

SZAKDOLGOZAT

KARDOS ANNAMÁRIA

**Közoktatási vezető és pedagógus-szakvizsga –
szakirányú továbbképzés**

Kaposvár

2023.



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Kaposvári Campus
Szak

Pszichés zavarok az iskolában

Belső konzulens: Klinger Csilla
mesteroktató

Készítette: Kardos Annamária
CSKBLC
levelező tagozat

Intézet/Tanszék: Neveléstudományi Intézet/Gyermeknevelési Tanszék

Kaposvár
2023.

Tartalom

Bevezető	4
Kutatási kérdések	5
Mi a normális?	6
Pszichés fejlődési zavarok gyermekkorban	7
Pszichés zavarok gyermekkorban	9
Sajátos nevelésigényű gyermekek az oktatásban	10
Pszichés zavarok megjelenése az iskolarendszerben	11
A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar bemutatása	12
ADHD megjelenési típusai	13
Az ADHD kialakulásának okai	13
Genetikai- és környezeti tényezők a kialakulásnál	14
Egy érdekes elmélet	15
Tünetek és megjelenésük	15
Kérdőívek elemzése	16
A kérdőív rövid bemutatása	16
Kérdőívben kutatott területek	16
A kérdőív kérdéseire adott válaszok kielemezése	19
Összegzés	37
Első kutatási kérdésem válaszainak összegzése	37
Második kutatási kérdésem beérkezett adatainak egybevetése	37
Harmadik kutatási kérdésem összegzése	38
Negyedik kutatási kérdésem összegzése	39
Ötödik kutatási kérdésem válaszaiból levont következtetés	40
Irodalomjegyzék	42

Bevezető

A XXI. század jelentős kihívások elé állítja az oktatást. A felgyorsuló információáradat, a modernizáció, az informatika és a digitális világ gyors térhódítása befurakodik az oktatás területére is. Észre sem vesszük, és lassan már nem tudunk másképpen órát tartani, csak ha okostáblát használunk! Nem lesz érdekes az aznapi óránk, csak ha legalább egy alkalommal interaktív feladatokat adunk a gyermekeknek... És még sorolhatnám!

Ezek mellett a technikai körülmények mellett kell még egy fontos feladatnak megfelelnie az oktatásnak, mégpedig a „különleges” a „más” gyerekek tanításának. Mert jelen századunk nagy kihívása a „normálistól” eltérő gyermek, tanuló tanítása! Nagyon jelentős elvárásokat támaszt ez a társadalom, a szülő és a gyermek részéről egyaránt az iskola, a pedagógus felé. És nem utolsó sorban a gyermek felé! Egy olyan gyermek felé, aki maga híján van a tanuláshoz szükséges alapvető készségeknek, képességeknek. Aki jelentős segítségre szorul, aki gyakran saját magával sincs barátságban!

Mindezek mellett pedig egyre többen vannak a gyermekek közül, aki valamilyen problémával küzdenek a tanulás terén. A KSH adatai alapján a 2012/2013. tanévtől a 2021/2022. tanévig jelentősen emelkedett azoknak a száma, akik valamilyen fogyatékossgal, tanulási problémával kerülnek be az oktatásba. A növekedés mintegy 16.000 főnyi. Ez közel 20 %-ot jelent nem egészen kilenc év alatt. Köztük sokan rendelkeznek olyan komoly, súlyos problémákkal, amik nem csak az iskolában akadályozzák, hanem a mindennapi élet területén is megjelennek, rontva ezzel az életminőségüket, társas- és szociális kapcsolataikat!

Szaktergolatom témájaként a figyelemzavarokat választottam. Közülük is az ADHD (attention deficit, hyperactivity disorder), azaz a hiperaktivitás- figyelemzavar tünetegyüttest. Ezeket a gyermekeket súlyos pszichés zavarokkal diagnosztizálták, amely megjelenik életük minden színterén. Nagyon nehéz nekik az iskolában, az otthonukban, a szűkebb családjukon belüli „létezés” is.

Sajnos azt tapasztalom a sokéves pályafutásom során, hogy nagyon gyakran nem tudnak hova fordulni azok a szülők, akiknek a gyermeke valamiféle pszichés problémával rendelkezik. Nem tud segíteni a pedagógus, mert nem kompetenciája, hogy bármilyen zavar esetén „kezelje” a gyermeket. Nem segít az iskolapszichológus sem, mert – rosszabb esetben nincs is, vagy, ha

van, nem tud hathatós segítséget adni a számára kijelölt órakeretben. Nem tud, mert ő is túlterhelt, rendkívül kevés alkalmat tud biztosítani a gyermeknek, aminek jelentős eredménye nincs. (Mint a pedagógusok, úgy az iskolapszichológusok közül is sok ember hiányzik az oktatás rendszeréből.) És nem segít – gyakran – a szülő sem, mert nem partner. Nem szeretné azt tudomásul venni, hogy „baj van a gyerekkel”. Nem hallgatja meg a pedagógust, a másik szülőt, mert akkor esetleg szembesülnie kellene egy problémával, ami még mindig nagyon kényes kérdés a mai társadalomban.

Az utolsó mondathoz kapcsolódva, ki merem jelenteni, hogy a pszichés betegségek egy-egy családban, még mindig szégyennek minősülnek. Nem beszélünk róla, nem veszünk róla tudomást, mert akkor nincs is az adott probléma. Pedig nagyon gyakran a családok az igazi szenvedő felek, ha egy pszichés zavarral küzdő gyermek él köztük! Környezetemben is gyakran mennek tönkre házasságok, kapcsolatok, baráti kötelékek egy „nehezen kezelhető” lurkó miatt.

Olyan tabu ez, amelyről egyre sürgetőbb lenne beszélni, beszélgetni, mert az elmúlt időben szembesülnünk kellett újabb típusú veszélyekkel, azok „kezelésével”, amelyek jelentős nyomot hagytak az egyén, és főként a gyermekek mentális fejlődésében, létezésében. Gondolok itt a COVID-járványra, annak minden hozadékára, amelyek a társadalom számára jelentős problémákat generáltak az elkövetkezendő évtizedre!

Kutatási kérdések

Kérdéseimet az ADHD-val érintett gyermekekre, illetve szüleiket megszólítva próbáltam megfogalmazni. Ezeken keresztül válaszokat kapni a dolgozatom kérdéseire.

Az általam kutatott kérdések a témában a következők:

- Mekkora időintervallum telik el a felismerés és a diagnózis között?
- Szerepel-e megoldási lehetőségként a gyógyszeres terápia a szakemberek részéről?
- Megkapják-e a megfelelő támogatást az iskolák részéről az érintett gyermekek, illetve a szüleik?
- Milyen a gyermekek helyzete az osztályban, iskolájukban? Kiszorulnak-e a perifériára a problémájuk miatt?
- Milyen arányban merül fel az iskolai rossz körülmények megoldásaként az iskolaváltás a szülők részéről?

Mi a normális?

Ahhoz, hogy mi az eltérő, a nem normális, először tisztázni kell, hogy mi a normális. Mi az, ami belefér az erkölcsi normáinkba, mit tudunk elfogadni helyesnek, jónak? Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az átlagos, a nagytöbbségre jellemző magatartásformákat nevezhetjük normálisnak. Ennek megítélése függ az adott társadalmi környezettől, annak szokásrendszerétől, hagyományaitól. (Gauland, 2018.) Nagyon egyszerű példaként megemlíthetjük az egyes vallásokhoz kapcsolódó táplálkozási szokásokat. Mi magyarok, megesszük a szarvasmarha húását, mert nálunk ez elfogadott, megszokott. Ugyanezt Indiában nem tehetem meg, mert náluk a tehén szent állat, az ő vallásuk tiltja az elfogyasztását. Itthon teljesen normális vagyok, ha megteszem ezt, Indiában nem! Láthatjuk, hogy erősen befolyásolja a normalitás fogalmát az adott társadalmi környezet. Az afrikai szavannákon futkározhatnak az őslakosok egy szál fűszoknyában, de ha egy európai tenné ugyanezt, bizony nagyon megnéznék! Hát még ha Európa egyik nagyvárosában tenné!

A normális tulajdonképpen egy statisztikai elem, a nagy többséget jelenti, amelyhez hasonlítjuk az „egyes” személyek cselekedeteit, tetteit. Ennek az összehasonlításnak az alapján lesz valaki normális vagy abnormális. Ez tulajdonképpen nem jelent mást, minthogy adott helyzetben közel hasonlóan viselkedünk, cselekszünk. Ezek azonban nem mindig maradnak így. Gondoljunk csak olyan egyszerű tevékenységekre, mint a nyilvános fürdőzés! Ami régen elfogadhatatlan, tehát abnormális volt – például kevésbé takarékos fürdőruhák –, az most teljesen normális.

A pszichológia is foglalkozik a normalitás fogalmával. Konkrétan a pszichopatológia szakterülete ennek vizsgálata. „Abból indulnak ki, hogy mindig a társadalom határozza meg azt, hogy mik a kívánatos, elfogadott viselkedésformák, azonban ez kultúránként, csoportonként, és időben is folyamatosan változik.” (Gauland, 2018.) Nézeteik szerint nem határolható el élesen a normális és az abnormális fejlődési folyamat egymástól. Közöttünk nagyon határozott vonal nem húzható. Azt gondolják, hogy az abnormális fejlődés, amely rendkívül sok külső- és belsőhatásra történik az egyén érése során (öröklődés, körülvevő környezet, idegi funkciók fejlődése, szociális kapcsolatok). Elméletük alapja, hogy a nem normális fejlődés, egyfajta válasz az egyént körülvevő környezeti-, és egyéb befolyásoló tényezőkre. Ez azonban egy maximálisan nem megfelelő környezetben nem megszokottat, azaz nem normális fejlődést fog eredményezni. Vannak olyan helyzetek, ahol az adott viselkedés jónak hat, de a tartós fennállás esetén, más körülmények között deviánsnak fog számítani.

Az egyén fejlődése során talán a legjelentősebb szakasz a gyermekkor. Ebben az időben építi fel a gyermek saját magát, a személyiségét, pszichés- és magatartási működésének meghatározó elemeit. Ezek az „eljárások” –a fentebb említettek mentén –lehetnek eltérőek a nagy többségétől. Itt beszélhetünk abnormális pszichés folyamatokról. Azonban csak a véglegesen rosszul fejlődőket minősíthetjük zavarnak a rendszerben, hisz a fejlődésünk nem egyenletes. Mindenki életében vannak gyorsabb, illetve lassabb fejlődési időszakok. Sőt, előfordulhatnak stagnáló, vagy esetleg lemaradást mutató területek, amelyek egy későbbi időszakban már semmiféle lemaradást, eltérést nem mutatnak a hasonló korú társak pszichés fejlettségéhez képest. Ennek a megállapításnak a hitelességéhez hozzátartozik, hogy nagyon fontos az életkori feltételek, sajátosságok figyelembevétele. Példaként említhetjük a mozgásfejlődést, hiszen ekkor nem csak az izomzata, mozgáskoordinációja fejlődik a gyermeknek, hanem az idegrendszere is. Az idegpályák kifejlődése, megerősödése teszi lehetővé, hogy a mozdulatokat végrehajtsa. 8-9 hónapos gyermek már elkezd kúszni, lábait és kezeit felváltva használja közben.(Cole-Cole,2006.) Ha ez a mozzanat a gyermek fejlődése során késleltetett (1 éves kora után), illetve kimarad, vagy időben jókor, de technikailag hibásan zajlik, már kórosnak tekinthető. Gyakran korai fejlesztés keretében mozgásfejlesztést igényel a további funkcióromlások enyhítése, csökkentése, optimális esetben elkerülése végett.

Rendellenes fejlődés nemcsak testileg és motorosan fordulhat elő, hanem pszichésen is, amelynek mielőbbi felismerése nagyobb esélyt ad a korrekcióra, javításra. Ehhez azonban szükséges a „gyermekanalitikus szempontjából a beteg múltját rekonstruálni, vagy a tüneteket visszavezetni a legkorábbi életévekben rejlő eredetükre” (A. Freud, 1965)

Pszichés fejlődési zavarok gyermekkorban

Mint minden fejlődésnek, a pszichés fejlődésnek is van egy meghatározott időben, meghatározott módon történő üteme. Ennek során is lehet olyan élethelyzet, amely az aktuális állapotot befolyásolja, kicsit lemaradhat kortársaitól, illetve meg is előzheti őket. Az elmaradás mindaddig nem tekinthető kórosnak, amíg a fejlődési regresszió nem állandósul. Ebben segítségre lehet a jó környezeti reakció, amely pozitív befolyással bír, illetve – szükség esetén – egy jó szakember. Hazánkban már a korai életszakaszban lehetőség van arra, hogy a felismert problémát korrigálhassák, annak hátrányos befolyásait a gyermek fejlődésére minimalizálják. Ezek az úgynevezett korai fejlesztések, melyek már csecsemőkortól, azaz 0 éves kortól, 5 éves korig zajlanak.

A pszichés zavaroknak többféle oka is lehet. Öröklődéssel nem az adott rendellenességet örökölhetjük, sokkal inkább az arra való hajlamot. Jelentős a gyermeket körülvevő környezet hatása is, kiemelten a szülők szeretete, legfőképpen annak hiánya. Súlyos károsító, vagy „csak” erősítő hatása, a nem megfelelő nevelésnek is van. (Bagdy, 1999.) (Danis-Németh-Prónay-Góczán-Szabó-Hédervári-Heller, 2020.)

A test és a lélek együtt fejlődik, fejlődésük egymástól elválaszthatatlan. Bármelyik folyamatba hiba csúszik, az biztosan befolyásolja a másik fejlődését is. Kölcsönhatásban állnak egymással. A fejlődéslélektan meghatározott időben, meghatározott szintet feltételez a gyermek normál ütemű fejlődése során. (Cole-Cole, 2006.)

Egy bizonyos pszichés betegség kialakulásában több ok is szerepelhet, és egy adott kóroki tényező többféle kóros lelki jelenséget is kiválthat. (Balogh, 2009.)

A legveszélyeztetettebb korszak a fejlődés folyamán a csecsemőkortól egészen 10 éves korig. A különböző életkorokban, különböző sérülések érhetik a lelkifejlődést. Nagyon fontos a gyermeknek az anyával való kapcsolata. A kapcsolat minősége rendkívül nagy jelentőséggel bír a gyermek számára. „Ez mindannyiunk első emberi köteléke; az anya szeretetének melegében bontakoznak ki érzelmi életünk kezdeményei, ez indítja el és alapozza meg testi, lelki és társas kapcsolati fejlődésünket. Az anyai biztonság, szeretet, elfogadás és védelem hiánya vagy fogyatékoságai miatt a kifejlődő lelki rendszer alapjai károsodhatnak.” (Bagdy, 1999) Egyik patogén megjelenési forma a hospitalizáció, mely során a csecsemő hosszabb időre el lett szakítva az anyától. Ebben az esetben alapvető kötődési kapcsolatok nem alakulnak megfelelően, amelyek a gyermek későbbi fejlődése során nehezen-, vagy egyáltalán nem építhetők újra. Ennek a gondolatmenetnek mentén jelenthetjük ki, hogy milyen hatalmas szereppel bír az egyén fejlődése során a család, mint az első olyan színtér, amelyben megtanulunk viselkedni a körülöttünk levő családtagoktól kapott minta alapján.

A fejlődés során kialakult hibák, bár könnyebb hinni abban, hogy ki fogjuk tudni javítani, mégis sokkal inkább levonható következtetés, hogy nem korrigálható elmaradásokat eredményez. Fontos körülmény az is, hogy mely életkorban érte a negatív hatás a fejlődő szervezetet. A korai életszakaszban ért károsító hatások következményei kevésbé javíthatók, mint a késői életkorban elszenvedett hátrányos hatásoké. (Bagdy, 1999.)

A pszichés zavaroknak gyermekkorban is rengeteg megjelenési formája van. Minket csak az iskolai tanulás során jelentős hátrányokat okozók érdekelnek.

Először is egy statisztikai adatot osztanék meg, mely a gyermekek érintettségéről készült felmérések összegzését tartalmazza 2021-ből.

Az adatok védőnőktől származnak, akik úgynevezett státuszvizsgálatok végzésévek követik nyomon a gyermekek fejlődését. A vizsgálatnak hat területe van, amelyet figyelnek és rögzítenek. A gyermek beszédének fejlődése, pszichikai fejlettsége, mozgásfejlődés, mentális, szociális fejlődés és magatartási problémák vizsgálata, mozgás szerveinek vizsgálata, az életkornak megfelelő testi fejlettség vizsgálata, érzékszervek vizsgálata (látás és hallás). (Hajdu, Kertesi, 2021.)

Láthatjuk, hogy a többszemponútú vizsgálatok lehetővé teszik a gyermeknél felmerülő pszichés zavarok korai felismerését, beazonosítását, hiszen a gyermekek egészségének dokumentálása intézményes keretek között már egészen korai életkorban megkezdődnek. Ezek eredményeit rögzítik. (Hajdu, Kertesi, 2021.) A 2021-es tanulmány szerint a társadalmi helyzet összefüggést mutat a szociális, pszichés, kismotoros, mentális és magatartási problémák között. Mindezen problémák már 1-3 éves kor körül megjelennek a gyermekeknél. Az első életév folyamán kialakult elmaradások hároméves korra már magas szinten jelen lesznek az érintett gyermekeknél. A szegényebb rétegeknél kisiskolás korban már mintegy 12-13 százaléknak van jelentős problémája. (Hajdu, Kertesi, 2021.)

Az sajátos nevelési igényű tanulók száma az általános iskolában folyamatosan emelkedik a KSH adatai alapján. 2001/2002-es adatokhoz képest (autizmus spektrum zavarral rendelkezők száma 30, súlyos tanulási zavarral rendelkezők 6966, súlyos magatartásszabályozási zavarral 1724 gyermek szerepel oktatásban) 2021/2022-re jelentősen megemelkedett. Adott évben az autizmussal élő tanulók száma 8437-ra emelkedett, a súlyos tanulási zavarral küzdők nyilvántartott létszáma 45 333 fő, figyelemzavarral 5874 gyermek regisztrált, magatartási zavarral 2972 gyermek valamelyik oktatási intézmény tanulója. A számok jelentős emelkedést mutatnak az érintettségben. Igaz, közben bizonyos területeken fogalmi meghatározásban is történt változás (lásd SNI A és B megszüntetése, illetve átfoglalmozása), összességében a valamilyen fogyatékossággal élő gyermekek száma megtöbbszöröződött a húsz év alatt. (KSH, 2022.)

Sajátos nevelésigényű gyermekek az oktatásban

Hazánkban a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről a 45§-ban kimondja, hogy „Magyarországon – az e törvényben meghatározottak szerint – minden gyermek köteles az intézményes nevelés-oktatásban részt venni, tankötelezettségét teljesíteni.” Tehát mindenki, aki magyar átlampolgár, tanköteles. Jelen pillanaton ez a kötelezettség 16 életév betöltésével szűnik meg, kivételt képeznek a sajátos nevelési igényű gyermekek, mert számukra 24 éves korig meghosszabbítható a tankötelezettség. (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről) Ezzel a törvényi kijelentéssel nem tesznek különbséget gyermek és gyermek között, csupán a feltételeket, lehetőségeket igyekeznek kiterjeszteni, biztosítani a sikeres iskolai tanulmányok elvégzéséhez szükséges időkeretet. Erre azért is van szükség, mert a szakértői bizottságok fejlesztési javaslataiban gyakran szerepel az, hogy az érintett tanuló egyéni ütemben tanulhasson. Ez pedig gyakrabban jelent lassabb haladási tempót, mint gyorsabbat.

A 2011. évi CXC. törvény 4§ 25. bekezdése alapján „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 beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.”

Amikor valaki a saját gyermekéről kap egy olyan szakértői véleményt, mely bizonyos tanulási nehézségeket, rendellenességeket feltételez, egyidejűleg igyekeznek a számára legmegfelelőbb oktatási intézményt megkeresni. Természetesen az esetek súlyosságától függ, hogy milyen iskolát javasolnak, a tankötelezettség teljesítéséhez. Valamint nem lehet eltekinteni a handycap eredetétől sem. Súlyos mozgássérült gyermeknek olyan speciális közlekedési környezetre, el látásra lehet szüksége, amit integrált keretek között nem tudnak nyújtani.

Léteznek a gyermekek számára speciális intézmények – ilyenek a Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Szakiskolája, Készségfejlesztő Iskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Kollégiuma és Gyermekotthona –, amelyek már súlyosabb eseteknél, fogyatékoságoknál specializáltan vehetők igényben.

Mivel azonban nem minden esetben olyan súlyos a deficit egy-egy gyermeknél, Magyarországon sok gyermek kerül, úgynevezett integrált oktatás keretein belül a többségi általános isko-

lába, ahol egyéb plusz segítséggel próbálják támogatni a tanulmányaikat. Például mozgásterápiával, rehabilitációs foglalkozásokkal, vagy éppen a sérülés jellegének megfelelő terápiákkal, eszközökkel támogatott tanulás, szakember segítette oktatási környezet.

Az elmúlt húsz év során, a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján mintegy 65 %-os volt a létszám növekedés az iskolás korú gyermekek között. Ez egy nagyon meredek növekedés, amelyet a hazai iskolarendszer nem biztos, hogy megfelelően el tud látni! (KSH, 2022.)

Pszichés zavarok megjelenése az iskolarendszerben

„Csak akkor beszélhetünk egy pszichiátriai kórképről, ha tünetei, illetve annak következményei funkciókárosodást okoznak, ezért definíció szerint olyan kórképekről van szó, amelyek károsítják a hétköznapiakat.” (Balázs, Miklósi, 2015.)

Az iskolában megjelenő pszichés zavaroknak sokféle megjelenési formája van. Ezek a problémák már egészen kicsi korban megjelenhetnek az egyes gyermekeknél. Nincsenek pontosan behatárolható időintervallumai, „bejósolható” megjelenése. Számtalan körülmény lehet annak okozója, hogy az érintettnél pszichés zavarok formájában jelentkezzon „fejlődési deficit”. Ezek lehetnek a körülötte lévő környezet ártalmai, szülés közben átélt oxigénhiányos állapot, a terhesség folyamán való történések, illetőleg számolni lehet az öröklődés lehetőségével is. (Demicsákné, 1998)

Számos megjelenési formával találkozhatunk az oktatási intézményekben. Párát szeretnék most megemlíteni a teljesség igénye nélkül.

Nem szabad megfeledkezni arról, hogy a pszichés zavarok megjelenése az egyén teljes életére befolyással van, funkcióromlást idézve elő, amely a mindennapi élete során is észlelhető.

Gyermekeknél gyakori az evészavarok megjelenése, mely életminőség romlásához is vezethet. A növekvő, fejlődő szervezetnek fontos tápanyagok nem, vagy éppen túlzott mennyiségben kerülnek be. Elhízás vagy a kóros soványság befolyásolhatja a szociális kapcsolatokat is. Fiúknál és lányoknál egyaránt megjelenhet, de számszerűleg magasabb a fiúk aránya. (N. Kollár, Szabó, 2004.) (Szilágyi, 2007.)

Másik igen magas számban megjelenő pszichés zavar a depresszió. Ez a „betegség” bármely életkorban előfordulhat, és mindig másra helyeződik a hangsúly a tüneteknél. Jelentősen eltér a tünetegyüttes a felnőtteknél és a gyerekeknél. Magas a megjelenési ráta, kb. 2,5 – 6%. Ez a

kórkép lányoknál kétszer gyakrabban azonosítható be, mint fiúknál. Nagyon nagy feladat a serdülő kor során a beazonosítása! Könnyen téveszthető össze a kamaszokra jellemző útkereséssel, az élet értelmének kutatásával, az önazonosság kutatásával. (N. Kollár, Szabó, 2004.)

Iskolai keretek között talán a legnagyobb számban megjelenő pszichés zavar a diszlexia, diszgráfia, illetve diszkalkulia. Mindhárom „disz” az iskolai tudáselsajátítás lehetőségeit befolyásolja negatív irányban, azaz hátráltatja a tanulókat a konkrét tananyag elsajátításában. Az olvasási-, írási-, illetve számolási nehézség a teljes életében fenn fog állni, befolyásolja a mindennapi életben való eligazodást. Azokat a gyerekeket, akik bármilyen területén nehézséggel rendelkeznek az iskolai készségeknél, gyógypedagógus látja el az iskolai tanulás során. Számukra a törvényi szabályozásban foglaltak szerinti heti óraszámban, melynek maximum értékeit tartalmazza az előírás.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), vagyis figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar. Manapság egyre több szakértői véleményen olvasom ezt a diagnózist. Évről évre emelkedik azoknak a gyerekeknek a száma az iskolákban, akiknek ez szerepel a szakvéleményükön.

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar bemutatása

„A mentális zavarok egy részének indulása jellegzetes életkori mintázatot követ (egy vagy két életkori csúccsal), más része bármely életkorban megjelenhet. A gyermekkori kezdet bizonyos kórképek esetében (pl. ADHD, Tic zavarok) a diagnózis felállításának szükséges kritériuma (DSM-5, APA,2013.)” (Miklósi, 2020.)

Az ADHD olyan tünetcsoport, amely már egészen kicsi korban megfigyelhető az érintett személyeken. Ezek a szimptómák viszonylag magas arányban a későbbi életkorban is megmaradnak, befolyásolva az egyén életminőségét. Súlyos érintettséget jelenthet a szociális kapcsolatok, készségek területén. (Selikowitz, 2010.)

A vezető tünetek, figyelemzavar, hiperaktivitás és impulzivitás, az ember fejlődése során számos területre kihat, és azokban minőségi változást okoznak.

Az ADHD tüneteinek megítélése többször is változott 1951 óta. Ekkor adják ki a Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvét (DSM), mely alapja lesz a nemzetközi diagnosztizálásnak. Azaz a világban elfogadott alap lesz a pszichiátriai kórképek megállapítása során. Jelenleg a DSM5 van használatban. (Miklós, Máté, Balázs, 2022.)

Az ADHD megállapításánál a tünetek megjelenésének számát és idejét is figyelembe veszik. A BNO 10-es osztályzás szerint a tünetek 7 éves korig való azonosítása esetén mondható ki, míg a DSM5 és a BNO 11 már 12 évre emeli a korhatárt a tünetek megjelenéséig, amely feltételezi az ADHD fennállását. Fontos a vezető tünetek beazonosítása, azoknak száma is a hiteles diagnózis megállapításához. A 9 figyelemhiány területén megjelenő, és a 9 a hiperaktivitás/impulzivitás területére utaló tünetek közül legalább hat fő tünetnek jelen kell lennie az egyes csoportokból, hogy bizonyossággal megállapítható legyen a helyes diagnózis. Mindezekon kívül még az élet egyéb területén is legalább kettőben jelen kell lennie a tüneteknek. Például az iskolában és otthon. Valamint ezek negatívan befolyásolják a szociális kapcsolatokat, a kognitív funkciók működését, illetve a munka során az együttműködést. (Miklósi, Máté, Balázs, 2020.)

ADHD megjelenési típusai

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott diagnosztikai kézikönyv szerint három fő megjelenési formát tudunk megkülönböztetni (Selikowitz, 2010.):

- túlnyomóan figyelemhiányos
- túlnyomóan hiperaktív- impulzív
- kombinált típus.

A BNO 10 kiegészül úgynevezett alcsoportokkal is. Ezek a következők:

1. figyelem és az aktivitás zavara
2. hiperkinetikus magatartászavar
3. figyelemhiány hiperaktivitás nélkül

A DSM5-ben pedig súlyossági fokozatokat is megjelölnek (APA, 2013.):

- enyhe fokú: a diagnózishoz szükséges tüneteken felül semmi vagy kevés egyéb, kisebb károsodás a társas kapcsolatokban és a munkában
- mérsékelt
- súlyos: a diagnózishoz szükséges tüneteken felül sok, illetve sok súlyos egyéb tünet, ami súlyos károsodást okoz.

Az ADHD kialakulásának okai

Mivel az ADHD létrejöttét eltérő nézetek élnek, fontosak a kutatások, amelyek a kialakulását, létének valóságát hivatottak igazolni.

Manapság is elterjedt nézőpont, hogy nem egy diagnosztizálható tünetegyüttesről van szó, hanem sokkal inkább a rossz nevelés következménye, aminek okai egyértelműen a szülők nevelési stílusa. Ugyanebbe a megközelítésbe tartozik az is, mikor a pedagógus, szülő kimondják a gyerekről, hogy lusta, nem figyel. A kutatásom során is tapasztaltam azt, hogy szülők azzal kezdik a leveleiket, azért írnak név nélkül egy-egy csoportba szakembereknek, mert van ismerős is a klubon belül és nem szeretnék, ha kiderülne, hogy ők is érintettek, mert így csak azt gondolják, hogy rosszul nevelt a gyerekük. A felnőttek hibáztatása nagyon gyakori a tényleges diagnózis felállítása előtt a környezet részéről.

Számos kutatás, vizsgálat létezik, amely a „betegség” valóságát hivatottak igazolni. Mind-egyikben közös az a következtetés, hogy nem egy-egy speciális tünet megjelenése és megléte alapján mondható ki biztosan valakiről az érintettség. Sokkal inkább tünetegyüttesről van szó, melyek különféle variációkban fordulhatnak elő az embereknél. Ezért rendkívül nehéz azonosítani, és kezelni is az ADHD-t. Valamint ugyan ezek miatt létezik számos megjelenési formája, akár korosztályon belül is.

Tehát a mai kutatások alapján -empirikus- ki lehet mondani, hogy nem a nevelés a fő hibaforrás, inkább a gyermekben működő idegi folyamatok sérülése, ebből fakadó átlagostól eltérő működése az oka a figyelemhiányos állapotok kialakulásának.

Genetikai- és környezeti tényezők a kialakulásnál

Bebizonyított tény, hogy az ADHD örökölhető, méghozzá magas arányban. Azokban a családokban, ahol a szülők valamelyike érintett – nem feltétlen kell tüneteket produkálnia – mintegy 50%-ban legalább egy gyermek lesz ADHD-s. Ennek a megállapításnak genetikai kutatások adják az alapját, melyek elvégzése során azt kapták eredményként, hogy az örökölhetőség nagyon magas százalékos arányt ad. 70 és 80% között van. Fiúknál és lányok esetében is egyaránt megjelenhet, de a fiúk nagyobb arányban érintettek.

A genom vizsgálatok során több olyan gént is találtak, amelyek szerepet játszanak a tünetegyüttes kialakulása során. Azonban önmagukban ezek még nem elegendek az ADHD kialakulásához. További kutatások igazolták, hogy a környezeti hatások is befolyással vannak a megjelenésre. Bizonyos hatások a géneken keresztül „segítik elő” a figyelemzavar kialakulását. Ezek általánosságban a születés előtti időben, a magzati korban történnek meg. Ilyen lehet az anya bármely kémiai is károsító szer használata (alkohol, dohányzás, drog, gyógyszer).

Egy érdekes elmélet

Nagyon érdekes az úgynevezett össze-nem-illés elméletekről olvasni. Közéjük tartoznak az evolúciós elméletek. Ezekben feltételezik, hogy az emberiség múltjában léteztek olyan időszakok, amikor az ADHD-s személyekre jellemző fenotípusok az adott körülményekhez való alkalmazkodást tette lehetővé. Többek között az agresszióról nyilatkoztak úgy, hogy az, mint tulajdonság fontos és hasznos volt a homosapiens és a neandervölgyi ember közötti csaták során, melyben a jobb életfeltételekért, élelemért, a fennmaradásért folyt a küzdelem. (Miklósi, 2020.)

2300 főn végzett kutatás során vizsgálták a DRD4 gén R7 variánsát, amelyet már régebbi kutatások során összefüggésbe tudtak hozni az ember újdonságkereső tulajdonságával, és az ADHD-val is. Eisenberg Kenyában végzett kutatásai során egy törzset vizsgált. Az évek során a törzs egyik része letelepedett, a csoport másik része folytatta a nomád életmódot. A megfigyelések során rögzítették azt, mely szerint a DRD4 R7 alléllal rendelkező nomádok egészségesebbek voltak az ezzel az alléllal nem rendelkező társaiknál. Feljegyezték azt is, hogy a DRD4 R7 alléllal rendelkező gyerekek nomád körülmények között hatékonyan tanultak, de ugyanezen ok miatt intézményes keretek között akadályoztatva volt a tudás elsajátításuk. (Miklósi, 2020.)

Tünetek és megjelenésük

Mint már említettem a jellemző tünetek már egészen fiatal korban megjelenhetnek. A vezetőtünetek mindig ugyanazok. A fejlődési szint lesz az, ami a megjelenési formát befolyásolja majd.

Óvodában a kisgyermeknél nagyfokú mozgékonyság figyelhető meg. Szinte mindig akad köztük olyan, aki egy pillanatig sincs nyugton, nem, vagy csak nagyon rövid ideig tud megülni egyhelyben. Utasításokat nem fogad el, mintha nem értené, hallaná azt. Impulzív, hevesen reagál. Érzelmei nagyon erősek. Sokszor agresszívan viselkedik játék alatt, illetve, ha sérelem érte. Többi gyerekkel nehezen, vagy egyáltalán nem jön ki. Szabályokat, kötöttségeket nehezen visel. Ebben a korban nagyon jól azonosítható – tünetek megjelenése alapján – a hiperaktív/impulzív figyelemzavar.

Iskolás korban főként a tudás elsajátításához kapcsolódóan jelentkezhetnek azok a tünetek, amik a figyelemhiányos/hiperaktív-impulzív állapotra utalhatnak. Például több utasítást tartalmazó feladatot csak részben old meg. Gyakoriak a figyelmetlenségből eredő hibák, feláll és

mászkál órán, mikor ülnie kellene. Figyelme nem tartós, könnyen terelődik. Probléma lehet a magatartásával is! Bekiabál az órán, nem tartja be a jelentkezés-felszólítás szabályait. Sokszor kerül összetűzésbe gyerekekkel, felnőttel egyaránt. Nem tud kijönni, együttműködni társaival. Sorban állásnál nehezen várja ki, hogy őrá kerüljön a sor. Sorolhatnánk számtalan olyan tanulásban és magatartásban megjelenő deficitet, amik másik gyerekekre is jellemzőek. Nem szabad azonban elfelejtenünk azt, hogy ezeknek az eltéréseknek hosszabb ideig és csoportosan, együttesen kell jelen lenniük a gyanúhoz!

Kérdőívek elemzése

A kérdőív rövid bemutatása

A személyes kutatásom alapját egy kérdőíves formában kiadott kérdéssor volt. Próbáltam minél több szempontot figyelembe venni, bár már most is kijelenthetem, hogy nem tudtam és nem is akartam mindent belefoglalnia a feltett kérdések körében.

Inkább azt szerettem volna, ha a szülők is „megjelennek” a válaszok között. Véleményem szerint fontos lenne, ha őket is bevonnák a saját gyermekük kezelésébe! Hatékonyabb és eredményesebb lenne számukra, ha tehetnének gyermekeikért, ha megérthetnék azt, hogy mikor miért történnek dolgok. Esetleg megkönnyíthetné, az amúgy otthon nem olyan egyszerű konfliktuskezelést is számukra a szakemberektől szerzett ismeret, tudás. Lehetőség szerint nem tapasztalati úton, keservesen szenvedve jutnának hozzá a gyermeküket érintő problémával kapcsolatban.

A kérdőívem 23 kérdést tartalmaz, különféle nagyobb területeket magába foglalva. Céлом az volt, hogy a feltett kérdésekre kapott válaszok alapján feltérképezsem az ADHD-s tanulók helyzetét az oktatásban. Milyen a szülők tájékoztatása a folyamat során, melyben a valószínűségtől a biztos diagnózisig jutnak? Mindent nem kérdeztem meg célzottan, mert vizsgálódásaim során egyéb módon is szereztem információkat. Felvettem a kapcsolatot ADHD-s gyermekek szüleivel, felnőtt ADHD-s emberekkel, pedagógusokkal is online felületeken, különböző csoportokon keresztül, valamint a környezetemben lévő gyermekeket is megfigyeltem.

Kérdőívben kutatott területek

A 23 kérdés tíz témakört foglal magába, melyek több szempontból járják körbe az ADHD diagnózissal rendelkező tanulók és szüleik helyzetét a mai magyar oktatási rendszerben. Igyekeztem úgy szerkeszteni a kérdéseimet, hogy a feldolgozás során konkrét választ kaphassak erre.

Az első öt kérdés a felismerés, sejtés és a konkrét diagnózis felállításának időszakára vonatkozik. Saját tapasztalatom alapján merem kijelenteni, hogy az SNI-s gyermekek is nagyon nehezen jutnak el a megfelelő szakemberekhez, a megfelelő időben. Az elmúlt két év koronavírus szabályozásai olyan eljárás rendet eredményeztek, amik lehetővé tették a már meglévő diagnózisok telefonos egyeztetések utáni – amely megtörtént a szülővel, pedagógussal egyaránt – felülvizsgálatának „megszületését”. Jelenléti vizsgálat nem történt, de erről akkor egyik fél sem tehetett! Viszont új vizsgálatokat nagyon ritkán kezdeményeztek, aminek következtében gyerekek maradtak diagnózis és ellátás nélkül. Mindez pedig egy súlyosan érintett személynek az életében, fejlődésében, rehabilitációjában nagyon nagy kiesést okozhat. A figyelemhiánnyal küszködő gyerekek sem járnak jobban sok esetben. Már a felismerés is nehezített azáltal, hogy a megjelenő tünetek gyakran normálisan fejlődő gyerekeknél is megjelennek, csak ebben az esetben nem állnak fenn tartósan. Ha jó időben, jó helyen vannak ezek a gyerekek, olyan felnőttek közelében, akik valamiféle rálátással vannak a fejlődésük eltérő voltára és rendelkeznek tapasztalattal, ismerettel, tudással az adott problémáról, akkor a felismerés és a diagnosztizálás is jó időben érkezhetsz. Ám gyakran a szülők lesznek azok, akik nem szeretnék, ha valamilyen „bélyeg” kerülne a gyermekükre, ők lesznek az első és legfőbb akadályai annak, hogy a probléma helyén legyen kezelve. Amikor mégis a szülő lesz az, aki lépni szeretne, még előfordulhat, hogy nem kap megfelelő tájékoztatást arról, hogyan is álljon neki a kivizsgálás elindításához. A hatodik kérdés a diagnózis felállítása során javasolt ellátási módra vonatkozik. Jelenleg a diagnózis megállapítása után két fő iránya lehet a kezeléseknél. Az egyik a különféle terápiák, a másik gyógyszeres kezelés. Természetesen létezik a kettőt vegyítő kezeléstípus is, illetve alternatív terápiák, melyek csak a szülők által kezdeményezve, általában nem intézményi keretek között érhetők el.

A hetedik kérdésnél az érdekelt, hogy a válaszadók gyermekei jelenleg melyik iskolai fokon tanulnak. Az érdeklődésem tulajdonképpen arra irányult, hogy egy átfogóbb képet kaphassak arról, melyik szakaszában az oktatásban, milyen a diagnosztizált ADHD-s gyermek ellátása, kapcsolatrendszere, a szülői érzések az iskolával és a pedagógussal kapcsolatban. Azért, hogy ezt meg tudjam állapítani több kérdést kellett összevetnem egymással.

A nyolcadiktól a kilencedik kérdésig a gyermek iskolai helyzetére – hiszen egy iskolában a tanulmányi eredmény alapján skatulyáznak be– és társas kapcsolataira vonatkozóan próbáltam tájékozódni. Mint minden gyermeknél, nagyon fontos a teljesítmény azoknál is, akik rendelkeznek a figyelemhiányos aktivitászavar kódjával. Ők is egy-egy intézmény tanulói, akiknek az iskolai társadalomban elfoglalt helyük a tanulmányi átlagukból és a tapasztalt magatartási

reakcióikból tevődnek össze. Sajnos az F90 kódokkal rendelkezők gyakran egyéb tanulási zavarokkal is küzdenek, bár a tanuláshoz szükséges figyelem sérülése már alapesetben is megkeveri az életüket sok területen.

A tizenegyedtől tizennégyig terjedő kérdéssor témaköre az iskolán belüli kötelező segítségnyújtás volt. Azaz arra voltam kíváncsi, hogy a gyermekek mennyi fejlesztést kapnak; megkapják-e a számukra szükséges teljes óraszámot, illetve ténylegesen sajátos igényüekként kezelik-e őket a tanítási órákon. Jelenleg hazánkban súlyos pedagógus- illetve fejlesztő szakember hiány van. Sokszor még gyógypedagógust sem tud biztosítani egy-egy kisebb iskola, nemhogy a Szakértői Bizottságok által kiadott előírásoknak, javaslatoknak megfelelő számú órában ellátása, vagy elláttassa a fejlesztő/rehabilitációs foglalkozásokra szorultakat! Pedig nagyon nagy szükségük lenne a részképességek, főként a figyelem fejlesztésére! Mindezek mellett egy másik nagyon súlyos hiány is sújtja a közoktatást. Nincsen elegendő mennyiségű iskolapszichológus a rendszerben. Gyakran előírják a gyermekek pszichológiai ellátását, de sajnos ez nem teljesíthető. Ismert számomra olyan példa, ahol az iskolapszichológus 14 intézmény ellátására kötelezett! Gondoljunk csak bele! Nem tartom valószínűnek, hogy ennyi sérült gyermekkel, mint amennyi jelenleg az oktatásban jelen van, hathatósan tudna együttműködni. Leggyakrabban valahova még hetente 1-2 órára sem jut el. (És akkor még nem beszéltünk az esetlegesen előforduló, de mindenképpen szakember által ellátandó esetekről!)

Tizenötödik kérdésemben a szülők önálló segítségkeresési útjait próbáltam feltérképezni. Tapasztalom a saját intézményemben is, hogy az előírt fejlesztési órakeret sok esetben nagyon kevés. Ilyenkor próbálunk összefogni a kollégákkal és oldjuk meg másképp, hogy a gyermek többet is kaphasson. Például a kötelezően előírt fejlesztéseken felül kivisszük őt délután, vagy elvisszük korrepetálásra. Kihasználjuk, hogy betegség után felmentett testnevelésből két hétig, és ilyenkor pluszban fejlesztő foglalkozást biztosítunk számára. Azonban ahol ez nincs meg, ott a szülő kénytelen keresni valamit a gyermeknek, ami egyéb megsegítést tud nyújtani számára. Esetleg olyan eljárást keres, amit az iskola, gyógypedagógus nem tud biztosítani a tanulónak. Mint például a mozgásfejlesztés, azon egyszerű okból kifolyólag, hogy nincs ennek megfelelő végzettségű szakembere az iskolának, és óraadóként sem tud „behozni” a rendszerbe.

Tizenhattól a tizennyolcadik kérdésig a gyermek viszonyulását az iskolához hivatott vizsgálni. Rengeteg tanuló kap negatív reakciót a környezetétől. Felnőttektől, gyermekektől egyaránt. Szülő mesélte nekem, hogy gyermeke nem agresszív, mégis kiközösítették a többiek, mert más, mint ők. Mit érezhet ez a gyerek, ha meghallja, hogy iskola?! Ezt szerettem volna megtudni a kérdésre adott válaszokból.

A szülők igyekeznek minden esetben a saját gyermekük mellé állni, legalábbis a legtöbb! Akkor is, ha az iskola „nehezen viseli a helyzetet, a gyermeket”. Ilyenkor meg kell, hogy küzdjön a gyermekéért. Azért az egyszerű nézőpontért, hogy az ő gyermeke is gyermek, csak egy kicsit (vagy éppen nagyon) más, mint a többiek. Igazából az oktatási törvény alapján mindenkinek jár a számára megfelelő oktatás.

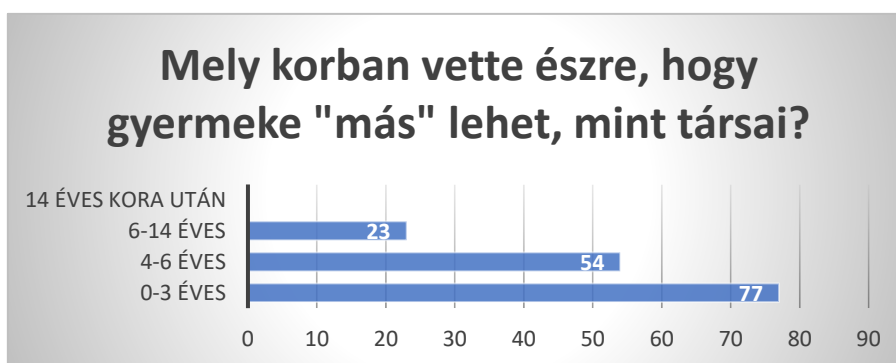
Az utolsó két kérdéssel arra voltam kíváncsi, hogy vajon a szülők fejében megfordul-e az iskolaváltás, mint megoldás.

A kérdőív kérdéseire adott válaszok kielemezése

Kérdőívemet, hogy teljesen anonimé tehessem online felületen osztottam meg egy link segítségével. Mivel az internetet használtam segítségül, bevallom nagyobb számban reméltem válaszokat. A beérkező kitöltött kérdőívek száma végül 154 lett. (Ezek a teljesen kitöltött ívek.)

Ebben a részben a dolgozatomban a kérdésekre kapott válaszokat egyesével szeretném ismertetni. Közben próbálom megkeresni a bevezetőben felmerült kérdéseimre az adekvát válaszokat vagy éppen a cáfolatokat.

1. kérdés: Mely életkorban vette észre, hogy gyermek más lehet, mint társai?



A válaszlehetőségek száma négy volt. A kapott válaszok feldolgozásánál 77 esetben jött ki, hogy már egészen korán, hároméves koruk előtt felismerték, hogy probléma lehet a gyermekükkel. Négy és hatéves korban, a konkrét óvodás időszakban, a szülők 54 esetben találták problémásnak gyermeküket.

Úgy gondolom ez jó arány, hiszen bármilyen elmaradás vagy deviáns fejlődés hatékonyabban kezelhető, ha minél korábbi időszakban megkezdik a megfelelő terápiáját, a célirányos fejlesztéseket. Ez az időszak még az óvodai nevelésé, ahol komoly nehézséget okozhat az alkalmazkodás a csoporttársaihoz és az idegen felnőttekhez. Nagy veszélye ennek az időszaknak, hogy a gyerekek ekkor kerülnek először kortárs csoportba. Elkezd összehasonlítani magát a másikkal és észrevehetővé válik számára, hogy más, mint a többi. Itt lenne nagyon nagy jelentősége annak, hogy ne engedjük meg, hogy a gyerek rossz következtetéseket vonjon le magáról. Ha ezt nem előzi meg az óvodapedagógus, a szülő, akkor a kicsiben elkezdődik egy folyamat, amelynek a végén súlyos károkat szenved az önbecsülése. Az ördögi kör beindulásával egyéb területeken is elkezd romlani a teljesítménye, mert gyakran érhetik kudarcok.

Az iskolás korra tehető felismerések száma 23. Itt jelentősen az iskolai teljesítmények, illetve a magatartásban megjelenő tünetek hívták fel a problémára a figyelmet. Az ezidáig az óvodában esetleg együttműködő gyermek szinte kezelhetetlenné válik. Nem találják a helyüket. A 45 perces órák alatt, főként nagyobb osztálylétszámoknál, rettentően nehéz számukra a figyelem folyamatos tartása, nyugtalan, mászkál óra közben, nem marad csendben, beszél folyamatosan. Vélt vagy valós sérelemre nagyon hevesen reagálnak, agresszívak. A folyamatos matatás, motoszkálás zavaró lehet a többi gyermek és a pedagógus számára. Sajnos sok esetben rosszul választanak barátot, illetve rossz társasághoz csapódnak. Könnyen befolyásolhatók. Kialakulhat oppozíciós magatartászavar, mely során a gyermek minden estben ellenkezik, így érvényesítve akaratát. Ez a viselkedés pedig elfogadhatatlan az őt körülvevő közösségekben. Fokozatosan kirekesztődik.

A negyedik válaszlehetőség a 14 év feletti felismerése volt. Bár én ilyen választ nem kaptam, nem tartom azonban kizártnak, hogy ebben a korosztályban is szembesülhetnek ilyen jellegű tünetek megjelenésével. Azért is gondolom úgy, hogy lehetséges, mert egy gyermekét jól ismerő szülő számára, talán elkülöníthető lenne a kamaszkori útkeresés, önazonosság megtalálása az ADHD-ra utaló tünetcsoportoktól. Mindemellett pedig tudunk felnőttekre szakosodó vizsgálatokról is. Ebben az esetben arról lehet szó, hogy az érintett személy ráismer a problémára és lehetősége van azt kivizsgáltatni. Ez a felismerés egy küzdelmes gyerekkort feltételez, ahol mindig „rossz”, „neveletlen” vagy esetleg „elkényeztetett” volt az illető gyermekként. Legalábbis az őt körülvevő környezet ezzel magyarázta a viselkedését. (Ez manapság is így van jó pár alkalommal! Ez sajnálatos, mert kemény küzdelem a gyermek élete például az iskolában!)

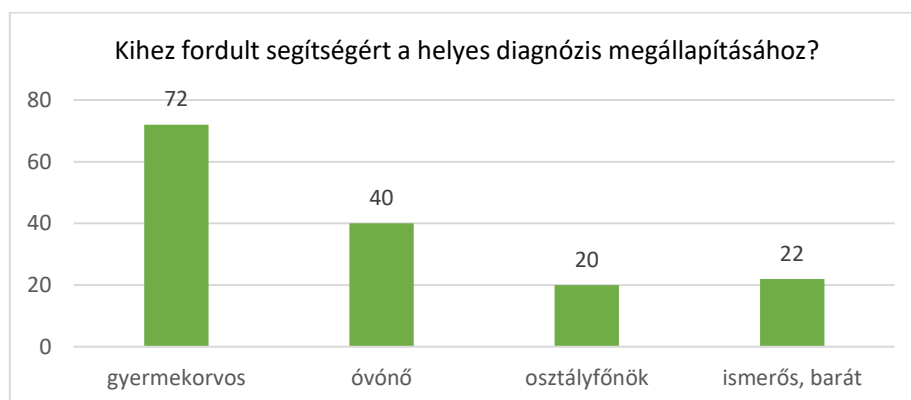
2. kérdés: Milyen tüneteket tapasztalt gyermekénél, amiből arra következtetett, hogy nincs minden rendben?

A válaszok saját megfogalmazásból születtek, nem kínáltam fel lehetőséget a kiválasztásra. Az elemzésem során azt tapasztaltam, hogy szinte a szakkönyvekben felsorol tüneteket nevezték meg. Az egész korai időszakban (0-3 év) felismert deficitek között megjelent a sok sírás, nyugtalan alvás, külső ingerekre való érzékenység, a mozgásfejlődés elmaradása vagy éppen gyorsasága, illetve kimaradás a fejlődés során.

A 4-6 éves korúak között már megjelent a figyelem problémája, dac, indulatkezelési probléma, nem játszott a gyermek, alvási nehézség. Ami számomra nagyon érdekes volt, hogy szülő a gyermekét azért tartotta másnak, mint a többiek, mert nem tudta megtanítani kerékpározni. Ebben az esetben a jelentős mozgási, a mozgáskoordinációs és az esetlegesen téri irányok használatának problémája mellett szerepet játszik a figyelem deficitje.

Hat és tizennégy éves korban rendszerint az iskolai készségekhez, az iskolai teljesítményhez és a magatartási problémák alapján merült fel a szülőkben, hogy valamerre el kell indulniuk gyermekükkel, mert eltér társaitól. Itt már a motiválatlanság, szabályokat és fegyelmezést nem tűr, magatartási gondok, folyamatos beszéd, feladatok között nehéz váltás, csúnya beszéd fordult elő. Gyakran tesznek meg dolgokat úgy, hogy nem számolnak- vagy éppen nem érdekli őket a következmény. Órán matatnak a padon, a legkülönbébb dolgok születnek radírból és ceruzából az „építései” során.

3. kérdés: Kihez fordult segítségért a helyes diagnózis megállapításához?



Ezzel a kérdéssel azt szerettem volna felmérni, hogy tisztában van-e a szülő a lehetőségeivel. Tudjuk, hogy sajátos nevelési igény felmerülése esetén első körben a helyileg illetékes

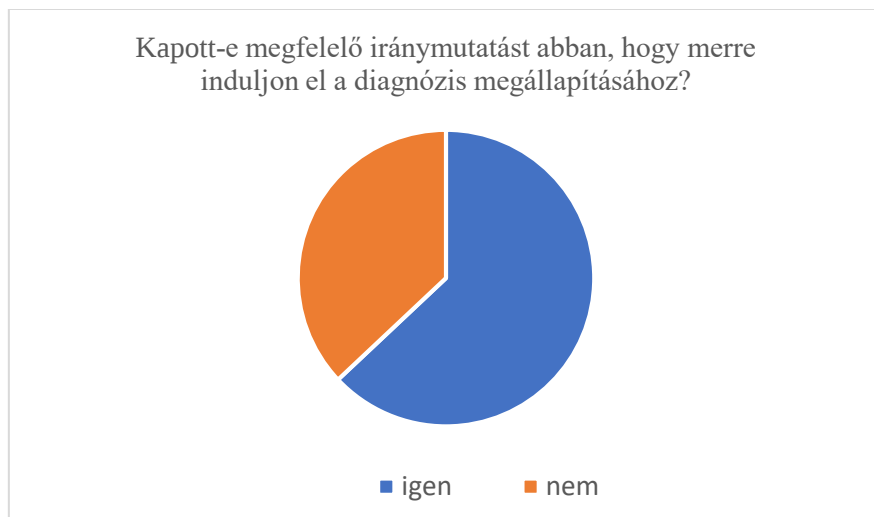
Nevelési Tanácsadóhoz mehetnek a diagnózis megállapítására. Ekkor ki kell tölteni a vizsgálati kérelmet, melyet rendszerint, pontosítva a legtöbb esetben, pedagógus tölt ki. Ő lehet óvónő, tanár vagy tanító is. A vizsgálat történhet szülői kérésre, de lehetséges az intézmény kérésére is. Ha a Nevelési Tanácsadó úgy látja, hogy nagyobb, nem az ő hatáskörükbe tartozó a probléma, akkor tovább irányítják a gyermeket a Megyei Szakértői Bizottsághoz. Itt történhet a sajátos nevelési igény megállapítása. A vizsgálatok során készül gyógypedagógiai-, gyermekgyógyászati-, gyermekpszichiátriai leírás a gyermekről. Az ADHD megállapításánál fontos a gyermekpszichiátriai vizsgálat, amire például egy kevésbé összetett diszlexia esetén nem feltétlenül van szükség, azonban abban az esetben is előfordulhat. A vizsgálat során a gyermek szülője bent tartózkodhat, de nem zavarhatja jelenlétével a folyamatot. A pszichiátriai vizsgálat akár több alkalmas, szükség esetén befektetéssel is lefolytatható megfigyelés. (Tukericsné, 2022.)

A kérdésre a legtöbben azt válaszolták, hogy tudtak kihez fordulni. A válaszlehetőségek között megadtam olyanokat, amelyek nem csak szakembert jelöltek meg segítségként, mikor elindultak a helyes diagnózis kiderítése felé. Három válaszlehetőség volt az, akik kompetensek voltak hivatásuk, szakmájuk miatt a szakszerű segítségnyújtásra. Ezek a gyermekorvos, az óvodapedagógus és az osztályfőnök. Ők azok, akik a gyermekkel egészségügyileg, illetve intézményes nevelés körülményei között szorosan kapcsolatban állnak. Legtöbben az orvosuktól kaptak segítséget arra vonatkozólag, hogy merre és hogyan induljanak tovább. Ez a beérkezett kérdések közül 72 főt jelent. Számuk nagyjából megegyezik az első kérdésben azzal a szegmenssel, amiben a 0 és 3 év közötti felismerést jelölték meg, itt 77 fő választotta ezen időszakot a problémák megjelenésének. Az óvodai pedagógus által vizsgálatra irányítottak száma 40 fő, amely mintegy 9%-nyi eltérés a kezdő kérdés 4 és 6 éves korosztályában megjelölt 54 gyermek estével. Ezzel az összehasonlítással feltételezhetjük, hogy az intézményes nevelés kapui közé belépő gyermek problémája a szülők számára terhes, szégyelleni való dolog. Ezt alátámasztja több szülő megnyilvánulása is, akik vagy névtelenül, vagy azzal a bevezetővel kezdik segítség kérésüket, hogy „nem szeretném kiírni a nevemet, mert vannak ismerősök is a csoportban”.

A következő segítség nyújtó személy az osztályfőnök volt, akit 20 szülő jelölt meg. Ez a szám nem sokkal kevesebb, mint azoknak a száma, akiknél 6-14 éves korban rögzítették a tünetek megjelenését. Szinte nincs is eltérés, mert mindössze 3 főről beszélünk.

Meglepő volt számomra, hogy vannak olyan gyermekek, akik ismerős vagy barát tanácsai által jutnak el a megfelelő vizsgálatra. A számuk 22 fő a megkérdezettek közül.

4. kérdés: Kapott-e megfelelő iránymutatást arra, hogy miként és merre induljon el a diagnózis megállapításához?

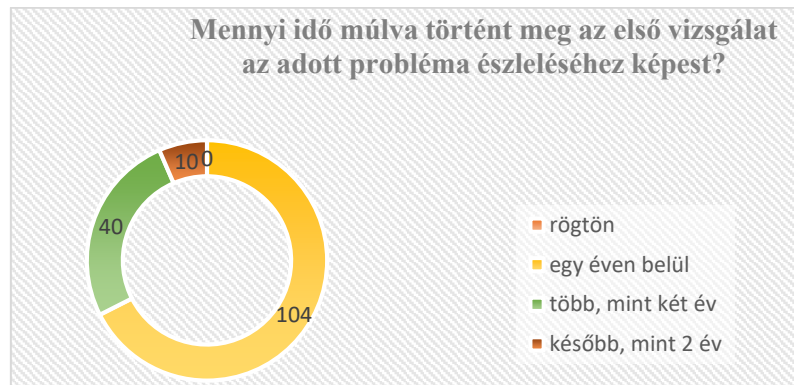


Kérdésemet azért tettem fel, mert érdekelt, hogy mennyire tájékoztatják a szülőket a vizsgálati helyzetről, annak menetéről. Kapnak-e kielégítő válaszokat kérdéseikre a szakemberektől.

A válaszadásnál csak feleletválasztásra adtam lehetőséget, mert a szakértői vizsgálat iránti kérelem hatodik pontjában az aláírásával arról nyilatkozik a szülő, hogy megismertették vele a vizsgálat lehetséges kimenetelét, annak következményeit, a diagnózissal járó jogait. Feltételezem, hogy ha a szülő aláírja a kérelmet tájékoztatva lett a vizsgálat mikéntjéről és irányultságáról, hiszen azt az elküldés előtt, aláíráskor el is kellene olvasnia. Mégis lett 57 fő a válaszolók között, akik úgy érezték, hogy őket nem világosították fel kellő mértékben a várható eseményekről.

A feldolgozás során arra jutottam, hogy ebben a kérdésre nem lehet egyszerűen „igennel” vagy „nemmel” felelni. Úgy gondolom, hogy a szülők számára egy teljesen új helyzetben számtalan kérdés merülhet fel, amikre a hivatalos tájékoztatás során nem kapnak választ. Ebből kifolyólag gondolhatja úgy valaki, a szubjektív érzései alapján, hogy nem volt számára teljeskörű a tájékoztatás.

5. kérdés: Mennyi idő múlva történt meg az első vizsgálat, az adott problémák észleléséhez képest?



Sokszor rettenetesen túlterheltek a megyei szakértői bizottságok. A felülvizsgálatok folyamatosan kell, hogy folyjanak az újak mellett. Mint mindenhol, ebben az esetben is akadályt képezhet a nem megfelelő létszámú szakember a rendszerben. Nagyon jelentős a pszichológusi, pszichiátriai szakember vizsgálata a végső diagnózis felállításakor, azonban belőlük is kevés található ma Magyarországon.

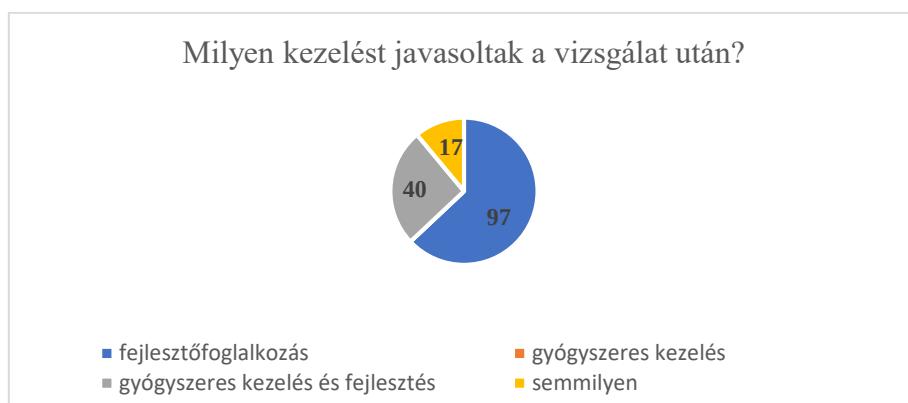
Másik tényező, ami megnyújthatja a végső bizonyosság kimondását az az lehet, hogy a nevelési tanácsadó is csúszik időben az első vizsgálattal, majd a tovább irányítás után a megyei vizsgálatok is eltolódnak. Plusz még ott van az a tény, hogy a pszichiátriai vizsgálat nem egyalkalmas, hanem gyakran egy hetet is igénybe vesz/vehet.

Ha mindezeket egybevetem, azt a választ vártam, hogy több, mint egy év a figyelemzavaros állapotok megállapítása. A válaszok összegzésénél azonban meglepődtem. Az egy éven belül bizottsághoz kerülők 104-en voltak a válaszolók között. (Nálunk sajnos van olyan kisfiú, aki soron kívüli/rendkívüli felülvizsgálatra lett felterjesztve – tehát meglévő F90 kódja van- mégis több, mint egy éve nem került még vizsgálatra sor nála.)

40 fő azt jelölte be, hogy két éven belül és 10 személy két éven túl jutott el vizsgálóbizottsághoz. Az okok között szerepelt a COVID miatti zárás, de jelentős mértékű volt az is, hogy a szülők, bár felismerték a gyermekükön, hogy más, mint a többi hasonló korú társa, mégis vártak a segítségkéréssel. Már fentebb írtam, hogy a szülők nehezen fogadják el a ténytet, hogy „baj” van a gyerekkel. A környezet gyakran meg is akadályozza reakcióival, hogy elfogadják. A figyelemzavart még mindig olyan nevelési hibának tartják, aminek a szülő az oka. Mert engedékeny, ráhagy mindent a gyerekekre és még sorolhatnám a társadalom nagyrészének a véleményét. Sajnos, ami még nagyobb probléma, sokszor a pedagógus is ezen a nézeten van! Ilyenkor családon belüli harcok folynak a gyermek viselkedésének, tanulmányi eredményének javításáért és csak

későn állnak neki a valódi probléma kutatásának, kezelésének. Sok esetben addig jutnak, hogy gyakran már maguknak aszülőknek is szükségük van segítségre a szakemberektől. (Zombori, 2015)

6. kérdés: Milyen kezelést javasoltak a vizsgálat után?



Az ADHD kezelésének többféle módja is létezik. Ezeket a tüneteknek, illetve azok súlyosságának megfelelően javasolják a szakértői bizottságok által kiadott szakvéleményben.

Egyik lehetséges kezelési mód a különféle terápiák, illetve enyhébb esetekben valamilyen mozgásos tevékenység, sport ajánlása. Egész kicsi korban hatásos lehet a TSMT mozgásfejlesztés. Amikor tanulási zavarok is társulnak, gyógypedagógiai segítséget is előírnak a gyermek számára, hogy a kialakult deficiteket csökkentsék nála. Ezeket a fejlesztéseket 97 gyermek esetében ajánlották, mint kezelési formát.

Másik kezelési lehetőség a gyógyszeres terápia. Ezt csak nagyon indokolt esetben kezdik mindjárt az első vizsgálat után! (Balázs, 2022.) Jelenleg hazánkban kétféle gyógyszerhatóanyag van forgalomban, amit ADHD-s gyermeknek írhatnak. Ezek a frontális lebenyben lezajló összetett funkcióknál kialakult szerotonin és dopamin nevű ingerületátvivő hormonok mennyiségére hatnak. Ugyanis a figyelemzavaros embereknél ezen hormonok egyensúlya borul fel, aminek következményei lesznek a mutatott tünetek. A két hatóanyag hatásmechanizmusa eltérő. A metilfenidát a rövidebb ideig ható, függőséget nem okozó gyógyszeralapanyag. Ezt például reggel bevéve a gyermek 3-4 óra hosszan tudja a figyelmét koncentráltan irányítani. Utána kiürül és a nem gyógyszeres állapot áll vissza. Bármikor letehető szer. Az atomoxetin egy más hatásmechanizmusú szer. Hosszabb idő szükséges a megfelelő hatás eléréséhez, fontos a gyermek test-súlya a hatásos adagolás megállapításánál. Az elhagyás nem egyszerű, mert fokozatosan kell megvonni a szervezettől, nem lehet egyből letenni. (Fórizs, Révész, 2019) A gyógyszerek

adásától még mindig sok szülő idegenkedik, mert úgy gondolja azzal megbélyegzik a gyermeküket, bolonddá nyilvánítják! Másik tévhitük, hogy hozzászoknak a gyógyszerekhez és a későbbiek folyamán egyéb szerekekkel kapcsolatban is kialakulhat függőség náluk. Ezeket az elképzeléseket a tudomány megcáfolta, azonban mivel nyugtatóként gondolnak a gyógyszerekre, azt hiszik ezek is ugyanúgy működnek. Pedig szakemberek is csak a legvégső esetben fordulnak ehhez a kezelési módhoz!

A kettő lehetőség kombinációját – gyógyszer és terápia- 40 esetben javasolta a szakember.

7. kérdés: Gyermek jelenleg alsós, felsős, középiskolás, egyéni tanrendes?

8. kérdés: Milyen eredménnyel végzi tanulmányait?

A két kérdést nem szeretném szétszedni. Szerettem volna megtudni, hogy a gyerekek osztályfoka szerinti teljesítménye a válaszadók közül hol jobb. A válaszok egyenkénti feldolgozása során arra a megállapításra jutottam, hogy a felső tagozaton rosszabb a tanulmányi teljesítmény, mint az alsóban. Ebben semmi különös nincs, hiszen az iskolán belüli váltás a két tagozat között egyébként is meglátszik a gyerekek többségénél. Különösen jelentős ez a pszichés zavarokkal küzdő tanulók többségénél. Számukra a magyar oktatásban megszokott, általában egy vagy kettő tanítós környezet biztonságot nyújt. A közel azonos napirend, a mindig ugyanaz az arc ugyanazon az órán, olyan közeget teremt számukra, ami a tanulási teljesítményükön és magatartásukon is meglátszik. Kapcsolatuk a nevelővel szinte családias – jobb esetben – hiszen van idő a szorosabb kötődés kialakulásához. A gyermek is, a felnőtt is tudja mikor, mit várhatnak el az órán egymástól. A felső tagozaton ezzel szemben általában minden tárgyat másik pedagógus tanít, sokszor pedig úgynevezett szaktantermi rendszerben tanulnak. Azaz minden órán másik tanterembe vándorolnak. Ebben az esetben nagyon nehéz kötődési kapcsolatot kialakítani, pedig a pszichés zavarokkal küzdőknek erre nagy szüksége lenne. Még a legalapvetőbb biztonsági kapocs, a saját osztály sem terem olyan közeget, mint az alsó tagozaton, hiszen ott hetente csak pár órát vannak, és mások is használják.

A kérdőívek elemzése során azt tapasztaltam, hogy a gyermek tanulmányi teljesítménye az adott osztályfokon, nem feltétlenül következik egymásból. Tehát egyértelmű ok-okozati viszonyt nem találtam a válaszok között.

9. kérdés: Amennyiben mindennapos iskolába járással teljesíti tanulmányait a gyermek, milyen a kapcsolata a társaival?

A kérdés megfogalmazásakor feltételeztem, hogy az ADHD-s gyerekek nagyon nagy számban inkább a periférián helyezkednek el az osztályban. A válaszadók közül 101 esetben azt fogalmazták meg, hogy vannak barátaik gyermekének. A barátság szintjei azonban már többfélék voltak a szülők megfogalmazása szerint. Vannak olyanok, akinek kialakult baráti köre van az osztályban. Ők együtt töltik a szabadidejük egy részét is, nem csak az osztályban, iskolában találkoznak. Náluk az első kérdésre adott válasznál nem jelennek meg a szociális kapcsolatokat érintő tünetek. Nincsenek indulatkezelési problémáik, amelyek eleve elutasítást váltanak ki a környezetükből. Félelmet keltve abban, aki ezt átéli vagy látja. Ezeket a gyerekeket a társaik elkezdik kerülni, vagy folyamatosan bűnbak-képzés áldozatai lesznek.

A válaszokból az derült ki, hogy a bennem kialakult feltételezés alaptalan. A kortársak sokkal jobban elfogadják az ADHD-s gyerekeket, mint gondoltam. Szinte elenyésző számban vannak azok, akiknek nincs állandó baráti köre, illetve egyáltalán nincsenek kortárs csoportjai. Ez a kapott válaszokból csupán csak 3 esetben jelent meg.

Van azonban egy másik réteg, akinek barátaik nem a saját osztályából vannak, nem abba az iskolába járnak vagy nem korosztályból van barátja. Érdekes, hogy náluk sokszor a barát is ADHD-s, jellemzően sorsközösségi barátságok ezek. Ilyen jellegű válasz szintén 3 lett a kitöltés során.

10. kérdés: Milyen gyermeke kapcsolata a pedagógusokkal?

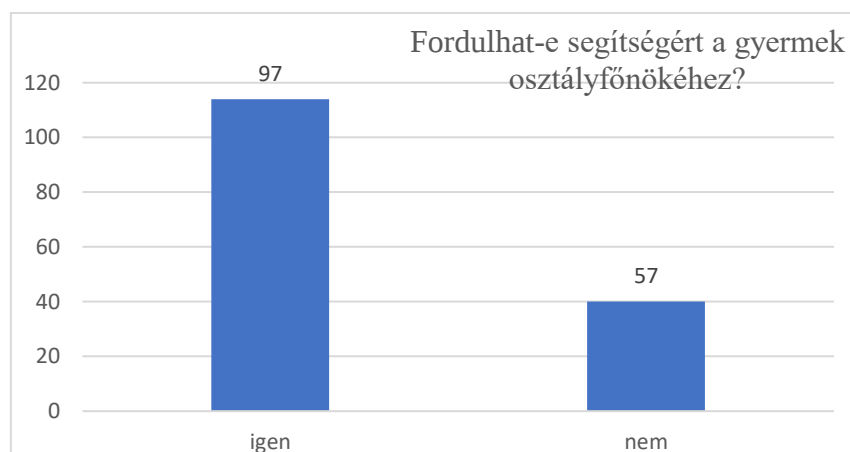
Rendkívül fontos minden gyermek életében az őt tanító pedagógus. Az iskolába kerülés első időszakában meghatározó a tanító személyisége, a tanulókkal való kapcsolata. Ekkor egy rendkívül nagy váltás következik be a gyermekek életében, hisz az óvoda játékos környezetét felváltja a tanulás- és teljesítmény központú iskola. A pedagógus pozitív kisugárzása, gyermek központú gondolkodás, a különféle igényeknek megfelelő tanítási stratégiái által, a tanulókból is pozitív hozzáállást vált ki az iskolával szemben.

Kiemelten fontos ez a kapcsolatrendszer a pszichés zavarokkal rendelkező gyermekeknél. Nagyon sok olyan sérülés típus van, ami kifejezetten igényli a szoros egyszemélyes kötődést, mint pl. az autizmus némely megjelenési formája. Azonban nagy általánosságban is elmondhatjuk, hogy a sérült emberek sok esetben az egyszemélyes kötődést részesítik előnyben szociális kapcsolataiknál.

A feltett kérdésemre 57 szülő azt a választ jelölte be, hogy a gyermeke kapcsolata jó, együttműködő a pedagógussal. 66-an azt gondolják, hogy változó. Hol elfogadja és tudja kezelni a pedagógus a gyermek állapotát, hol pedig elutasító vele szemben, illetve ketten a közömbösséget is benne foglalták a válaszukba, mint egy harmadik lehetőséget a változásokon belül. Itt a gyermekben biztosan nem alakul ki a tanár fele mély, stabil, bizalmi kapcsolat, hiszen nem tudja követni az irányába történő megnyilatkozásokat. Számára a másik kiszámíthatatlan, megbízhatatlan, pedig ezeknek a gyerekeknek a kiszámíthatóság, stabil kapcsolat rendkívül fontos. Sajnos volt teljesen elutasító pedagógusi megnyilvánulás, ami szintén nem kedvez a jó tanár-diák kapcsolatnak. Ez pedig az egész éves munkában meg fog látszani az ADHD-s gyerekek azon csoportjánál, akik dacosabbak, vagy éppenséggel a magatartásukkal van probléma. Egészen odáig súlyosbodhat a helyzet, hogy az órai viselkedése miatt nehezen, vagy egyáltalán nem lehet órát tartani, illetve zavarja a többiek munkáját, miközben ő nem csinál semmit. Azonban az is előfordulhat, hogy a szóbeli megnyilvánulásai által a többi gyereket elszórakoztatja, mint az osztály bohóca. Ilyen eseteknél a pedagógusnak nagyon fontos megfelelően reagálni, hogy rendet tudjon tartani, ehhez kell a gyermek elfogadása, a bizalmi kapcsolat.

11. kérdés: Fordulhat-e segítségért gyermeke osztályfőnökéhez, pedagógusaihoz?

Nagyon fontos ez a kérdés is. A szülő nem szakember! Igyekszik minden tőle telhetőt megtenni, ha már elfogadta azt a tényt, hogy a gyermeke más, mint a többiek. Ebben a helyzetben fontos a gyermeket tanító pedagógusokkal, köztük az osztályfőnökkel is a megfelelő kapcsolat kialakítása. A mindennapi kapcsolattartás szinte elengedhetetlen a különféle felmerülő problémák megoldása során. Sajnos a válaszok alapján azt kell megállapítsam, hogy a kitöltők közül pár százalék eltéréssel voltak csak többen, akik fordulhatnak segítségért a pedagógushoz, mint akik nem. A megoszlás 97 az igent válaszolók és 57 a nemet bejelölők között.



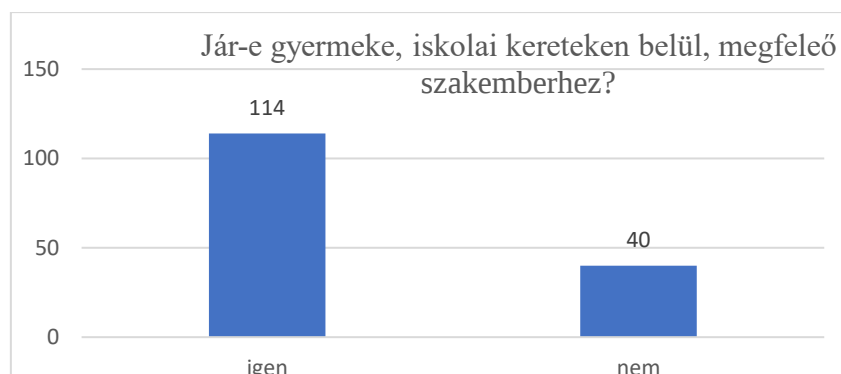
12. kérdés: Jár-e gyermeke iskolai kereteken belül megfelelő szakemberhez fejlesztés céljából?

Habár az oktatási törvény és egyéb EMMI rendeletek szabályozzák, hogy a sajátos nevelési igényű tanulókat milyen keretek között, mekkora óraszámban kell ellátni, ez mégsem ilyen egyszerű. Sok esetben az intézmény nem rendelkezik saját gyógypedagógussal, így nehéz az ellátás megszervezése. A szakember hiány jelentős a rendszerben. Ez azért is szembetűnő, mert a speciális igényű gyermekek száma folyamatosan emelkedik. Sokhelyütt a gyerekek nem kapják meg a fejlesztés ezekből az okokból kifolyólag.

Ilyenkor hárul a feladat a szülőre ilyen vagy olyan formában. Mire is gondolok? Lehetőség szerint szakszerű segítséget keres magánúton. Elhordja a gyermekét szakemberhez saját idejében, saját pénzen, holott ezeket a fejlesztéseket a törvény által biztosított joga lenne megkapnia. Ez mind többlet terhet ró egy olyan családra, ahol nagy valószínűséggel egyébként is van probléma az ADHD-s gyermekkel. Nemcsak pszichikai és fizikális, hanem anyagi terhekről is beszélünk. A szülők között többen vannak, akik nem tudnak elmenni dolgozni, mert súlyosabb esetben – vagy az intézmény jóhírére megóvando – a gyermeket délután már nem fogadja. Fentebb már írtam, hogy a gyógyszeres kezeléseknél van olyan, amelyik eddigre már kiürül a szervezetből, ismét „rendetlenné” válik a gyerek. Amikor nem akarnak vele még délután is „vesződni”, aláírtatják a szülővel a kérvényt, miszerint délután hazakéri gyermekét és ő gondoskodik a felkészüléséről. Ilyen eseteknél nem tud 8 órában dolgozni, tehát az anyagi kapacitása is kisebb, ezért plusz tehet a magántanár fizetése.

Ha mégis szerencsés az intézmény és van saját gyógypedagógusa, akkor sem mindig kapja meg egy-egy SNI-s a számára előírt órákat, mert nincs rá kapacitás vagy egyéb belső okokból.

Visszatérve a szülői válaszokhoz. Közel kétharmad részben járnak az intézményen belül fejlesztőszakemberhez.



Ez a tény azonban nem biztos az egyéni szükségleteknek megfelelő. Erre kérdeztem rá a következő kérdésemmel.

13. kérdés: Heti hány alkalommal jár fejlesztésre?

Érdekes válaszokat kaptam. Sokan írták – saját megfogalmazású válaszokat kaptam –, hogy bár a gyermekük kap fejlesztést az iskolában, azt nem a megfelelő óraszámban kapja. A szakértői véleményben leírják azt is, hogy milyen típusú és mennyi órában kell rehabilitációs/habilitációs foglalkozást kapnia a gyerekek. A különböző deficitekkel rendelkezőknek más-más óraszámban jár a fejlesztő foglalkozás, szintén ettől függ a terápiás ellátás típusa is. (Köznevelési törvény, 2022.) Jelentős számban fogalmazták meg azt, hogy bizonyos terápiákat az iskolában nem tudnak biztosítani számukra. Ezek legtöbbször a pszicho- és mozgásterápiák voltak. Ehhez a lehetőséghez a gyermek vagy magánúton vagy sehogy nem jut hozzá, pedig fontosak lennének. Írtak olyat is, hogy az óra nem egyénre szabott, inkább olyan „tudjuk le” módon van megtartva. De olvastam a válaszok közt azt is, hogy a naplóban rögzített óraszám és a fizikailag megtartott órák száma jelentősen eltér egymástól. Tehát csak le lett papírozva.

Összességében a válaszadók közül 109 szülő adta azt a választ, hogy gyermeke megkapja a Szakértői Bizottság által előírt óraszámában a neki szükséges fejlesztést. Ez azonban több szempontból sem megfelelő! Egyrészt a 100%-tól nagyon messze van, pedig törvényi szabályozás alapján kellene, hogy működjön az iskolákban ez az ellátás a gyerekek számára. Főként, ha az iskola alapítóokirata magába foglalja a sajátos nevelési igényűek integrált oktatását. Láthatjuk, hogy alig több, mint a fele van a szülők szerint ellátva a szabályozásnak megfelelően. A második probléma, hogy a válaszok gyakran megfogalmazták az eltéréseket az előírásoktól. Ezek pedig ilyenek voltak:

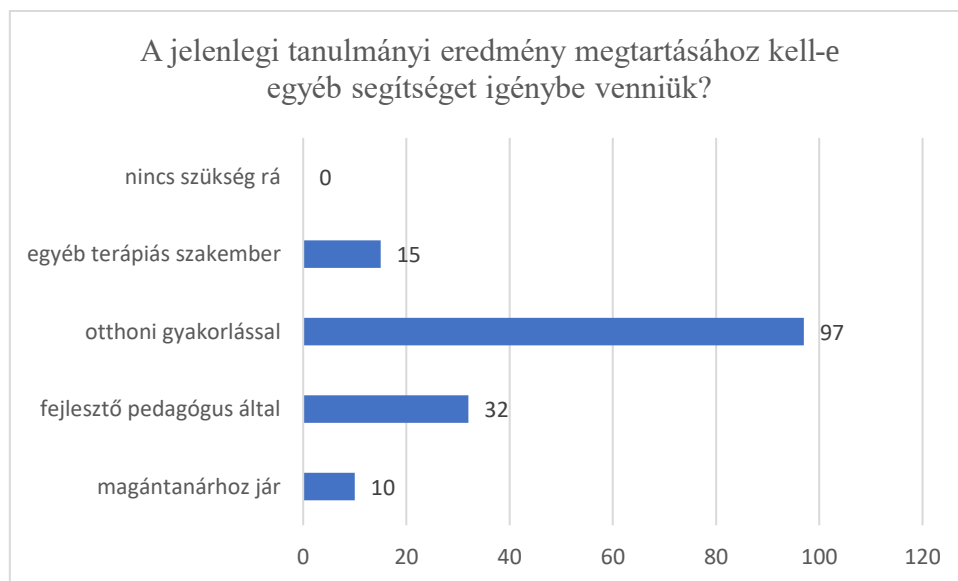
- „Elvileg heti egyszer viszik el, de sokszor nem történik meg”
- „Iskolában heti egy pszichológus, nincs gyógypedagógus sajnos, így azt magán kezek között oldjuk meg heti 1-2 alkalommal.”
- „Mennyiségre igen, de mozgásfejlesztést nem kap.”

Sajnos ezek a körülmények sok helyütt kiküszöbölhetetlenek. Nincs megfelelő számú gyógypedagógus, nem megfelelő végzettségű a szakember, az iskolapszichológus hiányzik az iskolai rendszerből. Sorolhatnánk még rengeteg okot, amely közrejátszik abban, hogy az ADHD-s gyermek, vagy bármely SNI-s, nem kapja meg a neki szükséges fejlesztést.

14. kérdés: Véleménye szerint figyelembe veszik-e a gyermeke problémáját iskolai oktatása során?

Az előző kérdésem arra irányult, hogy a szakember által nyújtandó speciális segítséget megkapják-e a tanulók. Most arra voltam kíváncsi, hogy az osztályban tanító pedagógusok tisztában vannak-e az általuk tanított gyerekek sajátos szükségleteivel. Ez egy nagyon fontos dolog lenne az iskolai évek során, hiszen a tanuláskuk is érintett a speciális igényű gyerekeknek. Nem biztos, hogy az értelmük érintett lesz, de az bizonyos, hogy a feldolgozási folyamatok igen. Eleve másként működik a figyelmük. Nem tudnak egy dologra folyamatosan, hosszabb ideig koncentrálni. Ez pedig a tanulás egyik alapja. Ettől függhet az, hogy egy szöveget mennyire tud megérteni, mennyi idő alatt dolgozza fel... Ha ezt a pedagógus nem veszi figyelembe a tanítás során, a deficitese gyerekek eleve hátránnyal indul. A tanító vagy tanár felbonthatja úgy a tananyagot, adhat olyan támogató közeget (eszközök használata, segítő személy, módszerek), amelyek lehetővé teszik az optimális feldolgozási feltételeken keresztül a megértést. Sajnálatos módon azonban azt a választ kaptam, hogy nem minden esetben, vagy csak egyes esetekben veszik figyelembe a tanuló szükségleteit a tanulás terén. A szülői válaszok 73 alkalommal érzik úgy, hogy a gyermek nem teljes mértékben kapja meg azt a támogató figyelmet, ami neki járna. Igaz, 15 válasznál azt fogalmazták meg, hogy megkapja a figyelmet, sőt még többet is a gyermek. Ezek a gyerekek voltak azok, akik az iskolai teljesítménynél a 3 és 4 közötti, illetve a 4 feletti eredményt jelölték meg.

15. kérdés: A jelenlegi tanulmányi eredmény megtartásához, kell-e egyéb segítséget igénybe venniük?



Az előző két kérdésre kapott válaszok alapján feltételeztem, hogy sok esetben szükséges egyéb segítség igénybevétele is ahhoz, hogy a gyermekek tanulmányi eredménye az adott szinten legyen, illetve azt meg tudja tartani.

A válaszok összegzésénél ez a feltételezés be is igazolódott. Kilencvenhét esetben elég az otthoni segítség. Ez általában együttes tanulással megoldható. Igaz ezek az időszakok gyakran rettenetesen küzdelmesek a gyermek és szülője között. Sokszor alkudozások, heves viták, dühkitörések kísérik a tanulást. Ez a mindennapos küzdelem megkeseríti a család életét.

Voltak azonban olyanok, akik segítséget igényelnek mindamellett, hogy ők is leülnek alkalmanként tanulni a gyermekükkel. Ők rendszerint szakemberek segítségét veszik igénybe. Különböző terápiákra járnak, magán úton gyógypedagógust vesznek igénybe, szaktanárok magánóráit fizetik gyermekeiknek.

16. kérdés: Van-e gyermekének kedvenc tantárgya?

Az ADHD-s gyerekek ellenállása a tanulással szemben erős. Következik ez mindazokból, hogy a magatartási problémáik miatt az iskolai környezet gyakran elutasító velük szemben, ez pedig ellenállást generál a gyermekben az iskola irányában. Így azt gondolnám, hogy a nemleges válaszok lesznek túlnyomórészt. Meglepetésemre az eredmény mást mutatott. 15 gyermek volt, aki nem szereti egyik tantárgyat sem. Százharminckilenc tanuló pedig szinte pontosan fele-fele arányban szereti a közismereti-, illetve a készségtárgyakat. Számomra itt is meglepő az eredmény. Azt gondoltam volna, hogy a „tanulós” tárgyak nem ennyire népszerűek. Igaz, a gyerekeknél nem feltétlen jelent tanulási képességek terén hiányosságot az ADHD. „Általában nagyon jószívűek, nagyvonalúak. Sokuk intelligenciája magasabb az átlagosnál, nem ritka valamilyen különleges tehetség.” (Zombori, 2015)

17. kérdés: Jár-e gyermeke iskolai kereteken belül egyéb szakkörre? Mi a szakkör neve?

A figyelemzavaros gyermekek esetében a problémájuk nem határozza meg az intelligencia szintjüket. Magas IQ- val rendelkező gyermekek is lehetnek ADHD-sok, akiknek nehézséget okoz a végrehajtó funkciók működtetése és az érzelmeik kordában tartása. (Litman, 2022.) Tehát, ha valaki ADHD-s nem feltétlenül alacsony az intellektusa és nem feltétlenül rendelkezik tanulási zavarral. Nagyon gyakran inkább csak a magatartásukkal, viselkedésükkel van probléma. Mindezek mellett azonban sokuknál magas az érdeklődési szint bizonyos tárgyak iránt, tudományok, művészetek iránt.

Mivel nincs egyértelmű megfelelés az intelligencia és az ADHD között, ezért nem tudtam egyértelmű elvárást megfogalmazni.

Az eredmények azt mutatják, hogy az iskola kötelező elfoglaltságait közel azonos arányban választották, mint akik nem járnak semmiféle szakkörre.

A szakkörre járók 90-en vannak. Az általuk választott foglalkozások főként mozgásos (néptánc, küzdősport, egyéb sportágak), illetve néhányuknál művészeti témájú.

18. kérdés: A délután folyamán gyermeke az iskolában tartózkodik-e? Ha nem milyen indokkal teszi ezt?

A köznevelési törvény előírja az iskoláknak, hogy a tanórák után, a délutáni időszakban 16 óráig kötelező jelleggel foglalkozásokat kell tartaniuk, majd 16 óra és 17 óra között felügyeletet kell biztosítaniuk. A tanórák utáni benntartózkodás alól szülői kérésre az igazgató mentesítheti a tanulót. (Köznevelési törvény 27.§ (3)) És általában ez szokott lenni az a mozzanat, amit ki szoktak használni az iskolák. Szeretném feltételezni, hogy a gyermek egyéni érdekei miatt teszi meg azt, hogy a szülőt rábeszéljük írjon egy kérvényt a délutáni mentességről.

A gyerekek közül 57-en délután is az iskolában tartózkodnak valamilyen iskola által szervezett foglalkozáson.

A választ adók közül 61 nem tartózkodik az iskola által szervezett délutáni elfoglaltságokon. 23-an, főként a felsőben, a szülő saját döntése volt, hogy a gyermek nem marad az iskolában. Volt azonban 13 tanuló, akinek a szülőjét az iskola kérte arra, hogy a gyermek ne legyen ott délután.

Az egésznapos elfoglaltságot szakemberek sem javasolják mindig az ADHD-s gyerekeknek. Hasznosabb lehet számukra, ha délután otthon lehet, esetleg kicsit pihen mielőtt nekiáll a házi feladatainak. Ezáltal nincs olyan mértékben megterhelve az idegrendszere. Nem kell folyamatosan a magatartására figyelnie. (Zombori, 2015.)

19. kérdés: Elégedett az iskola munkájával gyermekével kapcsolatban?

Saját megfogalmazású válaszok születtek. Szerettem volna tudni, hogy mi alapján alakult ki az adott vélemény. A válaszok a következők voltak:

Nem	32 fő
Igen	24 fő
Részben, kaphatna célzott fejlesztést, pl. alapozó terápia, neurofeedback	4 fő
Részben. Egyenként beszélgetve mindenki jó indulatú, de <i>rendsze szinten</i> nagy problémák vannak. A nagy osztálylétszám miatt nem tudnak odafigyelni arra, ha lemarad. Azzal hárítanak, hogy nem fejlesztőpedagógusok, a szaktárgyuk átadása a fő feladatok stb.	4 fő
Nyilván lehetne személyre szabottabb, de összességében pozitív a mérleg	32 fő
Nem mindig.	42 fő
Most már igen. Az előzőben nem tudták, mit jelent az ADHD, bár nyitottak voltak megismerni, de ez kevésnek bizonyult.	4 fő
Lehetne jobb is. Bizonyos pedagógusok a kőkorban rekedtek.	4 fő
Igen, maximálisan.	4 fő
Alsó tagozat katasztrófa volt. A pedagógus és az igazgató hozzáállása miatt, jelenleg egy tanárral van probléma	4 fő

Amikor összességében tekintem a válaszokat, azt hiszem nagyon alacsony a konkrét, egyértelmű megfogalmazás, hogy tulajdonképpen mi is hiányzik. Inkább személyes ellentéteket, illetve a szülők felől azt az elvárást vélem kiolvasni, hogy az iskolának kell megoldania ezt a problémát. Ez azonban megoldhatatlannak tűnik az oktatás jelenlegi helyzetében. Gondolok itt a gyermekekre rótt terhekre. A magas heti óraszámok mellett még 3-4, néha öt fejlesztő foglalkozásnak kellene lennie. Szinte a heti 40 órás munkaidőt kérnék azoktól, akiknek problémájuk van az önfegyellemmel, figyelemmel, koncentrációval.

20. kérdés: Tájékozottabbnak tartja -e magát gyermeke problémájával kapcsolatban, mint az őt tanító pedagógusok?

A kérdés nagyon kényes, de fontos is. A szakmaiság elismerése a bizalom jele. A szülők közül 122 fő tartja magát tájékozottabbnak, mint a gyermekét tanító pedagógusok. Azt hiszem ennek kibontása szintén megérne egy szakdolgozatot! Vajon milyen ismeretekre tettek szert a válaszadók, amelyek alapján ez fogalmazódott meg bennük?! Gondolok itt a módszertanra, elméleti ismeretekre, mint kutatások és azok eredményei...! Milyen módon sikerült ezeket értelmezni, alkalmazhatóvá tenni a saját esetükben?

21. kérdés: Honnét tud tájékozódni a témában, hogy minél hatékonyabban tudjon segíteni gyermekének?

A válaszok között többeknél szerepelt a szakember általi tájékozódás, tájékoztatás. Szakkönyvek, szaklapok olvasása révén jutnak információhoz, amelyeket kiegészítenek az online térben beszerezhető ismeretekkel. (Pár válaszban szerepelt az is, hogy idegennyelvű szakmai kiadványokat, könyveket is olvastak.)

Jelentős a tapasztalatcsere az érintettek között. Magam is beléptem ilyen csoportokba. Láttam a bejegyzéseiket. A hozzájuk forduló kétségbeesett társaiknak szívesen segítenek, osztják meg velük tapasztalataikat. Gyakran öntenek bátorságot egymásba, ha már teljesen elkeseredettnek látják a másikat. Szerintem ezekre a csoportokra nagy szükség van!

22. kérdés: Első intézménye gyermekének a mostani?

23. kérdés: Gondolt-e iskolaváltásra mostanában, vagy gondolkodik-e ilyenén?

A két kérdést együtt szeretném kiértékelni az alábbi táblázatban (1. táblázat). Láthatjuk, hogy a kérdőív alapján rögzített válaszok alapján egyértelműen azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a szülők jelentős többsége gondol az iskolaváltásra, mint megoldásra. (Azt sajnós a saját tapasztalataim alapján is kijelenthetem, hogy sokkal kisebb jelentőségű problémák megoldását is abban látják gyakran, hogy intézményt váltanak. Ezek a gondok gyakran csak vélt problémák. Az iskolára szolgáltatásként tekintő szülő, akinek nem felel meg a gyermekével való foglalkozás...stb.)

	igen, gondolok rá, hogy váltsak	nem gondolok rá, hogy váltsak	összesen
első intézmény	24	24	48
nem első intézmény	73	33	106

Visszatérve az eredményekre számomra meglepő volt, hogy a sokadik intézményváltás után is megjelenik a lehetőség, mint problémamegoldás, úgy, hogy már tulajdonképpen közel 69%-os volt azon esetek száma, amikor legalább egyszer megtörtént már ez. A már váltók közül is még 69% (a teljes válaszadók 47%-a) fontolgatja, hogy így próbál meg nagyobb, vagy minőségibb

segítséget nyújtani gyermekének. Valamivel több, mint 15% pedig az első iskolából szeretné átíratni a gyermekét másik intézménybe, remélve a jobb bánásmódot. Nagyon elkeserítő, hogy 15%-ban elégedettek csak az első intézménnyel a szülők.

Összegzés

A dolgozatom végéhez érven újra átvizsgálom az általam felvetetteket. Megpróbálom az általam kielemezett válaszokat összegezni, felfedni az egyes összefüggéseket, kapcsolatokat az ADHD státusszal.

Első kutatási kérdésem válaszainak összegzése

Felvetésem az volt, hogy gyakran későn ismerik fel az ADHD-t, emellett pedig sok idő telik el a sejtés és a valódi diagnózis között, tehát késik a segítség. A kijelentés tapasztalati úton született meg bennem. Sajnos olyan helyen dolgozom, ahol a gyerekek jórésze csak viszonylag későn, az iskolai életük során kapják meg a megfelelő diagnózist. Több esetben már akkor, amikor a gyermek és felnőtt is sérült a mindennapi életben. Hogy ennek mi lehet az oka, már a kérdések feldolgozása során kifejtettem (szégyenérzet, nem megfelelő szakember...). Most, hogy betekintést nyerhettem más régiók területére is, azt kell, hogy mondjam a feltevés nem teljesen igazolódott be az adatok kielemezése során. A felismerés viszonylag korán megtörténik a legtöbb esetben. Nulla és hároméves kor között 77 esetben, négy és hatéves kor között 54 alkalommal azonosították be helyesen a tüneteket a gyermekeken. A legtöbbször a korai felismerést segítő személy a gyermekorvos, védőnő és az óvónő. Ők olyan szakemberek, akik a kisgyermek első éveiben a legtöbbször vizsgálják, rögzítik a fejlettségi szintjüket. Inkább azzal van probléma, hogy a szülők elfogadják, a helyén kezeljék a dolgokat. Gondolok itt arra, hogy elinduljanak azon az úton, ami a diagnózis kiállításához kell. Ez az idő, a lelki felkészülés és elfogadás, a hosszú sok esetben, mert mint már írtam, a problémás gyermek megbélyegzi a családokat, a róluk alkotott kép erősen negatív a társadalmunkban. A környezet tudatlansága pedig ehhez még csak hozzátesz.

Második kutatási kérdésem beérkezett adatainak egybevetése

Második kérdésem alapja az a feltevés volt, hogy a szakemberek a gyógyszeres kezelést elutasítják. Ma a gyógyszeres kezelés jogossága eléggé megosztó mind a szakemberek, mind a civil társadalom körében. Alapjában véve a legelső kérdőjelet az adja, hogy az ADHD-t igazából miként kezeljük. Még manapság is gyakori az a nézet, hogy effektíve nem betegség, tehát gyógyszerekkel nem kezelhető hatékonyan. Sokkal inkább tartják ebben az esetben a szülői

nevelés félresikerült eredményének. Bár sok kutatás arra a megállapításra jutott, hogy a prefrontális lebeny dopamin- szerotonin egyensúlya okolható a figyelemhiányos zavarokért, mégsem jelenthető ki száz százalékban, mert számos más vizsgálat és kutatás pedig teljesen az ellenkezőjét állítja. Történetesen azt, hogy az ADHD nem létezik. Nekem nem tisztem sem az állásfoglalás, sem a pálcátörés a különféle nézetek fölött, mégis kíváncsi voltam arra, hogy milyen arányban kezelik a válaszadó szülők gyermekeit gyógyszerekkel. Az adatok kielemezése után arra a következtetésre jutottam, hogy a kezelések inkább a fejlesztő foglalkozások alkalmazását preferálják, és kevésbé a gyógyszeres terápiákat. Szerencsére számos terápiás foglalkozás áll a diagnosztizált gyermekek rendelkezésére. Ezek lehetnek mozgásterápiák, pszichoterápiák, viselkedésterápiák, a tanulást segítő terápiák. (A szülőkkel történő kótetlen beszélgetés során, inkább arra panaszkodtak, hogy a választék főként nagyvárosban, Budapesten nagy. Kiseb településeken nincs annyi lehetőség, vagy semennyi nincs. Gyakran pedig még a nagyvárosokban is csak magánúton érhetők el a megfelelő terápiák.) A gyógyszeres kezeléshez csak nagyon súlyos esetben fordulnak a szakemberek, vagy kéri segítésül a szülők. (Ilyen esetekben is hallottam jó és rossz tapasztalatokat egyaránt, de ezek nem jelentősek a felmérésem során, mert nincs adatom a kezelések részleteiről. Pl. hossz, hatóanyag, egyéb körülmények.) A gyógyszert első körben nem javasolják a szakemberek, minden esetben más lehetőséget keresnek. Olvastam olyan tanulmányokat, amelyek arra mutatnak rá, hogy a szülők, illetve a gyerekekkel foglalkozó pedagógusok szélesebb körű tájékoztatása, képzése sokkal hatékonyabb lenne az egyes személyeknél, mint a gyógyszerelés. Bár voltak olyan kutatások, amelyek azt hivatottak feltárni, hogy a gyógyszerrel kezelt gyerek a későbbiekben könnyebben szerfüggő lesz, ezek az évek folyamán nem nyertek egyértelmű bizonyítottságot. (Balázs, 2022.)

Vitathatatlan azonban az, hogy súlyos esetben gyakran óriási segítség a gyermek és az ő környezete számára egyaránt a hatékony és jól beállított gyógyszeres terápia.

Harmadik kutatási kérdésem összegzése

Feltevésém a következő volt: az iskolákban nem támogatják megfelelően a diagnózissal rendelkező gyermeket, illetve az ő szüleit. Gondoltam itt arra, hogy a gyermek nem kapja meg a megfelelő támogatást az iskola részéről, ami neki járna a Szakértői Bizottság véleménye alapján. Másrészről pedig a szülőket nem tájékoztatják kellőképpen a gyermek tanulmányairól, annak minél sikeresebb teljesítéséhez szükséges lehetőségekről, szükségletekről.

Az ide kapcsolódó kérdések feldolgozása alapján megállapítható, hogy az iskolák nagy többsége igyekszik a legnagyobb támogatást nyújtani a gyermekek és a szülők számára. Próbálják az adott körülményekből kihozni a legjobbat. Sajnos kevés a gyógypedagógiai szakember, gyakran pedig nincs is az egyes iskolában saját, ezzel a végzettséggel rendelkező pedagógus. Az órán alkalmazható „kedvezményeket” megpróbálják biztosítani a gyermekeknek, de talán ez a legnehezebb, ha nem azzal szeretnék „letudni” a lehetőséget, hogy kevesebb feladatot adnak. Sajnos itt azért kiderült, hogy a tanárok egyéni bánásmódról alkotott elképzelése nagyon szegényes, maradi. Az újabb kutatások és kísérletek által felfedett lehetőségeket nem, vagy nagyon kevesen alkalmazzák. Mire gondolok? Alkalmaznak differenciált feladatokat, általában mennyiségileg, adnak több időt, megkérdezik szóban a gyereket. Viszont kevesen adnak lehetőséget arra, hogy fusson egyet az udvaron, írhasson számítógépen, legyen különböző helye a különböző feladatokra. Esetleg különféle testhelyzetekben oldjon meg bizonyos feladatokat úgy, hogy ne legyen frusztráló senkinek. Pl. írhasson állva, ha szükségét érzi. Pedig ezeknek a lehetőségeknek a használata csak kisebb változás lenne az osztály életében, ha megfelelően elő lenne készítve a „másság” elfogadása. Esetleg „különlegességgként” lehetne tálni a gyermekek felé!

Tehát mindent összevetve próbálják a lehető legjobb módon támogatni a gyereket és a szülőt is a pedagógusok, de gyakran maguk is támogatásra, modernizálásra szorulnának. Ez pedig, sajnos nincs meg a mai rendszerben. Összegezve azt tudtam megállapítani, hogy nagy valószínűséggel a tudásuknak, ismereteiknek megfelelően veszik ki a részüket az ADHD-s tanulók oktatása során, csak ez a tudás kicsit elavult. (Igaz, nagyon nehéz egy olyan dologban modernnek lenni, amiről még a tudóstársadalom sem tudja eldönteni kategorikusan, hogy létezik-e, és ha igen, akkor tulajdonképpen mi is ez!)

Negyedik kutatási kérdésem összegzése

A gyermekek nehéz, sokszor perifériális helyzetben vannak az iskolában, osztályban. Itt kijelenthetem, hogy a felvetésem igaznak bizonyult. A legtöbb válaszadó azt írta, hogy a gyermeknek vannak barátai, de nem feltétlenül az osztályban. Kortárs kapcsolataik vannak, amelyek nem minden esetben mélyek és változó intenzitásúak.

Akik nem jönnek ki jól a társaikkal, a pedagógusokkal, azokat gyakran az iskolából is el szeretnék távolítani. Ennek a mozzanatnak igyekeznek törvényes keretet adni azáltal, hogy a dél-

utáni foglalkozásokról kikéretik a gyerekeket a szülő által. Erre a Köznevelési törvény lehetőséget ad. Más esetekben pedig mintegy jobb lehetőségként tüntetik fel a szülők számára azt, hogy keressen másik iskolát gyermekének mielőtt fegyelmi eljárás indul ellene.

Az intézmények sok esetben inkább megszabadulni szeretnének a problémás gyerekektől, mintsem kezelnék a helyzetet. Az utóbbi sokkal több síkon kellene, hogy működjön. A többi gyermek érzékenyítése, az iskola dolgozóinak érzékenyítése, bizonyos problémák kezelése a modern kornak megfelelően, továbbképzések az oktatásuk sikerességéhez, attitűdök megváltoztatása stb...

Azt azonban nem jelenthetem ki, hogy az ADHD-s gyermek nem képes barátkozni, hiszen a válaszok gyakran azt jelölték meg, hogy igenis barátkoznak, de inkább más közegben. Például sport tevékenység közben, hasonló helyzetű gyerekekkel. A kapcsolat nem olyan szoros, mint egy normál helyzetben levő kortárrsal, de tartósabb, mint egy alkalmi találkozás. Ezek a kapcsolatok fontosak, hiszen az önbizalomhiány ezeknek a gyerekeknek is jelentős károkat okozhatnak a fejlődésük során.

Ötödik kutatási kérdésem válaszaiból levont következtetés

A szülők gyakran az intézményváltásban látják a megoldást. A kapott válaszok alapján kijelenthetem, hogy ez valóban így van. Magas százalékarányban választották azt a lehetőséget, hogy most is gondolkodnak az iskolaváltáson. Még akkor is, ha már történt ilyen a gyermek életében. Csak gondolni tudok arra, hogy mi lehet az ok. Talán a szülők keresik a lehető legjobbat a gyermeküknek. Az optimális körülményeket.

Azt hiszem a mai magyar oktatásban az ADHD-s gyerekek olyan helyzetben vannak, mint a diagnózisuk megítélése! Egyesek szerint léteznek, mások szerint nem! Sajnos a megítélésük is ilyen az intézményekben: eltávolítandó, megszüntetendő rosszak!

Vajon mi lenne a megoldás, ahol mindenki jól jár? Azt gondolom, hogy egy nagyon szoros együttműködés a gyermek érdekében. Olyan, ahol nem az a cél, hogy megszabaduljanak a „problémától”, hogy letudják a kötelező órákat. Sokkal inkább olyan, amiben mindenki együttműködve, a maga területén a gyerek szempontjából a legjobbat hozza ki magából. A szülő és a pedagógus, a pedagógus a pedagógussal cseréljen információt, tapasztalatot, mi és hogyan működik jobban az érintett tanulónál. Legyen hova fordulni segítségért, ha az oktatásba bekerül a

gyermek. Ne kelljen megvárni, míg megtanulják kezelni a problémákat, mert ez idővesztés, mely közben az egyén fejlődik folyamatosan, de nem mindegy hogyan!

A pedagógusnak is el kell szakadni az egyhelyben ülő gyermek utópisztikus képétől. Új mozzanatokat kell bevezetnie, olyat, ami nem megszokott, de hatásos. Hagyni, hogy az impulzivitását kielégíthesse a nebuló, mert a korlátok csak frusztrációt, ellenállást, esetleg agressziót eredményeznek.

Az ADHD-s gyerekek nem rosszak, nem is akarnak azok lenni, de gyakran nem tudnak másképpen viselkedni!

Irodalomjegyzék

1. Anna, Freud: Normalitás és patológia a gyermekkorban. Budapest: Animula Kiadó, 1965. 39 –44. p.
2. Bagdy Emőke: Családi szocializáció és személyiségzavarok. Budapest: Tankönyvkiadó, 1999.
3. Balázs Judit, Miklósi Mónika (szerk.): A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2015.
4. Balázs Zsuzsanna: Gyermekek tízmillióit tömik világszerte pszichostimulánsokkal, pedig a szülők és a tanárok képzése többet segítene, mint a gyógyszer. In: Qubit. [online] Bp.: Magyar Jeti Zrt., [2022.05.23.], In:<https://qubit.hu/2022/05/23/gyerekek-tizmillioit-tomik-vilagszerte-pszichostimulansokkal-pedig-a-szulok-es-a-tanarok-kepzese-tobbet-segitene-mint-a-gyogyszer>
5. Csákvári Judit, Süvegesné Rudán Margit: Útmutató a pszichés fejlődés zavaival küzdő gyermekek, tanulók együttneveléséhez. Bp.: sulíNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., 2007.
6. Demcsákné Dr. Kelen Ilona: Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban. Bp.: Medicina, 1982.
7. Dr Szilágyi István: Kisiskolás- és prepubertáskorban megjelenő pszichés zavarok. In: Magiszter, 2007. 3.-4. sz.
8. Gauland Edina: Mi a normalitás? .In.: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet honlapja. [online] Bp.: Gyógyhírek – online magazin, 2018. [2021.05.12.]>URL: <https://gyogyhitek.hu/normalitas/>
9. Hajdu Tamás, Kertesi Gábor: Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében. Bp., KRT KTI, 2021., 30.-42. p.
10. KSH: Sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók száma fogyatékoság-típus szerint. In.: KSH honlapja. 2022. >URL.: https://www.ksh.hu/stadat_files/okt/hu/okt0006.html
11. Michael, Cole-Sheila, R. Cole: Fejlődéslélektan. Budapest: Osiris Kiadó, 2006.
12. N. Kollár Katalin, Szabó Éva (szerk.): Pszichológia pedagógusoknak. Budapest: Osiris Kiadó, 2004.
13. Selikowitz, Dr Mark: ADHD a hiperaktivitás – figyelemzavar tünetegyüttes. Szentendre: Geobook Kiadó, 2010.
14. Tringer László: A pszichiátria tankönyve. Bp.: Semmelweis Kiadó, 2010., 369 –401. p.
15. Danis Ildikó, Németh Tünde, Prónay Beáta, Góczán-Szabó Ildikó, Hédervári-Heller Éva (szerk.): A korai gyermekkor lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata–Fejlődésemlekek és empirikus eredmények I. kötet. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Mentálhigiénés Intézet, 2020., 269-394. p.
16. Balogh László (szerk.): Gyermekápolástan. Budapest: Medicina Kiadó, 2009., 385. p.
17. 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. In: Netjogtár. 2022. [2022.05.12.] >URL.: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv>
18. Miklósi Mónika, Máté Orsolya, Balázs Tünde: A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) fejlődépszichopatológiai szemlélete. In.: Elektronikus Periodika Archívum-Országos Széchenyi Könyvtár. [2022.05.12.] >URL.: https://epa.oszk.hu/02400/02454/00079/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2020_03_112-120.pdf
19. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

20. Miklósi Erika: A fejlődési pszichopatológia hozzájárulása a pszichés zavarok jobb megértéséhez. In.: Elektronikus Periodika Archívum- Országos Széchenyi Könyvtár. 2022. [2022.05.23.] >URL.: https://epa.oszk.hu/02400/02454/00079/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2020_03_084-090.pdf
21. Tukericsné Schvilinger Anikó: SNI információs füzet. Pécs: Oktatási Hivatal Pécsi Pedagógiai Oktatási Központ. 2022.
22. Zombori Marianna Dr.: Kihez fordulhatunk, ha azt gondoljuk, hogy gyermekünk hiperaktív?. In.: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet honlapja [online] Bp.: Gyógyhírek.- online magazin, 2015. [2022.05.12.], > URL: <https://gyogyhirek.hu/hiperaktiv-gyermek/>
23. Fórizs Noémi, Révész Ildikó: 9 dolog az ADHD gyógyszeres kezeléséről. In.: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet honlapja. [online] Bp.: Gyógyhírek – online magazin, 2019. [2022.05.22.] > URL: <https://gyogyhirek.hu/adhd-gyogyszer/>
24. Littman, Ellen Ph.D.: „I’m Smart, So I Should Be Able to Overpower ADHD. Right?” In.: ADDITUDE Inside the ADHD mind [online] 2022. [2022.08.10.] >URL: <https://www.additudemag.com/high-iq-and-adhd-high-functioning/>

NYILATKOZAT

a szakdolgozat nyilvános hozzáféréséről és eredetiségéről

A hallgató neve: Kardos Annamária
A Hallgató Neptun kódja: CSKBLC
A dolgozat címe: Pszichés zavarok az iskolában
A megjelenés éve: 2023.
A konzulens tanszék neve: Gyermeknevelési Tanszék

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

Ha a fenti nyilatkozattal valótlan állítottnak tudomásul veszem, hogy a Záróvizsga-bizottság a záróvizsgából kizár és a záróvizsgát csak új dolgozat készítése után tehetek.

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

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

Tudomásul veszem, hogy dolgozatom elektronikus változata feltöltésre kerül a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem könyvtári repozitori rendszerébe.

Kelt: Kaposvár 2023. év április hó 24. nap



Hallgató aláírása

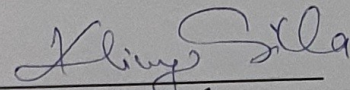
KONZULTÁCIÓS NYILATKOZAT

A Kardos Annamária (hallgató Neptun azonosítója: CSKBLC) konzulenseként nyilatkozom arról, hogy a záródolgozatot/szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfólió¹ áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A záródolgozatot/szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfóliót a záróvizsgán történő védeésre javaslom / nem javaslom².

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem^{*3}

Kelt: 2023. év 04. hó 25. nap


Belső konzulens

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.

² A megfelelő aláhúzendó.

³ A megfelelő aláhúzendó.