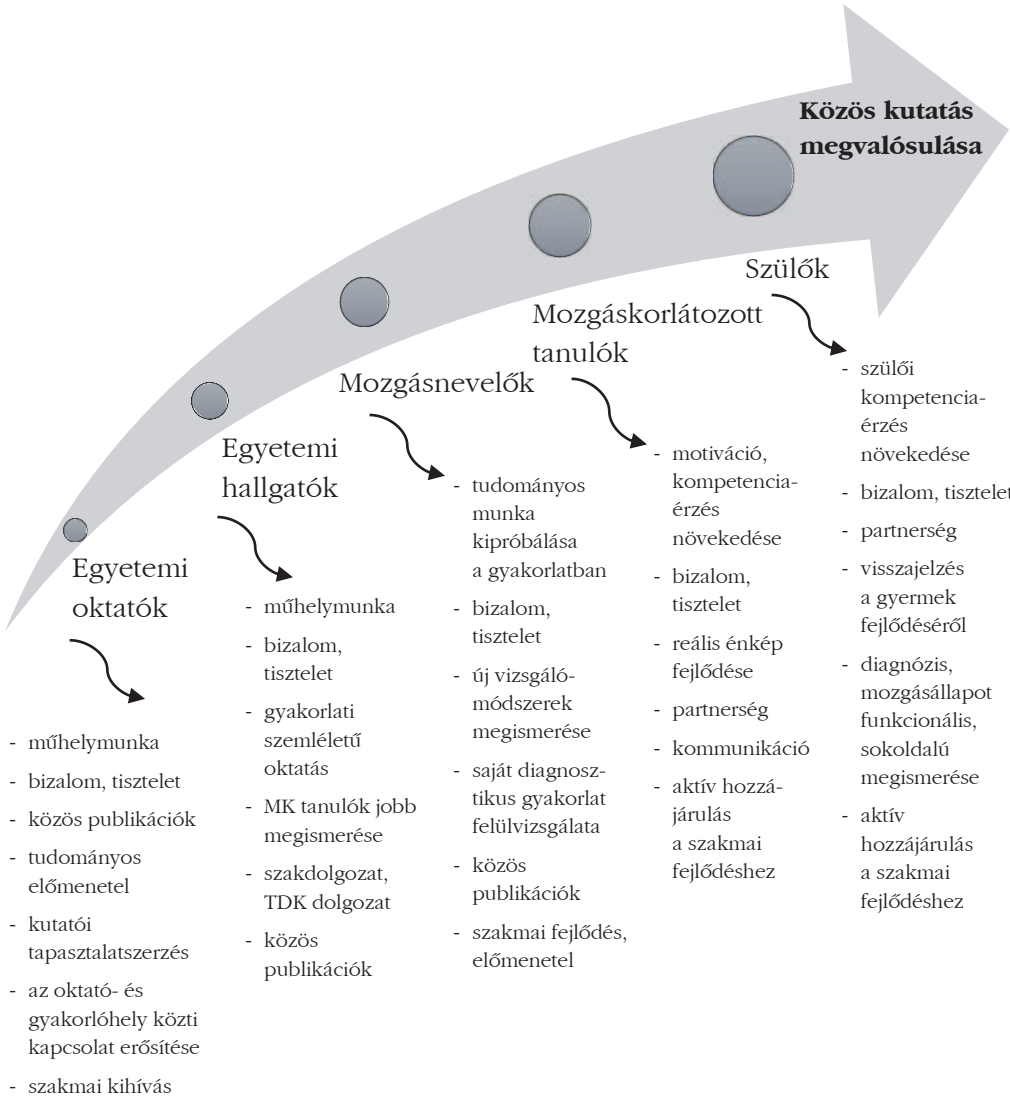
Mellékletek

Tesztek **Vizsgált személyek**	Diagnózis	GMFCS	MACS	Abilhand	QUEST	Fugl-Meyer	Rivermead	House's Class.	House-féle hüvelykujj	Zancolli
A alany	sp. hemipl. CP	I.	I.	30 pont	85,37	39 pont	10	6	3	1.
B alany	sp. hemipl. CP	II.	III.	8 pont	77,62	40 pont	3	1	1	2.a
C alany	sp. tetrapl. CP	III.	III.	22 pont	49,27	É*: 24 pont, D**: 49 p.	0	É.: 3	1	2.a
D alany	sp. tetrapl. CP	IV.	III.	22 pont	48,06	É.: 4 pont, D.: 47 p.	0	É.: 2	1	1.
E alany	sp. tetrapl. CP	V.	IV.	8 pont	37,15	É.: 19 pont, D.: 29 p.	3	É.: 3	3	1.

1. táblázat. Az öt vizsgálati alany eredményei a különböző vizsgálatok során

* É: Az érintett oldal az, amelyik a sérülés szempontjából jobban érintett, ezért azt kevésbé vagy nem használja az egyén.

** D: Az a domináns oldal, amelyiket az egyén előnyben részesíti a mindennapi tevékenységek során. A sérülés szempontjából ez is lehet érintett, de akár teljesen ép is.



1. ábra. A közös kutatás előnyei a résztvevők számára

Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium

A Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium fogadó intézményi szerepe a közösségi szolgálat folyamatában

GALAMBOS KATALIN – RÉVÉSZ RITA
galamboska@gmail.com, revesz@mozgasjavito.hu

Absztrakt
A jelenleg hatályos 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről előírja, hogy 2016-tól az érettségi vizsgára jelentkezés előfeltétele 50 óra közösségi szolgálat teljesítése. A közösségi szolgálat egy olyan tevékenység, melyet a fiatalok önálló választásuknak megfelelően, saját érdeklődési körük, értékeik mentén végezhetnek középiskolai tanulmányaik során, ezzel szolgálva egy közösség érdekeit, formálva saját személyiségüket. A publikáció bemutatja, hogy egy gyógypedagógiai intézmény milyen úton indulhat el és hogyan vehet részt a fogadó intézményi szerep megszervezésében.

Kulcsszavak: közösségi szolgálat, gyógypedagógiai intézmény, önkéntesség, felelősségvállalás, attitűdformálás

A közösségi tevékenységek indokoltsága, filozófiája

Egy ideális, demokratikus társadalomban a tagok képesek egymás mellett élni, elfogadó és befogadó attitűddel viszonyulnak egymáshoz, a valamilyen szempontból hátrányos helyzetű csoportokat sem hagyják magukra. Életkortól függően más-más lehetőségek adódnak a támogatásra, az aktív beavatkozásra, melyek végső feladata a felnőtté válás idejére a felelősségvállalás személyes szintjének kialakulása. Az együttélés szabályai már a korai életkorban kezdenek tudatosulni, majd folyamatosan formálódnak, a családi és a környezeti hatások nevelő befolyása mellett. Az intézményi nevelés, oktatás feladata az új ismeretek átadása, a kompetenciák fejlesztése, a szociális interakciók lehetőségének megteremtése mellett az attitűdformálás, az értékrendek, normák átadása, közvetítése is. Kiemelt pedagógiai cél a fiatalokban a különbözőség tiszteletét, értékként való kezelését és az egymás iránti tudatos felelősségvállalást (és annak igényét) kialakítani.

Az iskolai közösségi szolgálatba való bekapcsolódás elvezethet az önkéntes tevékenység végzéséhez, a társadalmi felelősségvállalás kialakulásához, amelyek hozzájárulhatnak az elfogadás és befogadás egyéni és közösségi szinteken való megvalósulásához. A közösségi tevékenység **szervezett formáját** biztosítja a közösségi szolgálat, mely a közép-

iskolai keretek között tanuló korosztálynak ad lehetőséget a felelős gondolkodásról tapasztalatok szerzésére, saját lehetőségeik megismerésére az altruista szemlélet jegyében.

Napjainkban a fiatalok közösségi élményei átalakulóban vannak: egyre nagyobb a jelentőségük a virtuális kapcsolatoknak, az internet nyújtotta lehetőségeknek mind a tanulás (tudás megszerzése, megosztása, létrehozása), mind a kommunikáció szempontjából. A közösségi szolgálat teljesítése során a kapcsolatépítés hagyományosabb, személyes formája kerül előtérbe, ezzel is gazdagítva a fiatalok tapasztalatait.

A jól szervezett közösségi szolgálat folyamata számos, az életben, a munkavállalásban, a szociális kapcsolatokban szükséges készségre tanítja az igen szenzitív, az újdonságokra nyitott, azokat befogadni képes kamaszközösségeket. A folyamat lehetőséget biztosít az önálló döntéshozatalra, a szabadság megtanulására, mivel bizonyos keretek és szabályok mellett szabadon határozhatják meg, hogy mikor, hol és milyen tevékenység formájában szeretnék teljesíteni a szolgálatot. Megtanítja továbbá a fiatalokat a kritikus gondolkodásra, hiszen értékelni, minősíteni kell számos esetben a szolgálat folyamatát, annak szervezését. A tevékenységek vállalása során számos esetben **önállóan** kell a fogadó intézmények koordinátoraival felvenni a kapcsolatot, jelentkezni a szolgálatra, felelősséggel kell vezetni a naplóban az eltöltött órák idejét és számát. A közösségi szolgálat tágabban, hosszú távon értelmezve egy felelős, a jogait és kötelezettségeit ismerő állampolgárok felnövekedését támogató folyamat, amelyben megjelennek a demokratikus társadalmi működéshez szükséges elemek.

Végül még egy szempont. Kamaszkorban előtérbe kerül a „**ki vagyok én**, milyen vagyok, hová tartozom" kérdéskör. Mások elfogadásához, megismeréséhez elengedhetetlen önmaguk feltérképezése, identitásuk megtalálása. Ebben a megismerési folyamatban a fiatalok által megválasztott, az érdeklődési körüknek megfelelő kihívások, feladatok támogató jelleggel hatnak, segítik belső világuk megismerését. Előfordul, hogy olyan helyzetekbe kerülnek, ahol ki kell lépni saját köreikből, komfortzónájukból annak érdekében, hogy érezzék, megtanulják, hogy mi a társadalmi szolidaritás, érzékenység.

Kitekintés

A közösségi szolgálat teljesítésének gondolata nem új keletű a köznevelés rendszerében, a szociális érzékenységre nevelés kontextusában. Magyarországon, az egyházi iskolákban ismert **Szeretetszolgálat** a miskolci Fényi Gyula Jezsuita Gimnáziumban indult útjára, a 2002/2003-as tanévben, „Arrupe szeretetszolgálati program" néven. A program névadója Pedro Arrupe jezsuita rendfőnök (1907–1991), aki a „másokért élő ember" eszményének megfogalmazásával a 20. században a jezsuita nevelés középpontjába állította a szociális gondoskodást. Az ő gondolataiból, lelki-szellemi iránymutatásából kiindulva dolgozták ki az iskola akkori vezetői azt a szociális tapasztalatszerző programot, amely szervesen illeszkedik a mai napig az intézmény tanulmányi, közösségi és lelki fejlődést segítő programjába. A program kidolgozói fontosnak tartották, hogy a tanulók megtapasztalják az adás örömét és az elfogadás képességét, minél jobban megismerjék önmagukat, képesek legyenek az együttműködésre, táguljon a világképük, erősödjön társadalmi felelősségválla-

lásuk, szociális érzékenységük és elköteleződésük. A szeretetszolgálat a 9. évfolyamon, egy egész éven átívelő program, kötelező feladatvállalás, amelynek célja az önkéntességre nevelés. A program során az intézmény nem ellenőrzi a fiatalokat, hanem lelkiismeretükre bízza, hogyan végzik azt, amit vállalnak. A program később a felsőbb évfolyamokon, önkéntes alapon folytatható, illetve a szolgálat szervezésében, lebonyolításában is részt vehetnek a tanulók (KARLOWITS–JUHÁSZ 2014).

A közösségi szolgálat filozófiája az alternatív vagy reformpedagógia elveit valló iskolák számára sem újdonság. Az egyik alternatív középiskola évente négy **témahetet** szervez, melyek a projektmódszer jellemzőit mutatják. A tanulási folyamat kiszakad az iskolai hagyományos rendszerből, a maga teljességében a tanulói aktivitásra épít, mégpedig úgy, hogy az önállóság és együttműködési képesség fejlesztésére, illetve kipróbálására helyezi a hangsúlyt, valamint lehetőséget teremt többféle készség, tehetség egyidejű kibontakoztatására. A témahét a projekteknek sajátos formája, mégis inkább szimuláció, mintsem klasszikus projekt, mert bár formailag megfelel a projektkritériumoknak, de tervezettebb, részleteiben kidolgozottabb. A célok megfogalmazása a témahetek esetében eltér a tantervek megfogalmazásától. A témahéten olyan témákat dolgoznak fel a fiatalok, amelyek a meghatározott pedagógiai célok közül elsősorban a szociális érzék fejlesztését, az attitűdformálást tartják lényegesnek. Az egyhetes program felkészítéssel kezdődik és élményszerű, együttműködésen alapuló feldolgozással válik teljessé (ALTERNATÍV KÖZGAZDASÁGI GIMNÁZIUM PEDAGÓGIAI PROGRAMJA 2015).

Számos civil kezdeményezés foglakozik azzal, hogy kész programokkal álljon elő csoportok, középiskolai osztályok számára a közösségi szemlélet formálása, az önkéntes tevékenység mindennapi gyakorlattá válása érdekében. Néhány példa a teljesség igénye nélkül:

A KöZöD! program a Demokratikus Ifjúságért Alapítvány hálózati programja. A program bővíti a fiatalok oktatási lehetőségeit, a mindennapi életben hasznosítható készségeket tanít nekik, és segíti őket abban, hogy pozitívan járuljanak hozzá közösségük fejlődéséhez. A programban 14–25 éves fiatalok csoportjai vehetnek részt, akik rövid vagy hosszú távon közösségi önkéntes projekteket valósítanak meg környezetük, a helyi közösség érdekében (KÖZÖD 2015).

Az ÖNKÉNTES KÖZPONT ALAPÍTVÁNY célja a magyarországi önkéntesek és az őket foglalkoztató szervezetek munkájának támogatása információval, tanácsadással és képzéssel; az önkéntesség kultúrájának terjesztése és integrálása a hazai társadalmi környezetbe magánszemélyekkel, társadalmi szervezetekkel, intézményekkel és vállalkozásokkal végzett konkrét tevékenységeken keresztül.

A közösségi szolgálaton túl

A tevékenység céljaiban túlmutat a középiskolás életkoron. A valódi felelősségvállalás ezen a fokon elindulhat, de akkor hagyhat igazán nyomot a fiatalokban, ha van pedagógiai módszertani eszköztár ahhoz, hogy az itt felmerült társadalmi kérdéseket továbbgondolják, feldolgozzák az osztályok, csoportok. Kérdésként merül fel, hogy vajon a középisko-

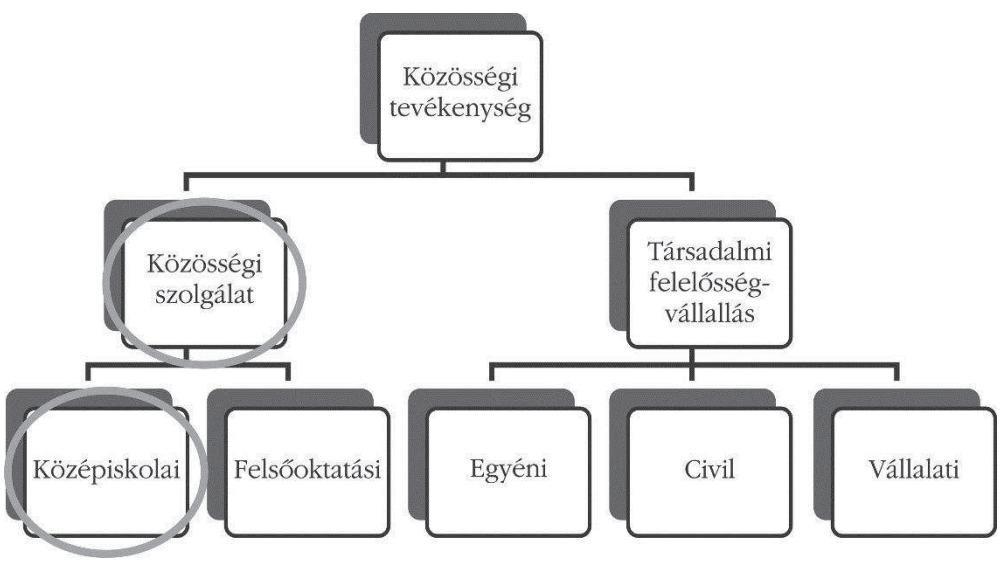
lában tanító pedagógusok, osztályfőnökök vagy koordinátorok rendelkeznek-e minden esetben azzal az eszköztárral, illetve rendelkezésre áll-e elegendő időkeret ahhoz, hogy ez megvalósuljon. Átgondolásra adhatnak okot a következő kérdéskörök: pedagógusok és koordinátorok önismerete, értékrendje, attitűdje, kompetenciája a közösségi szolgálat hatékony működtetése érdekében.

Közösségi szolgálat a „Mozgásjavítóban”

A Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium a közösségi tevékenységet tágabban értelmezi: a közösségi szolgálat beágyazódik az intézmény komplex gondolkodási rendszerébe az önkéntességről, a társadalmi felelősségvállalásról. Az intézmény közösségi tevékenység alatt ért minden olyan önkéntes tevékenységet, amely során az önkéntes személy szabad akaratából, egyéni választása és motivációja alapján, egy közösség számára végez valamilyen hasznos tevékenységet, melyért cserébe nem vár anyagi ellenszolgáltatást.

A közösségi gondoskodás, a társadalmi szolidaritás – s ezen belül a karitatív tevékenység – az emberiség fejlődésének alapértékei közé tartozik. Az önkéntességben juthat kifejezésre az állampolgári elköteleződés és felelősségvállalás össztársadalmi érvényesülése mindazokért, akik a segítségnyújtás „kedvezményezettjeivé” válnak. Az önkéntes tevékenységvégzés olyan erőforrás, amely hozzájárul a társadalom erkölcsi, szociális, kulturális fejlődéséhez.

Az alábbi ábra a közösségi szolgálatot mutatja be a tágan értelmezett kontextusába ágyazva *(1. ábra)*.



1. ábra. A közösségi tevékenység lehetséges formái a Mozgásjavító EGYMI-ben

Közösségi szolgálat

A „közösségi szolgálat: szociális, környezetvédelmi, a tanuló helyi közösségének javát szolgáló, szervezett keretek között folytatott, anyagi érdektől független, egyéni vagy csoportos tevékenység és annak pedagógiai feldolgozása." (2011. ÉVI CXC. TÖRVÉNY A NEMZETI KÖZNEVELÉSRŐL)

„A közösségi szolgálat szociális, környezetvédelmi, a tanuló társadalmi környezetének javát szolgáló, anyagi érdektől független tevékenység, amely egyénileg vagy csoportosan, projektmódszerrel végezhető. Igazolása a projekt megvalósulásának leírását tartalmazó, az egyén szerepét tükröző dokumentumban történik. A felnőttoktatásban és sajátos nevelési igényű tanulók esetében e kötelezettség nem áll fenn." (T/4856 SZ. TÖRVÉNYJAVASLAT 2011)

Fogadó szervezet

Azon intézmények köre, melyek a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 45. pontjának 1. § (2) bekezdésében felsorolt területeken működnek, így például oktatási, szociális, egészségügyi, kulturális, környezet- és természetvédelmi, katasztrófavédelmi intézmények, szervezetek, amelyek helyet adnak, és szakmai támogatást nyújtanak a közösségi szolgálat megszervezéséhez.

A „Mozgásjavító" a közösségi szolgálat teljesítésének folyamatában fogadó intézményként vállal elsősorban szerepet. Az intézmény többcélú, gyógypedagógiai intézmény, középfokú oktatást biztosító intézményegységgel, ahova sajátos nevelési igényű, mozgáskorlátozott fiatalok járnak. Számukra a törvény nem teszi kötelezővé a közösségi szolgálat teljesítését, ugyanakkor az intézmény tervezi az erre elkötelezett és motivált tanulók számára ennek megszervezését, ezzel is közelítve a fiatalok felnőtté válási folyamatát kortársaikéhoz. A pedagógiai program szerint az egyik fő kihívás a fiatalok önrendelkező életvitelének támogatása; önálló, a társadalmi integrációra nyitott fiatalok nevelése, oktatása és fejlesztése. A társadalmi integráció részét képezi a teljes körű részvétel a társadalmi folyamatokban, melynek egyik fontos összetevője a felelős szerepvállalás.

A közösségi szolgálat filozófiája az intézményben

A modern demokrácia csak felkészült állampolgárok aktív részvételével működhet. Az iskolai közösségi szolgálat hozzájárulhat ahhoz, hogy a kapcsolataiban gazdag, sokszínű társadalmi háttérrel rendelkező egyénekből és közösségekből álló társadalom olyanná formálódjon, amely elfogadja a sokféleséget, befogadja és támogatja az éppen hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozó személyeket. A serdülőkorban lévő fiatalok személyiségfejlődésében kiemelkedő jelentősége lehet a közösségi szolgálatban való részvételnek,

amely során személyes tapasztalatokon keresztül ismerhetik meg az őket körülvevő tárgyi és személyi környezet komponenseit.

Az intézmény közössége fontosnak tartja, hogy a közösségi szolgálat megvalósításával hozzájáruljon a fiatalok attitűdformálásához, amelynek révén további fókuszba helyeződik a mozgáskorlátozott gyermekek és fiatalok társadalmi elfogadása, mindez a szabadidős, kulturális, sport- és művészeti, valamint felzárkóztató tevékenységeiken keresztül. Befogadó intézményként vallja, hogy a tevékenység hatékonyságának egyik biztosítéka az intézmények közötti együttműködés.

Az intézmény filozófiájával összhangban – amelynek alapvető elemei a nyitottság, befogadás, együttműködés – célja a közösségi szolgálat keretében az intézménybe látogató fiatalok látásmódját, értékrendjét, elkötelezettségét formálni, bízva abban, hogy ez az együttműködés mindkét fél számára tartalmi gazdagodással jár.

A közösségi szolgálat célja

A fentiek figyelembevételével az iskolai közösségi szolgálat célja a felnövekvő nemzedék tagjainak a szűkebb és tágabb környezetéhez, a rászorulókhoz és a közjóhoz fűződő viszonyukban szemléletváltást kezdeményezni. Az intézmény szakmai közösségének meggyőződése, hogy ezzel a fiatalok lehetőséget kapnak az aktív állampolgári létre való felkészülésre, saját élményű tanuláson keresztül fejleszthetik szociális érzékenységüket és számos olyan kompetenciájukat (együttműködés, problémamegoldás, projektmenedzsment, felelős döntéshozatal, vezetői készségek, stb.), amelyek megszerzése elengedhetetlen a tudatos, felelősségteljes állampolgári léthez.

Az iskolai közösségi szolgálat teljesítésével megvalósulhat az a cél, hogy az érettségi ne csak szellemi, tantárgyi tudás legyen, hanem pedagógiai célként a szociális készségek, a társadalmi érzékenység is formálódjon, hiszen a felnőtté, érett személyiséggé váláshoz ez is szükséges.

A kompetenciák fejlesztése és a szociális érzékenység erősítése mellett a pályaorientációt, pályaválasztást is segítheti a tanulók 50 órás közösségi szolgálata. A pedagógiai célokon túl lényeges, hogy a végzett tevékenység hasznos minden érintett számára. Fontos értéke a programnak, hogy a tanulók mindegyikének lehetőséget teremt a sikeres tevékenységre, az önmegismerésre, egyéni céljaik megtalálására.

Összefoglalva, alapvető cél a közösségi tanulást és az állampolgári részvételt széles körben elterjedt és elismert gyakorlattá tenni az iskolarendszeren belül és kívül.

A kezdetek

A közösségi szolgálat hatékony szervezésének érdekében az intézmény a 2013–2014-es tanév elején munkaközösséget állított fel, megírta a tevékenység protokollját, illetve az intézményi alapdokumentumokban definiálta a tevékenységet. A közösségi szolgálat tevékenységét szervező pedagógus, a felelős koordinátor feladataiként határozta meg az alábbiakat:

- A fogadó intézmény mentoraként együttműködik a közösségi szolgálatot teljesítő középiskolás intézményében a közösségi szolgálatot koordináló kollégával.
- Előkészíti az intézmények közötti együttműködési megállapodásokat.
- Felkészíti az intézménybe érkező fiatalokat, tevékenységtől függő óraszámban (max. 5 óra).
- Az intézményben koordinálja, szervezi a teljes közösségi szolgálatot.
- Részt vesz a feldolgozás folyamatában, megtartja a zárófoglalkozást.
- Vezeti a szükséges dokumentációt.
- A minőségbiztosítás feladatainak ellátásán keresztül a folyamatos fejlesztésre törekszik.

A közösségi szolgálat tevékenységének szervezése érinti az intézmény tanulóit, dolgozóit és az ide járó gyermekek szüleit. Az együttműködések, a megfelelő kommunikáció biztosítása érdekében az intézményi munkaközösség párbeszédeket szervezett az érintett körökkel a tájékoztatás, tájékozódás céljából. A beszélgetések eredményeképpen láthatóvá vált, hogy a közösségi szolgálat folyamatában, az intézményben a folyamatos belső és külső kommunikáció elengedhetetlen. Az intézmény tanulói megfogalmazták nyitottságukat, érdeklődésüket az érkező diákok iránt.

A közösségi szolgálat célcsoportját az intézmény az alábbiak szerint definiálta: azokat a középiskolás fiatalokat várja, akik nyitottak a fogyatékossággal élő személyekkel történő kapcsolatteremtésre, a mozgáskorlátozott gyermekek és fiatalok mindennapjainak, élethelyzeteinek megismerésére. Azoknak a középiskolás fiataloknak, akiknek pályaválasztási elképzelései között szerepel a gyermekekkel, a sajátos nevelési igényű gyermekekkel, illetve a fogyatékossággal élő személyekkel való foglalkozás, oktatásuk, nevelésük, gondozásuk, az intézményben eltöltött közösségi szolgálat lehetőséget biztosít ismeretek, tapasztalatok szerzésére.

Második körben meghatározásra kerültek azok az intézményi színterek, területek, ahova az intézmény fogad középiskolás diákokat, és elkészült egy, a leendő partnerintézményeknek elküldhető részletes kínálat a területek, időkeretek és igények meghatározásával. Az intézmény a következő területeken fogad közösségi szolgálatra érkező fiatalokat: szakkörök (kézműves, sport), kollégiumi intézményegység az apartmanokban, tanulószoba, alsó tagozatos napközi, felolvasás (otthoni környezetben), táborok (nyári, napközis), versenyek, különböző rendezvények, programok. Minden területen kijelölték az érkező fiatalok mentorálásáért felelős személyeket. A mentorok feladatait a következőkben határozta meg az intézmény:

- A szolgálat ideje alatt felügyeli a folyamatot.
- Megválaszolja a felmerülő kérdéseket, megoldásokat keres a problémákra. Amennyiben nem tudja kezelni a problémát, jelzi a koordinátor felé.
- A közösségi szolgálat végén összefoglalja tapasztalatait, észrevételeit.

Felmerült annak lehetősége, hogy a folyamatban szükség lehet pszichológus szakember bevonására, akinek feladatai lehetnek:

- Az esetlegesen felmerülő, szakterületét érintő kérdések megválaszolása.
- Szükség esetén beszélgetés szervezése a közösségi szolgálat folyamatában részt vevő fiatalokkal.

Partnerintézmények, hálózat

A belső intézkedésekkel párhuzamosan az intézmény megkezdte a partnerintézmények felkutatását, illetve sok megkeresés érkezett az intézmény meglévő kapcsolati hálójában lévő középiskoláktól. Számos hasznos információ mellett Együttműködési megállapodás mintát kínál az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet Közösségi Szolgálat Portálja, melyet intézményünk adaptálva, keretmegállapodásként használ (Közösségi Szolgálat Portál 2015). Az Együttműködési megállapodás keretmegállapodás, melyet kiegészít az intézmény által minden hónapban elküldött, a konkrét teljesítéseket tartalmazó Teljesített közösségi szolgálatok dokumentum, amely igazolja az intézményből érkezett tanulók pontos óraszámban meghatározott teljesítését.

Az intézmény célja hosszú távú együttműködéseket kialakítani a középiskolákkal, a pedagógusokkal és a diákokkal a kölcsönös támogatás reményében. Az együttműködések kialakítása során elsődleges szempontként érvényesíteni a közösségi szolgálatot vállalók és az intézmény tanulóinak közös tevékenységét, egyenrangúságát – amely tovább erősítheti az esélyegyenlőség hangsúlyozását. A közösségi szolgálat tapasztalatai felhasználásra kerülhetnek az intézmény által szervezett, a fogyatékos személyek elfogadását célzó érzékenyítő programok tervezése, működtetése során.

A közösségi szolgálat folyamata

1. Együttműködési megállapodások megkötése, kapcsolatfelvétel az intézményi koordinátorokkal.

2. Felkészítő foglalkozás szervezése. A felkészítés nagyon fontos pedagógiai pontja a közösségi szolgálat előkészítésének, és vonatkozik a fogadó intézmények programjában részt vevő dolgozókra, a pedagógusokra és a tanulókra egyaránt. Az intézmény csoportos felkészítő foglalkozásokat szervez, melyek 1–1,5 órás időtartamban bemutatják az intézményt, a tanulókat, a lehetőségeket. Ezek a foglalkozások sokszor érzékenyítő óra, foglalkozás jelleggel egyben betekintést nyújtanak a mozgáskorlátozott gyermekek és a fogyatékossággal élő személyek életébe, lehetőségeibe. A felkészítő foglalkozás nem minden esetben az intézményben történik, ugyanakkor a helyszín már magában is érzékenyítő hatásokat rejt. Vannak olyan partnerintézmények, amelyek szívesen veszik, ha osztályfőnöki óra keretében akár egy egész osztály (függetlenül attól, hogy hányan szeretnének hasonló területen szolgálatot teljesíteni) részt vehet a felkészítő foglalkozáson. A foglalkozások végén a diákok rengeteg kérdéssel állnak elő, hiszen a terület új számukra, sok kérdést vet fel, bizonytalanok abban, hogyan döntsenek. A foglalkozások ezért oldott légkörben történ-

nek, lehetőséget biztosítanak a korábban megfogalmazott, de fel nem tett kérdések tisztázására is. A foglalkozáson való részvétel nem jelenti egyben a diák jelentkezését a szolgálatra. Amennyiben a felkészítés után úgy határoz, hogy ebben az intézményben is szeretne szolgálatot teljesíteni, és talált a felkínált területek között számára érdekeset, időbeosztásának megfelelőt, szándékát e-mailben jelzi a koordinátor felé.

3. A közösségi szolgálat teljesítése. A szolgálat teljesítése során a fiatalok önállóan veszik fel a kapcsolatot a koordinátorral és a területek mentoraival, időpontot egyeztetnek, és vezetik, hogy mikor hány órát töltöttek el az intézményben. Bármilyen kérdés, kétely merül fel, a folyamatban mindvégig rendelkezésre állnak kísérőként a pedagógusok. A szolgálat bármikor megszakítható, de erről tájékoztatni kell a tanulókat és a mentorokat. Az intézmény elvárja, hogy az elkötelezett fiatalok a megbeszélt időpontban érkezzenek meg, legyenek jelen testileg és lelkileg, hiszen a fogadó oldal számít rájuk.

4. A szolgálat lezárása. A közösségi szolgálat zárásaként az intézmény évente két alkalommal, félévkor és év végén csoportos zárófoglalkozásokat szervez. A foglalkozáson részt vesznek az érkezett fiatalok, az intézmény érintett tanulói és munkatársai. Közösen megbeszéljük, milyen élményekkel, tapasztalatokkal gazdagodott a két csoport, illetve milyen változtatásokat tartunk szükségesnek a továbbiakban. Amennyiben valaki a folyamat során gyorsabban befejezi a szolgálatot, lehetősége van egyéni zárásra, beszélgetésre, feldolgozásra. A szolgálat lezárásaként az intézmény igazolást állít ki a tanulók számára, melyet a zárófoglalkozás végén ad át, illetve a tanulók saját naplójában aláírással igazolja a közösségi szolgálat teljesítését.

A zárófoglalkozás lényeges és kötelező, pedagógiai szempontból meghatározó eleme a programnak. A tanulók ekkor tudják önmaguk számára megfogalmazni, hogyan hatott rájuk a tevékenység, milyen örömöket és nehézségeket jelentett. Amennyiben egy tanuló ezen a közös foglalkozáson nem tud részt venni, akkor szükség szerint egyéni konzultáció biztosításával kell lehetővé tenni számára a program lezárását.

A zárófoglalkozás megszervezésében kulcsszerepe van a programot végigkísérő mentortanárnak, aki irányítja, koordinálja a beszélgetést, melyen szerencsés, ha a küldő iskola koordinátora is részt vesz, hiszen elképzelhető, hogy a feldolgozást folytatni kell az iskolán belül is. A zárófoglalkozás keretében kerül sor az igazolások átadására és az intézmény programértékelésére is. A jól szervezett záróprogram élmény marad a pedagógusnak és a tanulóknak egyaránt, remélhetőleg még évek múltán is, és a tanulók későbbi önkéntes tevékenységének alapját képezheti.

A közösségi szolgálatot teljesítő fiatalok körében a szolgálat végén, a zárófoglalkozás keretén belül kérdőíves felmérést végez a fogadó szervezet. A kérdőív kitöltése önkéntes, anonim módon történik. A kérdőívek feldolgozása után az intézmény értékeli az eredményeket, levonja a szükséges konzekvenciákat, amennyiben szükséges, változtat a folyamaton.

A közösségi szolgálat teljesítésének gyakorlati megvalósulása az intézmény tanulóira és dolgozóira egyaránt hatással van/lesz. Fontos figyelemmel kísérni, milyen következményekkel jár, milyen változásokat okozhat, milyen folyamatokat indíthat el az intézményben. A közösségi szolgálat teljesítését követően, időszakosan, az intézmény tanulói és dol-

gozói elmondják vagy leírják tapasztalataikat, élményeiket a tevékenységekkel kapcsolatosan, ami alapján a folyamat értékelésre, ha szükséges, felülvizsgálatra kerül.

Dokumentáció

A közösségi szolgálat tevékenységének dokumentációját az intézményi protokoll tartalmazza részletesen. Lényeges, hogy mindenről készüljön emlékeztető feljegyzés és jelenléti ív. Az értékelések, statisztikák elkészítéséhez elengedhetetlen a folyamatos dokumentáció.

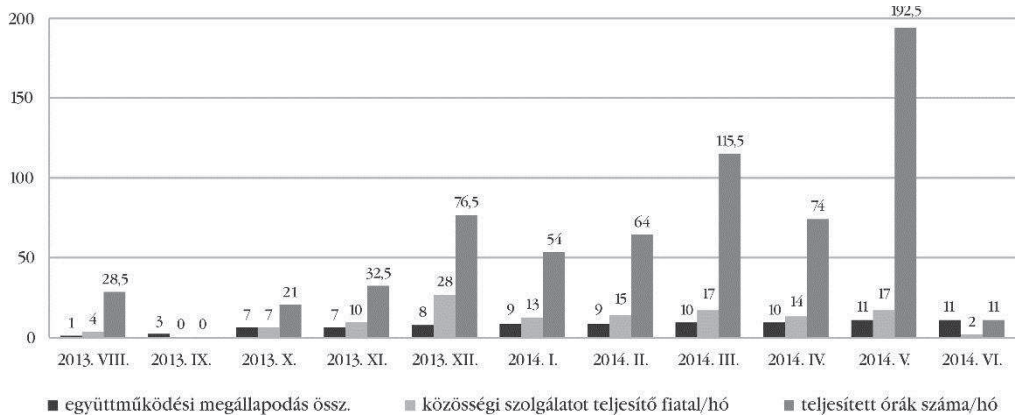
Az első aktív év tapasztalatai

Azt tapasztaltuk, hogy azok a fiatalok, akik kapcsolatba kerültek olyan kortársakkal, akik valamilyen fogyatékossággal élnek, tapasztalataikat, élményeiket továbbadják, elviszik saját iskolai közösségeikbe. Elmesélik, hogy milyen volt a Mozgásjavítóban, hogy nem is gondolták, hogy a velük egykorú, mozgáskorlátozott fiatalok hogyan élnek, milyen nehézségekkel vagy hasonló kérdésekkel szembesülnek.

A 2013–2014-es tanév a gyakorlati megvalósítás első, bevezető éve volt. Az alapos előkészítés (fókuszcsoportos beszélgetések, jogszabályi háttér áttekintése, eljárásrend kidolgozása) után a kipróbálást az intézmény kihívásként élte meg, folyamatos odafigyelést, nyomon követést igényelt a szakmai, szervezési és adminisztrációs feladatok elvégzése.

A tanév során összesen 6 alkalommal tartott az intézmény falain belül felkészítést középiskolás tanulók számára. A felkészítésen bemutattuk az intézményt, a nálunk tanuló gyermekek és fiatalok sajátos nevelési igényeit, a területeket, ahol közösségi szolgálatot teljesíthetnek a fiatalok. Minden esetben körültekintően jártunk el, lehetőséget biztosítva a kérdések, bizonytalanságok megbeszélésére. A felkészítő foglalkozáson való részvétel nem jelentette a tanulók kötelezettségét a szolgálat teljesítésére. Abban az esetben is, ha megkezdték nálunk a tevékenységet, lehetőséget biztosítottunk a visszafordulásra, átgondolásra. Ez egyetlenegy esetben sem fordult elő, annak ellenére, hogy a fiatalok jelezték a zárófoglalkozáson, hogy nem minden esetben volt zökkenőmentes a kezdet.

Számos területen kínált az intézmény lehetőséget: szakkörök (kézműves, darts), kollégium, tanulószoba, rendszergazda tevékenység, felolvasás, rendezvények (öregdiák-találkozó, TÁRVA-VÁR). Minden tevékenység más felkészítést, odafigyelést, mentori támogatást igényelt. Nagyon fontos az egyes területek mentorainak szerepe. Érdekes volt látni, hogy melyik területen milyen lehetőségek adódtak és azokkal hogyan éltek a középiskolás fiatalok, illetve az intézmény tanulói. A *2. ábra* szemlélteti az első tanév számadatait.



2. ábra. A közösségi szolgálat teljesítése számokban a 2013–2014-es tanév során

A zárófoglalkozások

A tanév során azoknak a fiataloknak, akik csak eseti jelleggel voltak nálunk, minden esetben röviden lezártuk a tevékenységét. Közös zárást két alkalommal szerveztünk, először félévkor, amikor együtt voltak saját diákjaink, az érkezett középiskolás fiatalok és a koordinátorok mindkét „oldalról". Megbeszéltük csoportokban, hogy miért és mi volt hasznos ebben a félévben, mi az, amin változtatni szükséges ahhoz, hogy mindenkinek sikeres legyen ez a szolgálat.

A tanév végi zárófoglalkozáson, a beszélgetés során három mondatot kellett befejezni, majd közösen plakátot készítettek a diákok az intézményben töltött élményekről, tapasztalatokról.

A zárófoglalkozáson részt vett, közösségi szolgálatot teljesítő fiatalok közléseikben hangsúlyozták az új típusú tapasztalataik fontosságát, a mozgáskorlátozott személyek életének megismerése területén gyűjtött élményeiket, illetve többen adtak visszajelzést a helyi hangulatról, ezzel kapcsolatos érzéseikről. A Mozgásjavítóban eltöltött időt mindannyian pozitívan értékelték, elsősorban a vidámságot, a jó hangulatot hangsúlyozták, amelynek köszönhetően kapcsolatokat építettek és nyitottabbá váltak.

Néhány példa az elhangzottakból:

Hasznos volt a közösségi szolgálat, mert …

- *„megtapasztalhattam, hogy milyen egy olyan társasághoz tartozni, akikben nincs semmi előítélet, és sokat tanultam tőlük"*
- *„tapasztalatokat gyűjthettem"*
- *„megtanultam bizonyos dolgokat, melyeket alapvetően sehol máshol nem tudtam volna, pl. hogyan kell bánni mozgássérült gyerekekkel"*
- *„sok tapasztalatot szereztem és jó volt megtapasztalni azt, hogy milyen, ha egyszerre több emberért vagy felelős, nem csak saját magadért"*
- *„fontos tapasztalatokat szereztem, és kellemes csalódások értek"*

– *„megtanultam türelmesnek lenni, jó volt a hangulat”*
– *„megismertem a mozgásukban korlátozottak életét és felfedeztem, hogy ők nem különbek nálunk”*
– *„mert szereztem órákat a közösségi szolgálati könyvembe”*

Magammal viszem a Mozgásjavítóból …

– *„sok élményt, emléket a közös nevetésekről és néha nehéz pillanatokról”*
– *„a fiúk barátságát és azt a sok tapasztalatot, amit itt szereztem”*
– *„a kedves emlékeket, a kislányok vidámságát és pozitív hozzáállását”*
– *„a fényképeimet”*
– *„az itt tanult dolgokat”*

Üzenem azoknak a fiataloknak, akik jövőre érkeznek, hogy …

– *„a gyerekek nagyon aranyosak, kreatívak, szeretnivalók, kellemes időtöltés velük foglalkozni”*
– *„nagyon barátságos gyerekekkel fognak találkozni és, hogy a zöld apartman lakóihoz teljes ittlét szükséges, mert nagyon elevenek és iszonyatosan sok bennük az energia”*
– *„nem szabad megijedni az első nehézségek után, mert ha azt leküzdöd hihetetlenül vidám délutánokat lehet eltölteni”*
– *„legyenek közvetlenek és kedvesek”*
– *„ítéletmentesen próbáljanak együttműködni”*
– *„próbálják élvezni az itt töltött időt”*
– *„nem olyan nehéz dolog, mint ahogy először hittem, viselkedjetek úgy velük, mint a normális emberekkel, bár ez nem lesz túl nehéz”*

A zárófoglalkozáson részt vett „Mozgásjavítós” fiatalok véleménye szerint:

Azért volt a közösségi szolgálat jó dolog, mert …

– *„sok új embert ismerhettünk meg és új barátságokra tettünk szert”*
– *„nagyon sok élménnyel és barátokkal gazdagodtam”*

Üzenem azoknak a fiataloknak, akik jövőre érkeznek, hogy …

– *„ne úgy gondoljanak erre, hogy kötelező, hanem a jókedv miatt jöjjenek”*
– *„készüljenek fel ránk és legyenek olyan vidámak, mint mi”*

Egyéb vélemények:

„Tapasztalataim, hmm…

Eleinte meglepett, hogy milyen optimistán vártak az édesanyjával együtt és hogy már az első pillanattól kezdve úgy kezeltek, mint egy régi ismerőst. Mivel én eddig úgy tapasztaltam, hogy akkor a legkönnyebb tanulni, ha a diákot is bevonják, vagy valami izgalmashoz tudja kötni a dolgot, ezért a Gyuszival is így próbáltuk. Így végül pontosabb azt

mondani az óráinkra, hogy közösen végigbeszéltük az anyagot és ahol tudtam kis érdekességekkel »fűszereztem«, mint például, hogy Magellánt felfalták a kannibálok, meg hasonló kis ínyencségek.

Személy szerint, én nagyon élveztem, bár nem tudom, hogy végül segített-e, és azt sajnálom a legjobban, hogy nem a megbeszéltek szerint tudtuk befejezni.

Hogy valamit változtatott-e a látásmódomon? Hogy másképp viszonyulok-e a mozgássérültekhez? Biztos, csak éppen nekem a végére ez már annyira nem tűnt fel. Tényleg, olyan volt, mint egy régi ismerőssel együtt tanulni."

„Egy mozgásképtelen 17 éves Tamás nevű fiúhoz járok házhoz felolvasni. Először megbeszéltük, hogy milyen könyvet szeretne, hogy olvassak neki és kiderült, hogy mindketten szeretjük a történelmet és a sci-fit. Elég furа párosítás, de szerencsére sikerült találni olyan művet a könyveim között, amiben mindkettő nagyjából ugyanannyi arányban megtalálható és még a történet is érdekelte. Bár jó néhányszor eltöltöttem már náluk (az anyukájával él), mégsem jutottunk el még a könyv feléig sem, hiszen annyi mindenre volt kíváncsi, amire ő nem talált még választ, hogy leginkább csak beszélgettünk, megosztottuk egymással a véleményünket vagy épp válaszoltam a kérdéseire (már amelyikre tudtam). De olyan témáknál is el tudtunk időzni fél órákat, hogy épp milyen az idő vagy miért vagyok olyan fáradt, hogy még a szememet is alig bírom nyitva tartani. Tehát mint ebből kiderült, remek beszélgetőpartnert ismerhettem meg benne, sőt még a húgával is találkoztam, akiről még ilyen állapotban is próbál a lehető legjobban gondoskodni.

Az érzékenyítésen előre figyelmeztettek, hogy lelkileg megviselhet ez a feladat, és ha túl nehézzé válik, nyugodtan kiszállhatok. Mégis úgy éreztem, hogy Dorián helyzete nem feszélyez, hanem inkább szeretném vele megosztani azokat a mindennapi dolgokat, amiket én átélhetek, neki viszont már esélye sem lesz rá soha. Rádöbbentem ez idő alatt, hogy olyan dolgokat tehetek meg, amikre valaki(k)nek még lehetősége sincs, és ebbe beletartoznak a legalapvetőbb dolgok is (járás, könyv fellapozása, kézmosás vagy bármi, amihez neki segítségre van szüksége), amit az ember teljesen természetesnek vesz az életében ill. ráeszméltem arra, hogy nem kell félni az új dolgoktól és kínálkozó lehetőségektől, hanem bele kell vetni magunkat, ki kell próbálni, mert mások csak vágyakozhatnak, álmodozhatnak róla, míg én/mi megtehetjük, akár helyettük is."

Lezártuk a közösségi szolgálatot a kollégákkal is, ahol meghallgattuk a tapasztalatokat és meghatároztuk a következő évre vonatkozó fejlesztéseket:

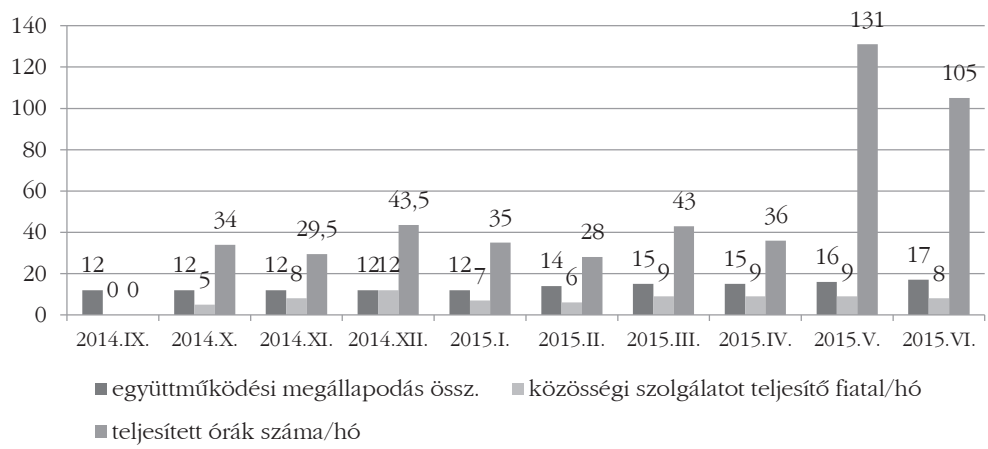
- hasznos lenne a közösségi szolgálat szervezése szempontjából, ha a munkaközösségek a munkaterveikben feltüntetnék, hogy a megjelölt területre várnak-e közösségi szolgálatot teljesítő fiatalt;
- az intézményi kínálatban szereplő területeknek legyen önálló koordinátora, aki segíti a szervezést, adminisztrációt a következő tanévtől.

Összességében az első év tapasztalatai alapján elmondható, hogy a közösségi szolgálat folyamatában a fogadó intézményi szerep sikeresen bevezetésre került, rengeteg jó tapasztalattal, élménnyel távoztak a fiatalok. Fontos szempont volt és elmondhatjuk, hogy a szolgálat teljesítése során nem sérültek az intézmény tanulóinak érdekei, jogai. Az intéz-

mény e tevékenysége nagymértékben járul hozzá a társadalmi integráció elősegítéséhez, a társadalom tagjainak attitűdformálásához, a másság elfogadásához. A fejlesztés lehetőségei körvonalazódtak, melyek a következő éves munkaterv részét képezték.

A 2014–2015-ös tanévben folytatta az intézmény az előző éves munkát *(3. ábra)*. Építve a közösségi szolgálatot teljesítő fiatalok élményeire, észrevételeire, továbbra is kötelező maradt a felkészítés és feldolgozás a folyamatban. A tapasztalatok azt mutatták, hogy a középiskolás fiatalok a közösségi szolgálat keretén belül az önállóság területén is sokat fejlődhetnek. Feladatának tekinti az intézmény az önálló jelentkezés, kapcsolattartás bonyolítását. A kezdeti kapcsolatfelvétel nem könnyű, sokaknak újdonság egy levél megírása, a megfelelő hangnem megtalálása, de könnyen belejönnek a fiatalok.

Újabb területeket is kijelöltünk. A jövőben fogad az intézmény fiatalokat a könyvtárba, készletrendszerezésre, a tanulók fogadására, a könyvek kiválasztására, illetve a nyári szünet idején táborokba, napközis ügyeletre.



3. ábra. A közösségi szolgálat teljesítése számokban a 2014–2015-ös tanév során

Az intézményi dolgozók további bevonása szükséges eleme volt a fejlődésnek. A közösségi szolgálatra érkező fiatalok száma, a helyszínek sokszínűsége miatt elengedhetetlen, hogy minden dolgozó ismerje a közösségi szolgálat teljesítésének folyamatát, az intézmény elköteleződését. Az intézmény és a szolgálatot teljesítő fiatalok intézményei közötti együttműködés révén megvalósult egy olyan tanulási folyamat, amely minden résztvevő számára előnyökkel járt, és hozzájárult a szolgálatot teljesítő fiatalok és környezetük attitűdformálásához.

Napjainkban már elmondható, hogy a munkahelyek, vállalatok felelős gondolkodású vezetői, munkatársai számára szükségszerűen elfogadható evidencia a megfontolás, hogy a cég céljai, értékei közé a profitmaximalizáláson túl szociális, emberi jogi, környezetvédelmi szempontokat illesszenek a fenntartható fejlődés szellemében. Ezen törekvések elérését a közösségi szolgálat tevékenysége megalapozza, támogatja.

Irodalomjegyzék

Alternatív Közgazdasági Gimnázium pedagógiai programja. www.akg.hu *(Letöltés ideje: 2015. január 31.)*

KARLOWITS-JUHÁSZ O. (2014): *Kutatási naplóm margójáról I.* http://www.tani-tani.info /szeretetszolgalat_belulrol *(Letöltés ideje: 2015. január 31.)*

KöZöD! program (2015): www.kozod.hu *(Letöltés ideje: 2015. január 31.)*

Közösségi Szolgálat Portál: http://www.kozossegi.ofi.hu/ *(Letöltés ideje: 2015. január 31.)*

Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium Közösségi szolgálat tevékenységének protokollja

Önkéntes Központ Alapítvány (2015): www.oka.hu. *(Letöltés ideje: 2015. január 31.)*

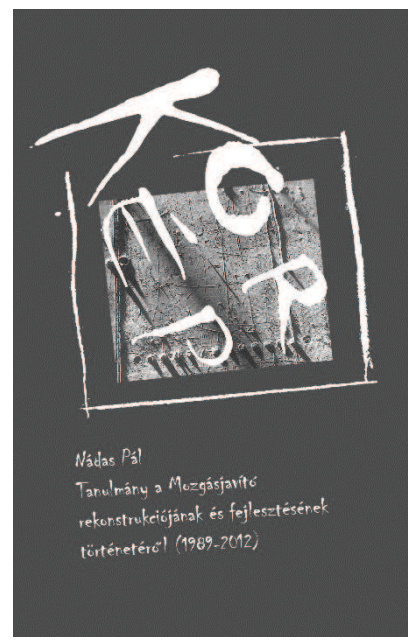
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 4. § 15.

T/4856 sz. törvényjavaslat a nemzeti köznevelésről – részletes indoklás a 6. §-hoz

Nádas Pál: KorKép

– egy könyv, ami értünk (és nekünk is) szól

Nádas Pál, a Mozgásjavító iskola nyugdíjba vonult igazgatója megírta az elmúlt 25 év legnagyobb, a mozgássérült gyerekekért végrehajtott beruházásának történetét. Látszólag. Valójában megírta azok történetét, akik az elmúlt 25 évben a mozgássérülteken segíteni akartak, és azok történetét, akik ezen az ügyön is csak nyerészkedni szándékoztak.



Az első meglepetésem e mű kapcsán az volt, hogy ritkán találkozik az ember olyan szakmai – nagyrészt tudományos precizitással megírt – tanulmánnyal, amit *az első sorától az utolsóig érdemes és érdekes végigolvasni.*

A második meglepetésem, hogy azt hittem, ez a könyv a Mozgásjavító iskoláról szól. De ez a könyv legalább annyira szól a rendszerváltás óta eltelt évtizedekben valamit alkotni akaró ember sorsáról, harcáról az ostoba bürokráciával, tisztességtelenséggel, nemtörődömséggel, mint egy iskola fejlesztéséről. Félreértés ne essék, Nádas mindig a tényekkel foglalkozik, sértő megjegyzést alig tesz bárkire is, de láttatja az akadályokat, az akadályozókat, mint ahogy láttatja a segítőket is. Így lesz ez a könyv elkeserítően megrendítő kórtörténet és gyönyörűséges sikerlexikon. Így érezzük át a kínlódást, a kudarcokat, amelyeket el kellett szenvednie, de így érezteti meg velünk a siker mámoros pillanatkáit is.

Jó érzékkel teszi, hogy teret ad könyvében tanárok, diákok véleményének. Jó érzékkel teszi, hogy olykor saját szubjektív gondolatait is közli. Jó érzékkel teszi, hogy megemlékezik hírességekről és hatalmasságokról néhány sorban, akik tettek az ügyért valamit.

Tanulmánya fontos útmutató lehet a mozgássérülteknek épületet tervező mérnököknek, a fejlesztéseken fáradozó gyógypedagógusoknak, a segíteni akaró politikusoknak. Könyve mintaként szolgálhat a pedagógiai munka új útjait keresőknek, a hátrányos helyzetű gyermekek felzárkóztatásáért dolgozóknak.

Ha ma bemegy bárki is a Csillagház iskolába vagy a Mozgásjavítóba, modern, vidám környezetet talál, mosolygó (és nagyon sérült) gyerekekkel találkozik, értelmes, elkötelezett, keményen dolgozó stábbal beszélgethet. A nyomorúság érzése sehol. Műszakilag és szellemiségében is világszínvonalú iskolát hagyott utódaira Nádas Pál. *Megfejelte a teljesítményt ezzel a tanulmánnyal, hogy ha valaki ilyesfajta alkotásba kíván kezdeni, legyen miből megtanulnia, hogyan kell csinálni, hogyan kell sikerre vinni a dolgokat Magyarországon.*

A tanulmány mégsem teljes. A szerző szemérmesen elhallgatja saját infarktusát, lelki szenvedéseit. Igaza van, erről elég, ha családja és néhány barátja tud. Azt is csak sejtjük, van ebben a felépült iskolában egy titkos ajtó, amelyet nem akar kinyitni. Mint a Kékszakállú herceg várában, ott hullámzik mögötte a könnyek tengere.

A könyv a **www.syllabux.hu** oldalon nyomtatott formában és e-könyvként is megvásárolható.

Derera Mihály

HIBAIGAZÍTÁS

Danis Ildikó *„A csecsemő- és kisgyermekkori egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban”* című tanulmányának megjelenésekor (*Gyógypedagógiai Szemle* 2015. júniusi szám) lemaradt az alábbi kiegészítő megjegyzés:

„A tanulmány részben támaszkodik a TÁMOP 3.1.1. *„21. századi közoktatás-fejlesztés, koordináció”* című kiemelt projekt keretében az EDUCATIO Kht. és az A.I.M. 2011 Konzorcium által megvalósított *„Koncepció kialakítása és javaslatok kidolgozása a koragyermekkori ellátás intézményrendszere teljesítményértékelési rendszerének és egységes minőségi kereteinek kialakítására, valamint koncepció kialakítása az ellátórendszerben használatos protokollok egységes, átfogó alkalmazására”* elnevezésű projekt számára készült háttértanulmányokra (Danis 2012a, 2012b).”

Szomatopedagógiai Szakmai Műhely

A Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium Módszertani Központjában 2013. február 8-án újjáalakult a korábban Szomatopedagógusok Klubjának nevezett szakmai fórum, a Szomatopedagógiai Szakmai Műhely. A szakmai összefogás jegyében a „Mozgásjavító" Módszertani Központja a MAGYE-vel és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának akkori Szomatopedagógiai Tanszékével (jelenleg Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézetének Szomatopedagógiai Szakcsoportjával) karöltve szervezi a műhely programjait, működését.

A Műhely az 1992-ben induló Szomatopedagógusok Klubja folytatásaként alakult újjá. Az akkori klub a szomatopedagógus kollégák számára jött létre az egyes szakterületek tartalma szerinti munkacsoportokkal: korai ellátás, iskolai színtér, felnőtt, és halmozottan fogyatékos személyek ellátása. A klub célja szakmai továbbképzés, információátadás volt, melynek érdekében a Szomatopedagógiai Tanszék neves előadókat hívott meg.

Ezt a tudásátadást szeretnénk mi is aktívvá tenni a Műhelyben.

A SzoSzaM első ülését 2013. március 25-én tartottuk a Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Gimnázium, EGYMI és Kollégium Színháztermében, majd a második ülésre 2013. június 20-án került sor a MAGYE 41. konferenciáján, a Mozgásfogyatékosság-ügyi Szakosztály ülésén.

Jelenleg a SzoSzaM online formában működik. Az alapító tagokkal két felületet hoztunk létre a szomatopedagógusok számára, melyen keresztül a tagok aktívan kommunikálhatnak. A szakmabeliek számára lehetőség nyílt arra, hogy levelezőlistán keresztül oszthassák meg a különböző programokat, képzéseket, állásajánlatokat, szakmai tapasztalatokat. Emellett a Facebook weboldalon is ugyanilyen céllal alakult meg egy közösség, mely felületen szakmai célú hirdetéseket, szakcikkeket, rendezvényeket, programsorozatokat oszthatnak meg egymással a Műhely tagjai.

A Facebookon **Szomatopedagógiai Szakmai Műhelyként** keressenek bennünket! A levelezőlistára a **http://lev-lista.hu/** weboldalon keresztül tudnak jelentkezni. A jobb oldali 'Keresés' menüpontnál a Listanévhez írják be: 'szomatoszakmaimuhely'. Itt találják meg a lista leírását, és az e-mail cím megadásával feliratkozhatnak a levelezőlistára.
Minden csatlakozót szeretettel várunk!

Klómer Georgina

„Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában” – szakmai konferencia

A szomatopedagógiai szakterület számára kiemelt jelentőségű szakmai esemény volt az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézetének Szomatopedagógiai Szakcsoportja és az ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat együttműködésében megrendezett konferencia 2015. április 26-án.

Ahogyan azt az esemény címe is mutatja, az egész napos szakmai előadássort a szakcsoport munkatársai a szakterületen együtt dolgozó kollégáikkal közös előadásokban, társszerzőkként prezentálták.

Ez a megoldás jól szemléltette a napi működésben a munkahelyeken is átívelő, az elméleti és gyakorlati tevékenységek közötti teammunka fontosságát és megvalósíthatóságát. A szakmai nap koncepciója tartalmazta a szakterület gyakorlatorientált kérdésfelvetéseit, „jó gyakorlatait”, az ezekkel harmonizáló, illetve rájuk reflektáló oktatási, kutatási irányokkal, eredményekkel.

A szakmaközi konzultáció sikerét támogatták a konduktív pedagógia területén dolgozó meghívott kollégák előadásai is.

A több mint 20 előadót felsorakoztató konferencia – a megjelent lelkes résztvevőknek köszönhetően – sikeresen járult hozzá a kötetlen szakmai eszmecseréhez, kapcsolatépítéshez is.

Mlinkó Renáta

Gordosné Szabó Anna-díj

A Gordosné Szabó Anna-díjat az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kara alapítja Gordosné Szabó Anna gyógypedagógus, a neveléstudomány kandidátusa, tanszékvezető főiskolai tanár, a jogelőd Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola főigazgatója, a *Gyógypedagógiai Szemle* nagytekintélyű alapító-főszerkesztője emlékének méltó megörökítésére. A díj alapításának célja, hogy elismerje a Kar képzésében huzamosan és kiemelkedő módon részt vevő személyek munkáját. Jelenlegi és volt gyakorlatvezetőknek, a gyakorlati képzésben részt vevő személyeknek ítélhető oda, akik a leendő gyógypedagógusok gyakorlati képzését a tudomány és a kutatás legfrissebb elméleti eredményeinek felhasználásával reflektív és innovatív módon gazdagítják/gazdagították. A kitüntetett az adományozást igazoló oklevelet, valamint egy műalkotást kap, amelyet fogyatékossággal élő kortárs művész készített. A díj ünnepélyes átadására 2015. szeptember 2-án került sor.

Az idei év díjazottjai:

- Radicsné Szerencsés Terézia (posztumusz díj)
- Kissné Haffner Éva (Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Szakirány)
- Leiner Károly (Tanulásban Akadályozottak Pedagógiája Szakirány)
- Hencz Edit (Logopédiai Szakirány)
- Dávid Csilla (Logopédiai Szakirány)
- Angyalné Várszegi Éda (Hallássérültek Pedagógiája Szakirány)
- Molnár Csilla (Látássérültek Pedagógiája Szakirány)
- Stolc Edina (Autizmus Spektrum Pedagógiája Szakirány)
- Kovácsné Szűcs Klára (Szomatopedagógiai Szakirány)

Gratulálunk a Gordosné Szabó Anna-díjjal kitüntetett kollégáinknak!

In memoriam

Zsoldos János

(1928. február 2., Szombathely – 2015. március 23., Budapest)

Elemi és polgári iskoláit 1935 és 1942 között, Kőszegen végezte.

Tanítói végzettséget 1942–1946 között a Kőszegi m. Kir. Állami Líceum és Tanítóképzőben szerzett.

A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán diplomáját 1951-ben vehette át, azt követően, hogy dr. Méhes József és dr. Bárczi Gusztáv főiskolai igazgató szakmai irányításával elkészítette szakdolgozatát (A Pavlov-féle feltételes reflex szerepe a vakok oktatásában).

A Nyomorék Gyermekek Állami Kórháza és Otthona (Budapest XIV. Mexikói út 62–64.) volt az első és az otthon névváltozásaival [Mozgásjavító Általános Iskola és Diákotthon (Budapest XIV. Mexikói út 60.)] együtt 46 éven keresztül, 1950 és 1996 között, az egyetlen munkahelye.

Pályafutásának elismerései: 1988-ban Pedagógus Szolgálati Emlékérem, 1992-ben Németh László-díj, 1994-ben Arany Katedra díj, 1997-ben Zsótér Pál Érdemérem.

Nádas Pál búcsúbeszéde

Egy életen keresztül küzdünk,
hogy megváltoztassuk, amit lehet,
és elfogadjuk a megváltoztathatatlant.

Jánosnak szólították a legjobb barátai és tisztelői. Zsoldi bánnak szólították a kedves tanítványai. Tanár úrnak hívták azok a fiatalok, a felnőtté vált tanítványok, akiknek János, te voltál az etalon. Etalon voltál sokunknak, mert Te magad voltál az, aki mindig tudtad, hogy mindenkinek egyénileg kell a mércét állítani. A szó tiszta és nemes értelmében mindennap mindenkit tanítottál, és abba soha nem fáradtál. Már több éve nyugdíjas voltál, és mégis többen úgy jártunk hozzád szellemileg felfrissülni, a józan és reális gondolataidat meghallgatni, a finom étkeiddel táplálkozni, mint a sivatagi vándor, aki az oázisban erőt gyűjtve készül az útjának folytatásához. Hiányozni fog a tiszta forrásodhoz elzarándokolni, általad felfrissülni, a helyes utat nélküled megtalálni.

Milyen voltál, és milyen vagy emlékeimben, nehéz megfogalmazni. Nehéz megfogalmazni és beszélni rólad, mert nem szeretted, ha rólad beszélnek, és ha dicsérnek. Amennyiben most tehetnéd, azt mondanád vagy azt kérnéd, hogy beszéljünk másról, de legfőképpen ne szomorkodjunk, hiszen pontosan tudjuk, hogy a halál elkerülhetetlen, és az életfolyam miattam nem áll meg. Nehéz külön beszélni a csupa nagybetűvel íródott EMBERRŐL, és a csupa nagybetűvel íródott MUNKATÁRSRÓL! A pontosság, a megbízhatóság, a becsületesség, az empátia és segítőkészség, a hitéből eredeztethető emberi tartás és igazságérzet vezette egész életében. Csendes és szerény ember volt, hűséges az élet egész területén, a hivatásához és iskolájához, ahol egész pedagógiai pályafutása alatt dolgozott. Tekintély volt gyerekek és a felnőttek körében egyaránt. De tudni kell, hogy ez nem egy külső, magára vett, álarcba bújtatott tekintély volt, hanem valami belülről fakadó bölcsesség, nyugalom, megbízhatóság. Ismétlem, belülről és mélyről jövő emberség, szeretet. Nem akart Ő tekintély lenni, de az volt, mert személyisége példaértékű volt. Tekintély volt a „Mozgásjavítóban" eltöltött **46 év alatt**, amely az első és egyetlen munkahelye volt.

Voltak, akik többet is láttak benne, mint amit János gondolt magáról. *Amikor Zsótér Pál igazgató úr az utódját kereste, felkérte Jánost, mert az iskolában tisztelet és szeretet övezte. A szakmai és pedagógiai alázat, tudás és szervezőkészség, amely kizárólag a mozgássérült gyerekekért, a munkájából áradóan volt látható, alkalmassá tette volna, hogy Ő vezesse tovább az intézményt. Erős és következetesen erkölcsös tudott ebben a helyzetben is maradni. Nem vállalta fel a „Mozgásjavító" vezetését, mert az elveivel és erkölcsi értékével, akkor* ***még nem volt összeegyeztethető****. A vezetői feladattal együtt járó szellemi, erkölcsi és lelki* ***meghasonlás kényszerű átalakulását,*** *amelyet az akkori politika egy vezetőtől kötelezően követelt meg, nem vállalhatta fel. Nem szédítette el Jánost a hatalom birtoklása, magasabb fizetés vonzása sem. Megmaradt a saját hitében és erkölcsi értékével egyszerűen Jánosnak, Zsoldi bácsinak és TANÁR ÚRNAK!*

Tanári évei alatt tanított fizikát, technikát, sőt éneket is. Kórust vezetett a gyerekeknek és felnőtteknek egyaránt. Az 1950-es években vette a bátorságot – de attól nem érezte magát forradalmárnak –, hogy nem csak a tantervi előírás szerint dolgozott, hanem például Kodály Zoltán *Psalmus Hungaricus „mikoron Dávid…"* kezdetű 55. zsoltárát énekelték a gyerekekkel. „Istenem, Uram, kérlek téged, Fordítsad rám szent szemeidet, nagy szükségemben, ne hagyj engemet (…)" Jánost az Isten most sem hagyja magára, mert az egész földi létében a *tanítás* szerint cselekedett.

Sokoldalú és nagy műveltséggel rendelkező ember volt Zsoldos János, aki reál beállítottságú, nagy műszaki érzékkel és praktikus intelligenciával rendelkezett, de nagyon fontosnak tartotta az irodalmi, történelmi, művészeti és zenei ismereteket, amelyek nélkül – vallotta – nem lehet teljes életet élni. Közösségformáló és megtartó erővel rendelkezett, az iskolában, az osztályaiban és a tantestületi közösségben egyaránt. Az általa rendezett iskolai ünnepségek magas színvonala mellett, azok mindig közvetítették János emberi, erkölcsi tartását és hitét. Vidám és humoros ember is volt ugyanakkor. A tantestületi bulikon és a diákok számára rendezett vidám ünnepélyeken láthattuk frenetikus és kifinomult humorérzékét és kulturáltságát. Fantasztikusan tudta szórakoztatni az iskola egész közösségét, tűzoltóként, rövidnadrágos úttörőként, Mikulásként vagy jószívű sárkányként.

Határozott, precíz és következetes pedagógus-személyiség volt. Maga volt a példa, diákok és kollégák számára egyaránt. Biztos pont volt, akire mindig lehet számítani. Nagyon-nagyon szeretni- és tisztelnivaló kolléga, diákjainak pedig a csupa nagybetűvel íródott TANÁRA volt, akire felnéztünk, gondolatait és tanácsait érdemes volt megfogadni.

János, Zsoldi bácsi, Tanár úr, köszönöm kollégáid, diákjaid és a magam nevében, hogy ismerhettünk és veled dolgozhattunk. Szebbé és jobbá, érthetőbbé és szerethetőbbé varázsoltad a környezetedet. A szellemi iránymutatásoddal, közösen szolgálhattuk a mozgáskorlátozott gyermekek ügyét. Személyiségedet áthatotta a mély humanizmus. A diákjaid iránt érzett, mindenek felett álló felelősségtudatot és emberségedet hagytad örökségül.

Volt diákjaid és kollégáid nevében mondhatom, hogy a szívünkben leszel, a mi időnk végezetéig, és még azon túl is.

„Akik igazságra tanítottak sokakat,
tündökölnek örökkön-örökké,
miként a csillagok."

(Dán 21,3)

Budafoki temető, 2015. április 10.

Meghívó zárókonferenciára

Befejezéséhez közeledik az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Pázmány Péter Katolikus Egyetem együttműködésében megvalósult „Országos Koordinációval a Pedagógusképzés Megújításáért" című projekt.

Ezért **október 9-én 9.30 és 17.30 között** délelőtt plenáris előadások, délután tematikus workshopok formájában tekintik át az eddigi munkát és a megvalósult eredményeket. A vendégek megismerkedhetnek a projekt rendkívül informatív honlapjával is.

A TÁMOP zárókonferencia helyszíne:
ELTE PPK, 1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27. AULA

A részletes meghívó itt olvasható:
http://barczi.elte.hu/letoltesek/Szabolcs/meghivo_zarokonferencia.pdf

A szervezők sok szeretettel várják a pedagógusképzés iránt érdeklődőket!

Tartalom/Table of Contents

BEVEZETÉS *(Mlinkó Renáta)* 177

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kullmann Lajos: A teammunkára felkészítés lehetőségei a gyógypedagógus-képzésben 178
Vámos Tibor – Berencsi Andrea – Imanaka Kuniyasu: Különbségi küszöb izometriás szorítóerő kifejtése esetén 193
Lénárt Zoltán – Szemenyei Eszter: A cerebrális paretikus gyermekek, fiatalok számára kifejlesztett FNO kategóriakészletek alkalmazhatósága 200
Mlinkó Renáta – Rózsa Sándor – Vámos Tibor: A Gyermek Tevékenységelemző Kérdőívvel (Child Occupation Self-Assessment, COSA) szerzett első hazai tapasztalatok 210
Tóthné Kálbli Katalin – Fótiné Hoffmann Éva: A szomatopedagógus szerepe az inkluzív testnevelés-oktatásban 227
Márkus Eszter – Vörös Ferenc: A szomatopedagógia szakon/szakirányon végzett gyógypedagógusok iránti munkaerő-piaci kereslet alakulása (2014–2015) 239

GYAKORLAT MŰHELYE

Lénárt Zoltán – Molnár Anett – Szemenyei Eszter – Tapa Gergely – Zahora Nóra: Közös útkeresés a spasztikus hemiparetikus tanulók felső végtagi mozgásainak vizsgálatában és nyomon követésében 250
Galambos Katalin – Révész Rita: A Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, EGYMI és Kollégium fogadó intézményi szerepe a közösségi szolgálat folyamatában 257

KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

Nádas Pál: KorKép – egy könyv, ami értünk (és nekünk is) szól *(Derera Mihály)* 272

FIGYELŐ

Szomatopedagógia Szakmai Műhely *(Klómer Georgina)* 274
„Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában" – szakmai konferencia *(Mlinkó Renáta)* 275

IN MEMORIAM

Zsoldos János (1928–2015) *(Nádas Pál)* 276

FOREWORD *(Mlinkó, Renáta)* 177

ORIGINAL PUBLICATIONS

Kullmann, Lajos: Possibilities of Team-Training in the Education of Teachers of Children with Special Needs 178
Vámos, Tibor – Berencsi, Andrea – Imanaka, Kuniyasu: Force Discrimination in Active Isometric Hand-Grip Force Production 193
Lénárt, Zoltán – Szemenyei, Eszter: Applicability of ICF Core Sets Developed for Children and Youth with Cerebral Palsy 200
Mlinkó, Renáta – Rózsa, Sándor – Vámos, Tibor: First Experiences of the Child Occupational Self-Assessment (COSA) in Hungary 210
Mrs. Tóth Kálbli, Katalin – Mrs. Fóti Hoffmann, Éva: The Somatopedagogyst's Role in Inclusive Physical Education 227
Márkus, Eszter – Vörös, Ferenc: The Situation of the Labour Market Demand for Special Needs Educators and Therapists with the Specialization of Physical Disabilities (2014–2015) 239

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

Lénárt, Zoltán – Molnár, Anett – Szemenyei, Eszter – Tapa, Gergely – Zahora, Nóra: Joint Path Finding to Testing and Monitoring Upper Limb Movements of Spastic Hemiplegic Students 250
Galambos, Katalin – Révész, Rita: The Role of the „Mozgásjavító" Elementary and Specialized Secondary School, Unified Special Education Methodology Centre and Students' Residence as a Host Organization in the Process of the Community Service 257

BOOKS AND NOVELTY

Nádas, Pál: KorKép – A book that Speaks for Us (and also about Us) *(Derera, Mihály)* 272

OBSERVER

Somatopedagogy Professional Workshop *(Klómer, Georgina)* 274
„Unity of Theory and Practice in Somatopedagogy" – conference *(Mlinkó, Renáta)* 275

IN MEMORIAM

Zsoldos, János (1928–2015) *(Nádas, Pál)* 276

www.gyogypedszemle.hu