

SZAKDOLGOZAT

Takácsné Vittmann Erika

2024.



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Kaposvári Campus
Neveléstudományi Intézet
Gyógypedagógiai alapképzési szak

**Mozgásfejlesztés, mint terápiás lehetőség az aktivitás és
figyelemzavaros gyermekek között**

Belső konzulens: Tóth- Szerecz Ágnes
tanársegéd

Belső konzulens Neveléstudományi
intézete/tanszéke: Intézet/Gyógypedagógiai Tanszék

Készítette: Takácsné Vittmann Erika

Kaposvár

2024.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	2
2. Szakirodalmi áttekintés	4
2.1. Az ADHD főbb tünetei	4
2.2. Jellemző tünetek különböző életkorokban	5
2.3. A diagnózis felállítása	7
2.4. Az ADHD okai	10
2.5. Az ADHD terápiái	13
2.5.1. Gyógyszeres kezelés	13
2.5.2. Kognitív viselkedésterápia	14
2.5.3. Szülőtréning	15
2.6. Mozgásfejlesztés, mint terápiás lehetőség óvodás korban	17
2.6.1. A mozgás szerepe a gyermek fejlődésében	17
2.6.2. Csecsemőkori reflexek	18
2.6.3. Mozgásterápiák	19
3. Kutatás bemutatása	25
3.1. Kutatás célja	25
3.2. Kutatási kérdések	25
3.3. Kutatási módszer bemutatása	25
3.4. A minta bemutatása	26
3.5. Kutatási eredmények ismertetése	27
4. Következtetések, az eredmények összevetése a kutatási kérdésekkel	60
5. Összegzés	63

1. Bevezetés

Az aktivitás és figyelemzavar, angol nevén rövidítve (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ADHD úgy tűnik, mintha népbetegséggé vált volna az utóbbi időben, minden köznevelési intézményre jut legalább egy, valaki, akiről tudjuk, vagy hallottuk, hogy hiperaktív. A gyermekek fejlődését, iskolai teljesítményét, társas kapcsolatait befolyásoló mentális betegségek közül a legismertebb és talán a legelterjedtebb. Becslések szerint az általános iskolások között a 5-7 %-t is elérheti az érintettek aránya, a fiúknál háromszor-négyszer gyakrabban fordul elő, mint a lányoknál. Az oktatási rendszerben akár 70 000 ilyen gyermek vesz részt. Mi állhat a probléma hátterében, mi okozza egyre gyakoribb előfordulását, vajon megbízható-e a diagnosztikai munka ezen a területen, vagy csak a társadalmi változások családban megmutatkozó leképeződését tükrözik azok a gyermekek, akik a fokozott motoros nyugtalanság jeleit mutatják? A diagnózist minden esetben pszichiáter/gyermekpszichiáter szakorvos állítja fel, amit megelőz még a gyermek megfigyelése, továbbá klinikai interjú a szülőkkel, pedagógusokkal, illetve egy szülői, pedagógusi kérdőív is, a gyermek viselkedéséről.

Óvodapedagógusként többször foglalkoztam már hiperaktív gyermekekkel a csoportomban, és jelenleg is van olyan gyermek, akinek viselkedése az ADHD jegyeit mutatja. Ma is emlékszem, milyen tanácstalannak és eszköztelennek éreztem magam, mikor először szembesültem ezzel a magatartás zavarral. A kisfiút, szó szerint -szülői összefogással- eltanácsolták az óvodájából és a mi intézményünkben talált „menedékre”, mivel a környékbeli óvodák szintén elzárkóztak a befogadása elől. Óvodánk pedagógiai programjában kiemelten kezeljük az elfogadást, nevelőtestületünk is érzékeny ebben a témában, továbbá alapító okiratunk is lehetővé tette a sajátos nevelési igényű gyermek felvételét. Pedagógusként az elsődleges problémát a többi szülő negatív hozzáállása jelentette a gyermekhez, ezt egy iskolapszichológus által vezetett délutáni nyitott programon próbáltuk orvosolni, intézményvezetőként pedig azzal kellett szembesülnöm, hogy nehéz megszervezni a megfelelő szakemberek – gyermekpszichiáter, pszichológus, pszichopedagógus- bevonását a gyermek rendszeres fejlesztésébe.

Szerencsére bőséges szakirodalom áll rendelkezésre az aktivitás és figyelemzavarral kapcsolatban, így könnyedén beleáshattam magam a témakörbe, illetve kihasználtam minden olyan lehetőséget: szakmai délutánt, bemutatót, előadások, konzultációt, ami ezzel volt kapcsolatos: tünetek, okok, kezelések, terápiás lehetőségek...

Majd az előzetesen megszerzett tudásom alapján az ADHD tünetegyüttes elemeit véltem felfedezni kisebbik fiamnál. Már egészen korán, csecsemő korában észrevettük, hogy ő más, mint a bátyja: hasfájós volt, rossz alvó, majd kisdéd korban: rendkívül akaratos, félelemérzet nélkül. Még 3 éves kora előtt elvittem egy gyógypedagógushoz, aki megnyugtatóan, hogy csak én reagálok túl a dologra és azt tanácsolta, legyek következetesebb és szigorúbb. Mivel nem történt pozitív változás gyermekem viselkedésében, 4 éves korától mozgásfejlesztésre jártunk magán úton, illetve az óvodában is elindítottuk a vizsgálati kérvényt a pedagógiai szakszolgálat felé. Mivel tudtam, hogy megfelelő támogatás nélkül a hiperaktív gyermekek jelentős hátrányokat szenvednek az oktatás, képzés terén, sokan elkallódnak, illetve komolyan meg is betegednek, továbbá egyes pszichiátriai kórképek (depresszió, szorongás, személyiségzavarok, pszicho-szomatikus zavarok), a szerfüggőség, a súlyos balesetek, az öngyilkosság, és emellett az életvezetési problémák jelentősen gyakoribbak náluk. Tisztában voltam azzal is, hogy megfelelő, időben adott, célzott támogatással mindebből sok megelőzhető. Ki tudja bontakoztatni és mások javára is használni adottságaikat, jellemző jó tulajdonságaikat, mint az empátia, segítőkészség, a nyitottság, kreativitás, az önállóság, a nemegyszer átlag feletti memória, az érett gondolkodásmód, erkölcsi érzék, a fejlett humorérzék és a verbális intelligencia (Balázs, 2022).

Az ADHD kezelésére több lehetőség is rendelkezésre áll: szülő/ pedagógus tréning, pszichoterápiák (viselkedésterápia, kognitív terápia, családterápia), gyógyszeres terápiák. Mi legelőször a mozgásfejlesztéssel kerültünk kapcsolatba. Én úgy vélem, ennek köszönhető elsősorban, hogy gyermekem figyelemzavara az általános iskolában kordában tartható. A tanulási képességek fejlesztéséhez elengedhetetlen a mozgás, ugyanis az idegrendszer fejlesztésének alapja a motoros fejlesztés. A mozgás pedig örömforrás, játék is lehet. Így óvodás korban ezt a terápiát tartom a legmegfelelőbbnek.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Az ADHD főbb tünetei

Mi jelenti az ADHD-t? Az ADHD három fő tünetcsoportot ölel fel: figyelemzavar, impulzivitás és hiperaktivitás, amelyek együtt vagy külön-külön is megjelenhetnek. Hogyan ismerhető fel, milyenek a tünetek? Legalább hat figyelemhiányos és/vagy hat hiperaktivitás-impulzivitás tünetnek kell jelen lennie, legalább hat hónapon át, olyan mértékben, ami már alkalmazkodási zavart jelent (Stephens-Sarlós, 2022).

Figyelemhiány

- Általában nem figyel a részletekre vagy gondatlanságból hibákat ejt az iskolai feladatok vagy mindennapi tevékenység során
- Kihívást jelent a figyelem megtartása
- Gyakran nem figyel, amikor hozzá beszélnek, különösen, ha elmerült egy kedvelt tevékenységben
- Gyakran elmereng vagy megszakítja a többlépéses feladatokat, és nem fejezi be azokat
- Nehézséget okoz a korának megfelelő szekvenciális tevékenységek végrehajtása (pl. öltözködés, rutinok)
- Kerüli a hosszabb figyelmet igénylő tevékenységeket (meseolvasás, puzzle)
- Gyakran elveszít dolgokat (cipő, iskolatáska, kedvenc játék)
- Könnyen elterelik a figyelmét a hangok és látványok (pl. zajok a környezetből)
- Feledékeny a mindennapi rutinokban

Hiperaktivitás

- Gyakran mozog, fészkel, nem képes hosszú ideig mozdulatlan maradni
- Rendszerint feláll és elhagyja a helyét olyan tevékenységek közben, amikor ülés lenne elvárható (étkezés, meseolvasás)
- Sűrűn felmászik bútorokra vagy veszélyes helyekre
- Általában zajosabb, mint más gyerekek, nem tud csendben játszani
- Túlzott mozgékonytságot mutat, tele van céltalan energiával, mintha fel lenne húzva
- Állandó beszédkényszer jellemzi

Impulzivitás

- Nehezen várja ki a sorát a beszélgetésben, félbeszakít másokat

- Nehezen várakozik a játékban vagy arra, hogy a kérését teljesítsék
- Túl bátor és tolaakodó viselkedést mutat
- Állandó felügyeletet igényel
- Gondolkodás előtt cselekszik
- Feladatát nehezen tudja megszervezni
- Extrém gyakori tevékenységváltás

A tüneteknek 12 éves kor előtt is jelen kell lenniük, és legalább két területen (otthon, iskolában vagy társas helyzetekben) a gyermek fejlődési szintjéhez képest túlzottak, feszültséget okozva a családi és más társas helyzetekben (Egészségügyi szakmai irányelv, 2020).

2.2. Jellemző tünetek különböző életkorokban

Tünetek magzati korban

Számos édesanya arról számol be, hogy gyermeke már magzati korban is rendkívül mozgékony és nyugtalan volt (Vetró, 2000).

Tünetek csecsemőkorban és kisdedkorban

Az egyéni temperamentum jellegzetességei már a kisbabákban is megmutatkoznak. Gyakran sírnak, nehezen nyugtatják őket, és hasfájással, étvágyhiánnyal és szabálytalan alvással küzdenek. Sok esetben a mozgás és a beszéd fejlődése nagyon gyors, már járáskor is futva közlekednek és ügyesen felmásznak a bútorokra. Más esetekben viszont a fejlődés lassú vagy szokatlan sorrendben történik, például kimarad a mászás vagy az ülés. Előfordulhat beszédfejlődési késés is. Mozgásuk ügyetlen és diszharmonikus, és gyakran szenvednek kisebb sérüléseket. Szülők gyakran panaszkodnak a gyermekük szokatlanul makacsságáról, hogy nem tudnak vele szót érteni, mindig a saját feje után megy (Földi, 2004).

Óvodás korban

Óvodás korban a gyerekekre alkalmazkodási nehézségek jellemzők. Gyakran váratlan emocionális reakciókat mutatnak, ezért társaik nem szívesen barátkoznak velük. Nehézséget okoz számukra a kudarc elviselése, a játékban való veszteség elfogadása. Konfliktushelyzetben gyakran agresszívan viselkednek. Nagyon aktívak, gyakran véletlenül rombolnak, zavarják a többieket. A nehézségek különösen fokozódhatnak, nagycsoportban, amikor az iskolára való

felkészülés zajlik, és tényleges feladatokat kell teljesíteniük. Ilyenkor könnyen megszakítják a tevékenységet, nyugtalanná válnak, hintáznak a széken, idegesen izegnek-mozognak vagy dacossá válnak (Vetró, 2000).

Kisiskolás korban

Gyakran okos és élénkeszű gyerekek, akik szórakoztató csínyeket követnek el, ha unatkoznak. Más esetekben a figyelemzavarhoz részképességszavar és/vagy tanulási nehézség társul. Sokszor elkalandozik a figyelmük, folyton babrálnak, izegnek-mozognak vagy hangosan beszélnek. Eleinte nagy népszerűsége tesznek szert társaik körében. Azonnal és gyakran túlzottan, hevesen reagálnak, ha sérelem éri őket. Igazságtevő típusok, akik mindig kiállnak az igazságért, akár bajba kerülve is. Folyamatos nyugtalanságuk zavaró lehet az osztályban, gyakran keverednek konfliktusba a szünetekben. A sorozatos negatív visszajelzések, korlátozások következtében a gyermekek önértékelése, önbizalma súlyosan sérül (Vetró, 2000).

Serdülőkorban

Serdülőként már nem akarnak megfelelni mások elvárásainak. Lázadó típusú gyerekek, akik gyakran olyan csoportokba vonzódnak, amelyek deviáns viselkedést mutatnak. Bátrak, meggondolatlanok és könnyen befolyásolhatók, gyakori lehet az alkohol, drog kipróbálásának veszélye is. Sokkal több baleset éri őket, mint egészséges kortársaikat (Ranschburg, 2009).

Tünetek felnőtt korban

A figyelemzavar tünetei felnőtt korban is észlelhetők: nehezen szervezik meg az életüket, például számlák befizetése, munkahely és magánélet összehangolása. Krónikus halogatás jellemzi őket. Nehezen összpontosítanak egy bizonyos feladatra, figyelmük könnyen elkalandozik akár olvasás, akár egy beszélgetés során. Rendszeresen elkésnek, illetve gyakran előfordul, hogy rosszul rangsorolnak: fontos tennivalókat halogatnak, nem teljesítenek, ellenben jelentéktelen dolgokkal sokat időznek (Stephens-Sarlós, 2022). Mindezekkel együtt jár az alacsony iskolázottság, az instabil párkapcsolat és a gyakori munkahelyváltás is (Miklósi, 2019).

Ernst J. Kiphard a hiperaktív gyermekek mozgásának kényszeres jellegét emeli ki. Véleménye szerint ezek a gyermekek képtelenek céltalan mozgásaikat irányítani, bármennyire is szeretnék. Olyan, mintha nem önszántukból cselekednének. Igyekeznek megfelelni az elvárásoknak, de igyekezetük rendszerint kudarcra fullad és ez kisebbségi érzést okoz számukra (Varga, 2016).

2.3. A diagnózis felállítása

Hazánkban az ADHD diagnosztizálása két intézményrendszerben történik: az egészségügyi ellátórendszerben- a gyermekpszichiátriai szakambulanciákon, osztályokon- illetve a köznevelési rendszerbe tartozó tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokban. A két intézményrendszer között az átjárhatóság nincs szabályozva, így tehát a szülők együttműködésén múlik a vizsgálati eredmények megismerése a szakorvos, továbbá a bizottságok számára.

Egészségügyi ellátórendszerben történő vizsgálat menetét, alapelveit a Pszichiátriai Szakmai kollégium 2009-ben dolgozta ki, melyet azóta többször is átdolgoztak. Az egészségügyi szakmai irányelv (2020.) indokoltsága a hiperkinetikus zavar gyakorisága, funkciókárosító hatása, valamint, hogy a hiperkinetikus zavar ismerete igen hiányos az érintett szakemberek körében, e betegség felismerésében és az ADHD-s betegek ellátásában jelentős hazai elmaradás van az Európai Közösség országainak átlagához képest. A BNO-10, BNO-11 és DSM-5 szerinti kritériumrendszerében a figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás tünetei szerepelnek. A diagnózist akkor állítják fel, ha ezek a tünetek sokkal súlyosabbak annál, mint amit a gyermek életkora vagy fejlődési szintje szerint még elfogadhatónak tartható, és eltérő helyzetekben (családban, óvodában/iskolában/munkahelyen) is megjelennek.

A gyermekek kivizsgálásának folyamatában több szakember is részt vesz: gyermekpszichiáter, gyógypedagógus, pszichológus, logopédus, osztályos kivizsgálás esetén az osztályos nővér. A kórmegállapítás felállítása neurológiai és belgyógyászati vizsgálatok mellett (amelyek az egyéb betegségek kizűrésére irányulnak) a gyermek közvetlen megfigyelése, a szülőkkel történő klinikai interjú, továbbá a szülők és a pedagógusok által kitöltött kérdőívek, valamint a figyelmi funkciók vizsgálata alapján történik. Az ADHD széles spektruma miatt a jellemző tünetek köre is széles, ami miatt több szakember és több vizsgálati eszköz nagyobb biztonságot jelent a differenciáldiagnosztika területén. A vizsgálatot végző szakemberek közösen egyeztetik vizsgálati véleményüket a pszichiáter szakorvossal és csak a szakorvosi vizsgálatot követően születik meg a végső diagnózis (Szabó - Vámos 2012).

Anamnézis a szülőktől: a diagnózisának felállításához elengedhetetlen a tünetek pontos feltérképezése, első jelentkezési idejüknek a tisztázása, lefolyásuk, funkciókárosító mértéküknek a felmérése. Fontos a minél pontosabb adatok nyerése a perinatális anamnézistről, mint például terhesség lefolyása, anyai diabétesz, epilepszia, az anya terhesség alatti drog-, alkohol-, nikotinfogyasztása, szülés körülményei, Apgár érték, továbbá a pszichomotoros

fejlődésről, korábbi betegségekről, és a családi anamnéziszről (család felépítése, szociális helyzete) (Egészségügyi szakmai irányelv, 2020).

Anamnézis a pedagógustól: kizárólag a szülők beleegyezésével történhet. Ezáltal hasznos információk kaphatók a gyermekkel foglalkozó pedagógustól, az intézményben tapasztalt viselkedésről, nehézségekről, kortársakkal való viselkedésről, esetleges tanulási nehézségekről. Gyakran jelentős különbség figyelhető meg a gyermek otthoni és óvodai/iskolai viselkedése között. A pedagógusok írásos jellemzése és kérdőív kitöltése szintén csak a szülők engedélyével és közreműködésével kérhetők (Egészségügyi szakmai irányelv, 2020).

Gyermekepszichiátriai/klinikai szakpszichológusi vizsgálat: részben kétszemélyes helyzetben valósul meg, és ha van rá mód- gyermekközösségben. Alapvető a gyermektől nyerhető anamnesztikus adat, amikor arról számol be, hogy számára mi okoz nehézséget és milyennek látja a közösségbe való beilleszkedését. A diagnózis felállításához kulcsfontosságú a gyermek tüneteinek megfigyelése, lehetőleg több alkalommal, kétszemélyes helyzetben illetve közösségben, továbbá osztályos vizsgálat esetén a nővérek megfigyelései is fontosak. Az önkitöltő kérdőívek használatát 9 éves kor felett használják- ezek szintén hasznos információkat nyújtanak (Egészségügyi szakmai irányelv, 2020).

Fizikális vizsgálat: részletes gyermekgyógyászati és neurológiai vizsgálat mellett, lényeges a gyermek súlyának, magasságának, vérnyomásának, pulzusának, fejkörfogatának rögzítése. Fontos az érzékszervi károsodások kizárása és az esetleges tic zavarok megfigyelés is.

Egyéb vizsgálatok: gyógypedagógiai vizsgálat- a részképességzavarok, tanulási zavarok felderítése céljából, illetve pszichológiai vizsgálat- az intellektus és esetlegesen társuló hangulati, szorongásos és egyéb pszichés zavarok feltérképezése miatt.

Laboratóriumi és képalkotó eljárások akkor szükségesek, amikor egyéb társuló betegségek szerepelnek az anamnézisben, illetve ezek gyanúja merül fel, mint pl. anyagcserezavarok, epilepszia, strukturális agyi károsodás.

Az egészségügyi szakmai irányelv (2020) szerint napjainkban nem áll rendelkezésre olyan kérdőív, mely egyértelműen, önmagában használva képes az ADHD diagnózisának felállítására, azonban számos kérdőívet ismernek, melyek hasznos információkkal segítik az ADHD és az esetleg fennálló komorbid zavarok felismerését. Többek között: Conners pontozó skála szülőknek/pedagógusoknak, Gyermek MINI, Gyermekviselkedési Kérdőív, Képességek

és nehézségek kérdőív, Wisconsin Kártyaszortírozási teszt, Stroop teszt, Hanoi Toronyteszt (Szabó et al., 2014).

Szakértői bizottságokban folyó diagnosztikus gyakorlat:

Az ADHD diagnózisának és a speciális szükségletek feltárásának vizsgálati területei a hazai gyakorlatban a következők (Szabó - Vámos, 2012):

- Célrányosan bővített anamnézis: az előzmények, események, tünetek és kezelések rögzítése a részletes betekintés érdekében.
- Szociális készségek: az egyéni társas és kommunikációs képességek értékelése.
- Veszélyérzet: a gyermek érzékelése és reagálása a potenciális veszélyhelyzetekre.
- Aktivitás szabályozás: az egyén képessége a viselkedés és figyelem megfelelő szabályozására.
- Figyelem: fókuszálás, az elterelhetőség és a hiperfókusz vizsgálata.
- Munkamemória: az ideiglenes információ tárolása és manipulálása, képességének értékelése.
- Szerialitás: sorrendiség és időtartam érzékelése és megértése.
- Taktilis érzékelés: az érintés érzete és reakciója az érintésre.
- Vesztibuláris érzékelés: az egyén egyensúlyérzékelése és mozgáskoordinációja.
- Alvás ritmusa: alvási szokások, alvászavarok és éberség értékelése.
- Étkezési és toaletthasználati szokások: szokások és problémák vizsgálata (Szabó - Vámos, 2012):.

A diagnózis felállításában a gyermekpszichiáter mellett gyógypedagógus és pszichológus vesznek részt. A vizsgálatokhoz az intézmények 80 %-ában használnak kérdőíveket a hiperaktivitás/figyelemzavar megállapításában. Conners TRS-R, Hiperkinetikus zavar kérdőív, gyermekviselkedés kérdőív. A bizottságok fontosnak tartják a gyermekeket támogató vagy éppen hátráltató környezeti hatások feltérképezését is. A diagnosztikus kategória felállítására legkorábban az óvodás korban kerülhet sor, ha a gyermek szélsőségesen aktív és impulzív, valamint folyamatos szülői figyelmet igényel a sérülések, balesetek elkerülése érdekében. Arról sem szabad megfeledkezni, hogy a késői gyermekkorban, korai serdülőkorban az ADHD-szimpptómák egyre kevésbé szembetűnőek, a motoros aktivitás enyhül, a tünetek az életkor előrehaladtával jelentősen csökkenhetnek, ezért a felülvizsgálat során a zavar fennállása, illetve elvetése érdekében szükségeszerű a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai és orvosi vizsgálat lefolytatása. A diagnózis pontos felállításához elengedhetetlen, hogy a gyermekkel és a

szülőkkel több alkalommal is találkozzanak a szakemberek. A diagnosztikus protokoll szerint különös jelentősége van a gyermek fejlődéstörténetének alapos megismerésének, melynek alapját a különböző dokumentációk (orvosi, védőnői, szülői), pedagógiai vélemények és a részletes anamnézis adják. Lényeges kérdés, hogy a különböző tünetek, mikor, milyen körülmények között és milyen tartósan jelentkeznek, a családban előfordult-e hasonló típusú viselkedés, fennállnak-e emocionális problémák, vagy tanulási nehézségek. A gyermek megfigyelése szintén elengedhetetlen fontosságú, mind vizsgálati, mind társas helyzetben: figyel-e, ha hozzá beszélnek, sokat beszél-e, babrál-e, mennyire tud megülni, külső ingerek mennyire befolyásolják a figyelmét, követi-e az utasításokat? A vizsgálat fontos részét képezi a gyermek intellektuális képességeinek pszichológus általi feltárása (WISC-IV.). A bizottságok a korábbi gyermekpszichiátriai szakrendelésen megállapított ADHD diagnózist csak az esetek 30 %-ában minősítik sajátos nevelési igénynek. A diagnosztikus protokoll sarkalatos pontja az egyenlő hozzáférés lehetősége, mely vonatkozik az állapot felismerésére vagy éppen kizárására, azonfelül a fejlesztéshez való hozzáférésre, függetlenül a lakóhelytől, vagy éppen a szociális helyzettől. Az egységes diagnosztikus megítélés és az egységes eljárás szintén követelmény a diagnosztika során (BNO-10 F90.0, F90.1) (Szabó-Vámos, 2012).

2.4. Az ADHD okai

A hiperaktivitás okainak kimutatásában fontos szerepet játszott Still (angol orvos) megállapítása 1902-ben, miszerint gyermekkorban bármely agyi károsodás hiperaktív magatartással járhat együtt. Az aktivitás és figyelemzavar hátterének tisztázása napjainkban is folyik. Nagyszámú vizsgálat zajlik szerte a világban, melyek egyre közelebb visznek a probléma gyökereihez, ennek ellenére a hiperaktivitás pontos okát még a mai napig sem sikerült egyértelműen meghatározni (Tárnok, 2023).

Lehetséges, hogy génhiba okozza? A tudósok felfedezték, hogy az érintettek többségénél három gén módosulásának kombinációja fordul elő: ezek hatással vannak arra a génre, ami közvetlenül meghatározza a dopamin ingerületátvivő anyagcseréjét az agyban. Viszont nem lesz mindenki automatikusan ADHD-s, akinél ez a génvariáció megjelenik. A neurotranszmitterek az agy irányítói. Az ADHD-val kapcsolatban négy játszik szerepet: a dopamin, - ami az adrenalin és a noradrenalin előanyaga- a szerotonin, ami segít uralkodni az

indulatokon, és a fájdalom feldolgozásában is részt vesz, tehát a hangulatunkra is hatással van. Az acetil-kolin, aminek az emlékezet teljesítményében van fontos szerepe és a noradrenalin, a félelem és a stressz oldója. Amennyiben ezekből a hírvivő anyagokból hiány van, a szürkeállomány sejtjei nem képesek megkülönböztetni a lényegest, a lényegtelenről, így az ingerek szűrés nélkül jutnak tovább, és az agy nem képes feldolgozni őket (Ettrich - Murphy-Witt, 2014).

Az agykutatók, hála a modern képalkotó eljárásoknak (MR), feladatvégzés közben is képesek betekinteni az agy működésébe. Ennek segítségével állapították meg, hogy a hírvivő anyagok hiánya, a homloklebeny, a prefrontális kéreg és az azzal együttműködő agyi központok visszafogott működését eredményezte. Igazán figyelemfelkeltő az a megállapítás, miszerint az ADHD-s gyerekek homloklebenye közel 12 % kisebb térfogatú a többi gyermekénél, továbbá a kisagyban is eltéréseket mutat az MR. Mindezek tudatában nem meglepő, hogy ezek a gyermekek nem képesek kellő mértékben feldolgozni az ingereket és a gátló folyamatokban is zavar lép fel az agyban, emiatt az indulatok megfékezése, és a figyelem összpontosítása is nehezített. Amerikai és kanadai kutatók az MR segítségével feltárták, hogy az agy több területe is lassabban, közel 3 év lemaradást mutatva, fejlődik az ADHD-s gyermekeknél, mint a tipikusan fejlődő társaiké. Különösen a homloklebenyi területekre jellemző ez (Ettrich - Murphy-Witt, 2014.).

A genetikai komponens jelentősége az ADHD vonatkozásában is releváns, hiszen köztudottan gyakori a családi előfordulás. A genetikai faktor vizsgálatában bizonyítékot nyert, hogy a gyerekek családjában 45-50 %-ban hasonló zavarok jelentkeztek korábban. Tehát a család-, iker-, és adopción (örökbefogadási) vizsgálatok valóban alátámasztják a genetikai hajlam jelentőségét (Földi, 2004.).

Az ADHD kialakulásával kapcsolatban meghatározók a civilizációs változások is, amelyek sajnos negatívan hatnak a gyermekek fejlődésére. Gondolok itt az életmódban bekövetkezett változásokra és a vizuális kultúra túltengésére. A családok élete jelentősen megváltozott, átalakultak a szokásrendszerek, a szabadidő minősége, eltöltésének módja is jelentősen módosult és ezek mind mind hatnak a népesség egészségi állapotára. Ma már ritkák a családi túrák, a közös kirándulások, és a mozgásigény korlátozása, a mozgásos tevékenységek hiánya szoros összefüggést mutat a hiperaktivitás tüneteinek megjelenésével. A megváltozott életritmus, a szülők túlterheltsége kevés időt ad a gyerekekkel való foglalkozásra. Az óvoda és az iskola pedig nem tudja teljes mértékben felvállalni ennek az űrnek a betöltését. A leggyakoribb szórakozás a TV nézés és egyéb IKT eszközök használata, már egészen kicsi

korban is. A vizuális kultúra túltengése, kifejezetten a tanulási zavarok előfordulásában előkelő helyet tölt be (Földi 2004.).

A környezeti kockázati tényezők közül a koraszülés, az oxigénhiány, a nyak köré tekeredett köldökzsinór, a hosszú és komplikált szülés, császármetszés, illetve az alacsony születési súly azok, amik leginkább meghatározók. Kutatások igazolták, hogy az erősen koraszülött vagy nagyon alacsony születési súlyú gyermekek esetében kétszeresére nő az ADHD diagnózisának rizikója, mint normál súlyú és megfelelő terhességi héten született társaik esetében. Mivel a koraszülött gyermek agya még nem teljesen érett könnyen sor kerülhet agyvérzésre, amely problémát okozhat az agy fejlődésében (Tárnok, 2023).

Más tanulmányok a toxikus anyagok szerepét emelik ki: az anya terhesség alatt dohányzott, alkoholt fogyasztott, gyógyszert szedett, vagy egyéb külső környezeti ártalmaknak volt kitéve. Például a terhes nő súlyos fertőzőes megbetegedése-rubeola- károsíthatja a magzat agyát (Tárnok, 2023).

Későbbiekben egyre nagyobb szerepe van a pszichés, szociális tényezőknek: a család működése, veszteségek, válás, szülők mentális-fizikai egészsége, kortárskapcsolati nehézségek, iskolai problémák, konfliktusok, tanulási nehézségek, melyek jelentősen befolyásolják a tünetek intenzitását, az általuk okozott funkcióromlás mértékét.

F. Földi Rita (2004) könyvében kifejti, hogy a nem megfelelő pedagógiai és oktatási módszerek a probléma súlyosbodásához vezethetnek. Az iskolákra jellemző teljesítménycentrikusság, a lehető legrövidebb időn belüli eredményre való törekvés, (az írás, olvasás, számolás alapjait rendkívül rövid idő alatt kell elsajátítaniuk az elsős gyerekeknek) oda vezetnek, hogy a gyakorlásra szánt idő csekély mértékű, és a tanultak nem válnak készséggé, nem automatizálódnak. Ez a figyelmi folyamatokra is hatással van, hiszen a tanuló nem képes több dologra egyszerre figyelni, ha azok nem rögzülnek. Jellemző továbbá a fejlődési menetet nem követő, direkt gyakoroltatás például az írástanulás során. Hiszen hiába gyakorolja a gyermek a betűk írását otthon és az iskolában, ha a nagymozgásában és a koordinációjában mutatkoznak zavarok.

A frontális tanítási munkaforma hangsúlya szintén súlyosbíthatja a problémákat a figyelemzavaros tanulóknál. Ez a munkaforma passzív információbefogadásra ítéli a gyermeket, ami tovább fokozhatja a motoros nyugtalanság tüneteit. Sajnos említést kell tennünk a tanulók negatív értékeléséről is, ami tovább rontja az önmagáról alakult képét, és később érzelmi és viselkedészavarokhoz vezet. Sőt! Az antiszociális viselkedés megjelenésében sem elhanyagolható tényező (F. Földi, 2004).

Az ADHD oki tényezőinek összefoglalása nem könnyű feladat, több évtizedes kutatás és nagyszámú vizsgálat zajlik jelenleg is szerte a világban, melyek közelebb vihetnek a gyökerekhez. Amiben szinte minden szakember véleménye megegyezik, hogy az ADHD-t különböző biológiai és pszichoszociális tényezők együttes hatása idézi elő (Ettrich-Murphy-Witt, 2014).

2.5. Az ADHD terápiái

Az ADHD krónikus szindrómának számít. Egyes szakemberek szerint a gyermekek mintegy harmadánál tűnik el serdülőkorra. De 70 %-uk felnőttkorban is szenved a tünetektől, továbbra is együtt kell élniük a problémákkal. Hogy ez mennyire sikerül, nagymértékben függ attól, hogy időben kapnak-e segítséget és megtanulják kihasználni azokat a tulajdonságaikat, melyek kimagasló teljesítményre teszik alkalmassá. Több kutatás is kimutatta, ha nem kezelik szakszerűen az ADHD-t, a fiatal- legrosszabb esetben- agresszívvé, kábítószer-használóvá válhat. Másfelől viszont sok ADHD-s felnőtt a különleges képességeinek és hatalmas energiájának, kreativitásának köszönhetően lesz sikeres a hivatásában. A terápiás lehetőségek palettája rendkívül széles. Ettrich és Murphy-Witt (2014) könyve háromféle standard gyógymódot sorol fel: a gyógyszeres kezelés, a kognitív viselkedésterápia és a szülők továbbképzése. Ezeken kívül még számtalan módszert említenek, mint például a szenzoros integrációs terápiát, a pszichomotorikát, ergo- és beszédterápiát, valamint a homeopátiát és étrendterápiát illetve a neurofeedback- tréninget, mint egy sikerrel kecsegtető, új lehetőséget (Ettrich és Murphy-Witt, 2014).

2.5.1. Gyógyszeres kezelés

Az ADHD gyógyszeres terápiájában világviszonylatban három fő hatóanyag terjedt el: az ún. pszichostimulánsok közé sorolható metilfenidát és dexamfetamin, valamint a nem stimuláns atomoxetin. Hazánkban a metilfenidát és az atomoxetin törzskönyvezték. A metilfenidát az úgynevezett pszichostimulánsok közé tartozó gyógyszer, ami nem nyugtató, hanem serkentőszer. 6 éves kor felett alkalmazható kizárólag diagnosztizált ADHD esetén. Magyarországon a Ritalin tableta van forgalomban. Hatása, hogy kiegyenlíti az olyan neurotranszmitterek hiányát az agyban, mint a dopamin, ezáltal az agy jobban fel tudja dolgozni

az ingereket. Számos tünet azonban kizárhatja a használatát, ilyen például a szorongás, agitáció, tic, Tourette szindróma, szívritmuszavar, epilepszia, stb. Bevétele követően kb. fél óra múlva már jelentkezik a hatása: a gyerekek nyugodtabbak, figyelmesebbek, fegyelmezettebbek lesznek, jobban tudnak koncentrálni, az iskolában jobban tudnak figyelni és képesek a viselkedésüket irányítani. Ez a hatás kb. 4 órán át tart, azonban vannak a gyógyszernek hosszabb távon ható változatai is. Ez utóbbiak azért fontosak, mert a gyermeknek nem kell az iskolában mások előtt gyógyszert bevennie, ami esetleges megbélyegzéssel járhat együtt. Mellékhatásai közül ki kell emelni az alvászavart, különösen az elalvási szakasz hosszabbodását, étvágytalanságot, testsúlycsökkenést, hangulatingadozást. Ritkán fejfájás, hányinger, szédülés, hasfájás, súlycsökkenés, vérnyomásváltozás, motoros tic-ek is előfordulhatnak. Magyarországon 2003-ban jelent meg az atomoxetin (Strattera). Kezdő adagját folyamatosan növelve kb. egy hét alatt lehet a hatékony dózissá eljutni. 24 órán át kifejti hatását, elegendő naponta egyszer (reggel) adni. Kedvező mellékhatás-profilú gyógyszer, szedése mellett ritkán fordul elő étvágycsökkenés, felhasi puffadás, szédülés, szedáció, hányinger. Az első három hónapban a gyógyszer jelentősen csökkenti a tünetek súlyosságát. Ezt követően a gyógyszert folytatva fenn lehet tartani ezt az javulást. Azonban fontos megjegyezni, hogy amikor abbahagyjuk a gyógyszer szedését, újra erősödhetnek a tünetek (Di Blasio, 2020).

Mint minden más gyógyszerrel, az ADHD elleni szerekkel is óvatosan kell bánni. Főleg annak tükrében, hogy 1999 óta megötszörözödött az orvosi rendelvényre kiadott gyógyszerek mennyisége. Sok szülő tart attól, hogy a pszichiáterek könnyelműen írják fel a gyógyszereket. Sarkalatos kérdés, hogy okozhatnak-e függőséget ezek a szerek? A pszichostimulánsok esetén függőség csak nem rendeltetésszerű használatnál alakulhat ki, és a megvonási tünetek is általában enyhék. Ezzel szemben az atomoxetin esetén egyáltalán nem kell függőségtől tartani. Azonfelül nem minden gyermek reagál jól az ADHD- gyógyszerekre, illetve 5 év alatti gyermekeknek nem is adhatók, mivel szervezetük még nem képes megfelelően és kiszámíthatóan reagálni ezekre (Ettrich - Murphy-Witt, 2014).

2.5.2. Kognitív viselkedésterápia

A gyermekek, akik aktivitás és figyelemzavarral küzdenek, jelentős nehézségekbe ütköznek a szociális készségek tanulása, konfliktusok kezelése és az indulatok kezelése terén.

Ha sikerül számukra megfelelő segítő- fejlesztő környezetet biztosítani, viselkedésük is harmonikusabbá válhat. Az ADHD-s gyerekek a szabályokkal hadilábon állnak. Sohasem azt csinálják, amit elvárnak tőlük. Rossz szokásaik próbára teszik környezetük tűrőképességét. A terápia célja, hogy a kapcsolatteremtés, és kapcsolattartás terén új és jobb viselkedésmódokat gyakoroljon be a gyermek. Szakemberek szerint a kívánt magatartás állandó gyakorlásával nemcsak az agy anyagcseréje változik meg, hanem a struktúrája is pozitív irányba módosul. A viselkedés -és kognitív terápiák a konzekvensen megtartott szabályokra, az egyértelműen megfogalmazott utasításokra és nyilvánvaló pozitív és negatív következményekre építenek. A gyerekek feladatok vagy szerepjátékok révén egyedül vagy csoportos formában új stratégiákat alakítanak ki személyes nehézségeik feloldására, a jobb konfliktuskezelő képesség fejlesztésére vagy az átláthatatlan munkastílusuk produktívabbá tételére. A módszer nagy hangsúlyt fektet a fejlődésre, lépésről lépésre tanítja a gyermekeket azokra a készségekre, melyekkel hatékonyan javul önkontrolljuk, épül önértékelésük, erősödik önbizalmuk. (Pongrácz, 2022). Fontos hangsúlyozni a gyerekek erősségeit is, azokat a helyzeteket, amelyekben kiemelkedő és jól funkcionál. Ilyen például gyorsaság, vagy az újdonság keresésére való hajlam (Miklósi, 2019).

2.5.3. Szülőtréning

Az ADHD minden szülő-gyermek kapcsolatot megterhel. Fontos, hogy a felnőtt szülőként ne érezze, hogy csődöt mondott és ne szégyellje igénybe venni a szülőtréning nyújtotta segítséget. A tréning célja, hogy szülőként kritikusan szemlélje saját nevelői magatartását, képes legyen azon változtatni azért, hogy segítse gyermeke hétköznapi problémáinak megoldását. Ennek első lépése, hogy túl kell lépni a be nem teljesült elvárások és szemrehányások, illetve kellemetlen helyzetek ördögi köréből. Előtérbe kell helyezni a gyermekek pozitív tulajdonságait, és azon személyiségjegyeit, amelyek előnyösek. Elengedhetetlen, hogy a családban szigorúan megtartott játékszabályok legyenek, a szülők egyértelmű utasításokat adjanak, és egyértelműen megkülönböztethető legyen az elvárt és a nemkívánatos magatartás. A rendszeres napirend és a viselkedés értékelése szintén hangsúlyosan jelenjen meg. Fontos tudatosítanunk önmagunkban és gyermekünkben, hogy senki sem tökéletes. Nem dől össze a világ, ha hibázunk. Alapvető a következetesség és a rugalmasság: saját igényeinkhez és személyiségünkhöz kell igazítanunk a szülőtréningen tanultakat. A kiszámíthatóság a legfőbb alapszabály (Ettrich - Murphy-Witt, 2014).

A budapesti Vadaskert Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő ADHD-specifikus intervenciós támogató programok- a „Fészek” és a „Méhkas”-különlegessége, hogy tematikus, viselkedésterápián alapuló csoportfoglalkozásokon vesznek részt az érintett gyermekek, szüleik pedig az osztályon dolgozó szakemberek által szervezett pszichoedukációs tréningen sajátítják el a viselkedésterápiás eszköztár alapjait. A Fészek program egy intenzív, kéthetes program óvodás és kisiskolás gyermekek számára. A programban egyidejűleg hat, hasonló korú gyermek vesz részt. A kis létszámnak köszönhetően valósulhat meg a gyermekek személyiségének, egyéni szükségleteinek megismerése, illetve a személyes odafigyelést biztosító légkör kialakítása. Cél a részt vevő gyermekek figyelmi képességeinek fejlesztése, önértékelésük erősítése és nem utolsósorban a szociális – és kommunikációs képességeik fejlesztése. Alapvető fontosságú továbbá a problémás viselkedés csökkentése és a megküzdési stratégiák elsajátítása, gyakorlása. A multidiszciplináris teamben gyermek- és ifjúságpszichiáter, szakorvos, klinikai szakpszichológus, gyógypedagógus és az ápoló, foglalkoztató személyzet dolgoznak együtt. A két hét során meghatározott napirend szerint zajlanak a programok. Az első nap az ismerkedés jegyében zajlik. A programok változatosak, a feladatlapos munkavégzéstől, a mozgásos feladatokon át, az állatasszisztált foglalkozásig, minden szerepel a palettán. A programot a gyermekeknek egy közös társasjátékként prezentálják, ahol a foglalkozásokon való részvétellel, a szabályok betartásával jutalmakat gyűjthetnek a gyerekek. A terem falán egy nagy fa-rajz kap helyet, tetején egy madárfészekkel, ahova 9 faág vezet fel. Minden gyermek választ magának egy madarat, akiért felelős lesz a program során, és akinek jutalmak gyanánt „aranykukacokat” gyűjt. A viselkedésterápiában fontos szempont a következetes és kiszámítható rendszerben való együttműködés, ezért kiemelt jelentőségű a napirendhez és az egyéb tevékenységekhez tartozó szabályok betartása. Fontos szempont az értékelés során, hogy nem a tökéletes viselkedést értékelik, hanem az igyekezetet, de figyelembe veszik a gyermekek egyéni képességeit, erősségeit és az esetleges nehézségeit is. A gyermekeknek szervezett program mellett a szülők 4 alkalomból álló szülőtréningen vesznek részt, mely során részletes elméleti tudást kapnak az ADHD természetéről, jellegzetességeiről, terápiájáról és nem utolsósorban gyakorlati segítséget is kapnak. A „Méhkas” terápiás részlegen az ADHD specifikus héten 8-12 éves gyermekek vesznek részt. Tudvalevő, hogy 5 nap alatt nem lehet a tüneteket enyhíteni, de a hét alkalmas lehet az életminőséget javító út elindítására. A legalapvetőbb cél a motivációjukra és a saját nehézségeikre való koncentráció egy játékos vetélkedőn keresztül. A program tematikája hasonló a Fészek programéhoz. A sokéves tapasztalat azt mutatja, hogy egy elfogadó, türelmes közegben az ADHD-s fiatalok is jól motiválhatók (Kis et al., 2022).

2.6. Mozdásfejlésztés, mint terápías lehetőség óvodás korban

2.6.1. A mozgás szerepe a gyermek fejlődésében

Ahhoz, hogy segítsük a gyermek egészséges fejlődését, fontos, hogy tudatosan teremtsük meg neki a mozgás és az észlelési kontroll lehetőségeit és feltételeit. Ne tévesszen meg bennünket, hogy a gyermeknek le kell vezetnie a mozgásigényét. Inkább figyelünk kell arra, ha hiányzik belőle a mozgás iránti vágy.

A fejlődési szakaszok különböző időszakokat jelentenek:

- Szemzomotoros fejlődés: az érzékelés/észlelés és a mozgás egymásra hatásának folyamata a szemzomotoros fejlődésben jelentős. Ez az időszak a születéstől mintegy másfél-kétéves korig tart. Az érzékelés által kiváltott mozgások fontos szerepet játszanak az idegrendszer fejlődésében. Ezek lehetnek egyszerű mozgások, például a tárgy felé fordulás, de nagyon fontosak a tapasztalatok szerzéséhez és a mentális folyamatok elindításához.
- A pszichomotoros fejlődés: során az öröm a mozgásban és a képesség cselekvésre érzelmi stabilitást ad és az önbizalmat is erősíti. A gyermek tapasztalatokat szerez a tárgyakkal való interakcióból és a környezettel való kapcsolatból. Ezek a mozgásos tapasztalatok segítenek az idő- és térérzékelés kialakulásában.
- A szociomotoros fejlődés: a mozgásos megnyilvánulásokban tükröződik a szocializáció fejlődése során. A kontaktus- és kommunikációs készség fejlődik és tudatosodik, valamint a szociális magatartás: alkalmazkodás, emberi kapcsolatokban való viselkedés (Huba, 2022).

A testmozgás által:

- Fokozatosan elmélyítjük testünk és annak funkcióinak ismeretét, és valós képünk alakul ki önmagunkról.
- Fejlődik testi ügyességünk.
- Képesek vagyunk kifejezni érzéseinket és érzelmeinket, és kialakul az érzelmi stabilitásunk.
- Örömet, alkotókedvet és energiát érzünk, amelyek kiegyensúlyozottságra és kitartásra nevelnek.

- Növekszik figyelmünk, emlékezetünk és képzelőerőnk.
- Segíti az összefüggések megértését, valamint a beszéd és a gondolkodás fejlődését.
- Növeli terhelhetőségünket és teljesítményünket.
- Segít alkalmazkodni a külvilághoz, és kialakítani a megfelelő viselkedést.
- Támogatja az éntfejlődést, az önismeretet, önbizalmat, önkontrollt és önkifejezést.
- A szocializációs funkció révén fejlődik a tolerancia, az empátikus készség, a kommunikáció, az együttműködés képessége, és kialakul az alkalmazkodás és a beilleszkedés. a beilleszkedés (Huba, 2022).

2.6.2. Csecsemőkori reflexek

Stephen-Sarlós Erzsébet könyvében (2022) részletesen ír a csecsemőkori reflexekről, amelyek olyan automatikus mozgásminták, amik már a 25-26. terhességi hét környékén megjelennek. Fejlődésük az első néhány hónapban történik, majd fél éves kor körül kezdenek fokozatosan eltűnni. Amikor a központi idegrendszer eléggé kifejlődik, ezek a reflexek feleslegessé válnak, és néhányuk már nem is aktiválható. Ezek a reflexek fontosak a mozgásfejlődés szempontjából, elengedhetetlenek a korai fejlődés során, de csak egy meghatározott időszakig tartanak. Ha nem sikerül időben és megfelelően integrálni ezeket, akkor viselkedési és tanulási nehézségeket is okozhatnak. Az integrálatlan reflexek számos tünetet okozhatnak, például figyelemzavar, késleltetett beszédfejlődés vagy éjszakai bevizelés. A tünetek jellege attól függ, hogy melyik reflex maradt meg, és hogyan kombinálódik más reflexekkel.

A *Moro-reflex* a terhesség hetedik hónapjától van jelen, kiváltója lehet fény-, hang-, hőmérsékleti inger. A csecsemő ezekre a karok széttáráásával válaszol, melyet egy gyors belégzés követ, majd a karok lendítése a test elé. Ez a reflex segíti a túlélést a korai időszakban, majd a negyedik-hatodik hónapban gátlódik. Ha ez elmarad, a gyermek a különböző szenzoros ingerekre érzékennyé válhat, ami később pszichés tünetek, mint például szorongás kialakulásához vezethet. Az *aszimmetrikus nyaki tónusos reflex* már a magzati korban is fellelhető. Amerre fordul a csecsemő feje, azon az oldalon kinyúl a karja és a lába, a másik oldalon pedig behajlik. Ez a reflex kapcsolatban van az egyensúlyérzékeléssel. Amennyiben nem történik meg az integrálódása (6-7. hónapig), gyenge térbeli tájékozódást, kevert dominanciát, de akár „diszes” tüneteket is okozhat. A *Galant reflex*, (csípő-ágyéki reflex), a

csecsemő négy hónapos kora körül kezd integrálódni. Amennyiben ez nem teljes, vagy nem történik meg, szobatisztasággal kapcsolatos problémák léphetnek fel a gyermeknél. Túlmozgás, rossz testtartás, illetve gyenge memória is megfigyelhető. *A szimmetrikus nyaki tónusos reflex* az újszülött segítségére van a „mászásban”, amikor közvetlenül a születés után az anya hasán megtalálja az emlőket. Abban az esetben, ha ez a reflex nem épül le a kilencedik, tizedik hónap körül, a nagymozgások koordinációját hátráltatja, jellemző lehet a gyermekre az általános ügyetlenség, az olvasási és írási nehézség, és a problémás önálló feladatvégzés (Stephens-Sarlós, 2022).

2.6.3. Mozgásterápiák

Mozgásterápiával hatékonyan enyhíthetők, sőt, sok esetben megszüntethetők a tanulást, szocializációt és az alkalmazkodást nehezítő tényezők. Az igazán hatékony terápiának nemcsak a tünetek megszüntetése a célja, hanem az érési folyamatok biztosítása és a konkrét funkciózavar felszámolása. A természet is az egyensúlyi helyzet fenntartására törekszik, tehát az idegrendszer is azon dolgozik, hogy helyrehozza a sérülést. Földi (2004) könyvében arra világít rá, hogy a fejlődést és az érést legmegfelelőbben elősegítő terápia, csakis a mozgás felhasználásával valósulhat meg. A mozgásfejlesztés terén alapvető a megfelelő, ingergazdag környezet biztosítása, de a túlingerlés kerülendő. A fejlesztő hatás csakis rendszeres foglalkozásoknak köszönhetően érhető el, a komplexitást szem előtt tartva. Nagyon fontos, hogy mindig a gyermek egyéni fejlettségi szintjéhez és tempójához igazodva történjen, a játékosságot alapul véve (Szvatkó et al., 2020).

Szenzoros integrációs terápia

Az Ayres-terápia, melyet Anna Jean Ayres amerikai ergoterapeuta és gyermekpszichológus dolgozott ki 1972-ben, egy szenzoros integráción alapuló terápiás módszer. Az alapelv az, hogy a mozgás a legjobb módja az érzékek összehangolásának. Tehát a szenzoros integráció csak akkor valósul meg, ha megfelelő mozgásfolyamatok kísérik. Ayres elmélete szerint a problémák fő okai közé tartozik az érzékszervi ingerek és a mozgásos válaszok szervezésének és tervezésének nehézségei (Müller, 2021). A terápia célja ennek kezelése és a gyermek különféle szenzoros ingerekhez való hozzáféréseinek biztosítása az önálló aktivitás révén, aminek hatására elősegíti a mozgásos válaszok megjelenését és az adaptív viselkedést. Ez a folyamat segít az idegrendszer fejlődésében és érésében. A terápia játékos formában történik, ahol speciális eszközök segítik a gyermek sokoldalú (szociális, pszichés, idegrendszeri)

fejlődését.

Szvatkó Anna írásában kifejti, hogy az Ayres szenzoros integrációs eljárásának leghangsúlyosabb eleme a sokoldalú vesztibuláris ingerlés. A legkisebbeknek szóló mondókák, a népi gyermekdalok, a népijátékokat kísérő mozdulatok, forgások, guggolások, egy lábon ugrálások, hintáztatások mind mind vesztibuláris élményeket nyújtanak a gyermekek számára. A bölcsődékben, óvodákban, de még jobb, ha otthon, a családban is a mindennapok részét képezik ezek a játékok. A kultúránk részeként szinte észrevétlenül kúszik be a mindennapjainkba és nem is vagyunk tudatában annak, hogy milyen fontos szerepe van ezeknek a gyermekek fejlődésében. A taktilis ingerlésnek szintén sarkallatos szerepe van a szenzoros integrációs terápiában. Az érintés, mint a legősibb érzékelési mód, a korai tanulás bázisa. A hétköznapi élet során nehéz felismerni a fontosságát. A taktilis rendszer rendellenes működése gyakori jelenség a szenzoros integrációs zavarokkal küzdő gyermekek körében. Különösen feltűnő lehet ez a probléma azoknál a gyermekeknél, akiknek hiperaktivitása és figyelemzavara is jelen van. Mezítláb sétálni a fűben vagy homokban, hajmosás vagy hajvágás elkerülése, sőt néha még az érintés is elriasztja ezeket a gyermekeket. Az öltözködés, például a ruha címkéje okozta érintési ingerek minden ember idegrendszerébe áramolnak, de szerencsére képesek vagyunk aktívan gátolni az ilyen észleléseket, ami megóv minket attól, hogy folyamatosan reagáljunk és emocionálisan pozicionáljuk magunkat. Azonban a taktilisan védekező gyerekek túlzottan érzékenyek ezekre az érintési ingerekre is. Az arcsimogató, ujjszámoló, csiklandozós és csipkedős népi gyermekjátékokban szintén hangsúlyos szerepet kapnak a tapintási ingerlések. A terápiás folyamat sajátossága, hogy a terápiában a résztvevők szabadon kipróbálhatják a rendelkezésre álló eszközöket, mint például hintákat, forgó hengereket, óriás gumilabdákat, a mennyezetről lelógó hálókat és gördeszkákat. Ennek célja, hogy felfedezzék az ősi mozgásmintákat, amelyek segítségével hatékonyabban tudják irányítani testüket a térben. Kuporoghatnak, pöröghetnek, repülhetnek, billeghetnek, miközben olyan világot teremtenek, ami közel áll a mesék és a fantázia birodalmához. Ha képesek a saját akaratukból ezeket a mozgásokat átélni, akkor megtalálják az utat a további fejlődés felé. Fejlettebb és összetettebb mozgások nem taníthatók, csak előhívhatók olyan ingerhelyzetek kínálásával, amelyek megfelelnek az egyén szükségleteinek, és összefüggnek az ősi ingerekkel és testhelyzetekkel (Ayres 1972). A terápia legfontosabb eleme a játék. A szenzoros integrációs terápiában résztvevő gyerekek hintáznak, pörögnek, egyensúlyoznak, gyorsan váltanak játékok között, vagy éppen csendben vannak, egy hálóban ringatóznak, álmodoznak. Sokszor azt mondják,

akik kívülről figyelik, hogy "Csak játszanak itt!" Pedig éppen ez a pillanat a terápia leginkább hatékony eleme. A terapeuta legfontosabb feladata az eszközök és a helyszín biztosításán túl, hogy biztonságot és támaszt nyújtson a gyermek számára. Szvatkó Anna tanulmányában részletesen taglalja az Ayres terápia felhasználási lehetőségeit:

- a fogyatékossgal élő emberek esetében csökkenthetők az adaptációt nehezítő viselkedési formák, Down-kóros és autisztikus gyerekek motoros sztereotípiáit és perceptuomotoros zavarait játékon keresztül befolyásolta
- A beszédzavarok terápiájában nagyon jó eredményeket értek el, különösen a késleltetett beszédfejlődés kezelésében.
- A koraszülött gyermekek inkubátorában való környezet kialakításában és korai fejlesztésében a szenzoros integrációs elmélet használata sokkal gyorsabb alkalmazkodást tett lehetővé
- A hiperaktív gyerekek komplex terápiájának legjobb eredményei akkor érhetők el, ha tíz év alatti korban alkalmazzák
- Az agysérültek számára az olyan gondosan tervezett szenzoros integrációs terápia, amely ismeri az egyéni szükségleteket, jó hatással van az izomtónus normalizálására és a felegyenesedési és egyensúlyi reakciók ösztönzésére
- Időskori demenciák esetén az életminőség javítása is elérhető.

Varga Izabella, a szenzoros integrációs terápia magyarországi pályafutásának elindítója és oktatásának szervezője, már a kezdetektől fogva hangsúlyozza a hazai igényekre és hagyományokra reagáló, sajátos terápiais megközelítési formák kialakítását. Ennek következtében ma már számos gyermek-ideggondozó és nevelési tanácsadó alkalmazza az eszköztárát a fővárosban és a vidéken egyaránt. Tapasztalatok szerint a figyelemzavarral és hiperaktivitással küzdő, valamint tanulási nehézségekkel küszködő gyermekek kezelése során a fejlesztőpedagógia területén alkalmazzák leggyakrabban, természetesen más erre épülő technikákkal együtt. Emellett fontos szerepe van az értelmi fogyatékos, mozgássérült és látássérült kisgyermekek korai fejlesztésében is. A gyermekpszichoterápiában elsősorban azokban az esetekben alkalmazzák, amikor a gyerek állapota nem teszi lehetővé a szokványos terápiais helyzet megfelelő megértését. Az autista és súlyosan hiperaktív gyermekek, valamint a késleltetett beszédfejlődésű, elektív mutista és pszichoszomatikus tünetekkel küzdő gyermekek kezelése során is nagy jelentőséggel bír (Szvatkó, 2009).

Alapozó terápia

Az Alapozó terápia elmélete Carl Henry Delecató és munkatársa által Amerikában kidolgozott módszerre épül. Dr. Marton Dévényi Éva és csapata továbbfejlesztették és adaptálták Magyarországon 1991-ben. Az Alapozó Terápia egy komplex, mozgásfejlesztésen alapuló, mozgásos érzékszervi típusú idegrendszer-fejlesztő mozgásterápia, mely elősegíti a gyermek idegrendszeri érési folyamatait (Marton-Dévényi és mtsai., 2002). Az Alapozó Terápia legfőbb célja a mozgáskoordináció fejlesztése. Lényege, hogy a legegyszerűbb mozgásoktól halad az összetettebbek felé. A legalapvetőbb mozgásokat alkalmazza, visszaviszik a gyermekeket abba a fejlődési stádiumba, ahol a vizsgálat során az elmaradásukat észlelik. Azokkal az egyszerű mozgásokkal dolgoznak, amelyek a csecsemőkortól a gyermekkorig a mozgásfejlődésben részt vesznek. A terápia eredetileg anyanyelvi készségproblémák kezelésére jött létre, mint például diszlexia, alaki diszgráfia és diszfázia. Többszöri továbbfejlesztés és bővítés után lett idegrendszeri érést segítő terápia. Az alapozó terápia javasolt.

- megkésett beszédfejlődés, esetleg diszfáziás óvodásoknál
- 5 évesnél idősebb gyermek esetén, akinél mozgásügyetlenség, illetve ehhez társulva kialakulatlan kézdominancia áll fenn
- diszlexiás iskolásoknál
- diszgráfiás tanulóknál az írás alaki részének javítására
- intelligencia -határesetes gyermekeknél (Martonné Tamás, 2002)

Az alapozó terápia felépítése:

A terápiás munkát egy komplex állapotfelmérés előzi meg, amely során feltárára kerülnek a gyermek elmaradásai. Kikérdezéssel gyűjtenek információt a gyermek általános tájékozottságáról, vizsgálják az időbeli tájékozottságot, majd ezt követi a mozgásvizsgálat. A nagymozgások, rugalmasság, egyensúly, keresztmozgások, ritmus, a végtagok külön vezérlése, a szeriális gyakorlatok, térbeli mozgás, jobb-bal differenciálás, testséma ismerete, rajzkészség, szem-, kéz-, lábdominancia, mind -mind a vizsgálatok tárgyát képezik. A terápiának két szintjét különböztetjük meg: a fejlesztő tornát, ami heti 1-2 alkalmat jelent kiscsoportos formában, a terápia pedig egyéni (vagy 2-3 fős) foglalkozások keretében zajlik heti 5x1óra vagy 3x2 órában. Általában a terápia összideje 6 hónap és 2 év között mozog, de akár 3 hónap után is lehet látható eredményeket elérni. A terápia törzsanyagát a nagymozgások újra alapozása, az egyensúly illetve a rugalmasság fejlesztése adják. Ezek kiegészülnek a

finommotorika, ritmus és keresztmozgások gyakorlataival (Förhéncz et al., 2021).

A feladatoknak megfelelő ismétlésszámban és módon kell történnie, hogy az idegrendszeri összeköttetések kialakuljanak és megszilárduljanak. A terápia „erőssége” az eszközigénytelenség, míg „gyengesége” a dressúra jelleg. Hiszen véghezvihető eszközök nélkül is, de így a gyermekek motiválása az állandóan ismétlődő mozdulatokra meglehetősen terhet róhat a terapeutára. Másik nehézségnek tekinthető tényező a viszonylag magas óraszám. Az alapozó terápia fejlődéstani szemléletéből adódik, hogy terápiás regresszióval dolgozik. A regresszió a terápia hatékonyságának jele. Ekkor a gyermek egy, az életkoránál alacsonyabb fejlődési szintre lép vissza. Tünetei : a gyermek viselkedésében lelkileg visszatér egy már elhagyott -pl. ujjszopás, átmeneti tárgy használata - életkorának sajátosságaira. A terápiás regresszió a beszédben nemcsak a tünetek szintjén (dadogás, selypítés) jelentkezhet, hanem akár a „Mi ez?” „Miért, miért...?” kimaradt beszédfejlődési fázisok is visszatérhetnek. A regresszió normális folyamat, a fejlődésben gyökerezik, és az alkalmazkodást szolgálja (Martonné Tamás, 2002).

TSMT terápia

A TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) és HRG (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika) módszerek az 1990-es években Magyarországon újító szerepre tettek szert a mozgásfejlesztés területén. Az elmúlt három évtizedben ezek a módszerek számtalan családnak nyújtottak segítséget a gyermekek fejlődési késéseinek kompenzálásában. Lakatos Katalin PhD, a módszerek kidolgozója, aki az eltérő fejlődésű gyerekek terápiás ellátása céljából fejlesztette ki eljárását. A TSMT fejlesztések alapvető célja a hiánypótlás, felzárkóztatás, hogy a kéreg alatti szabályozás megrekedt érési folyamatait, mint például a csecsemőkori reflexek, vagy az izomtónus szabályozás, rendezze. Másodlagos célja a jobb hallás-és feldolgozás kialakulása. Lakatos Katalin szerint a végrehajtó funkciókat is lehet aktív feladatok gyakorlásával fejleszteni, orvosolni (Papp, 2020).

Ez a módszer olyan gyerekekre fókuszál, akiknek sérült idegrendszere van, eltérő fejlődést mutatnak, vagy tanulási, viselkedési vagy mozgásproblémákkal küzdenek. A terápia történhet egyéni (TSMT-I) vagy kiscsoportos (TSMT-II.) formában. Ajánlott korosztály 3 hónapos kortól 14 éves korig. A TSMT-módszer olyan fejlesztő rendszer, amely regressziós szemlélettel és neuro- és szenzomotoros vizsgálatokkal dolgozik. Széleskörű fejlesztő feladatokat tartalmaz, és speciális eszközöket használ. TSMT-I. segédeszközei a következők: gördeszka, pléd, édesanya teste, billenő lap, különböző méretű labdák, hengerek, kuglik, karikák, kötél, hinták,

csúszda, dömper, zsámoly, gyűrű, gumiasztal. A TSMT mozgásos foglalkozások pozitív hatással vannak a gyerekek mozgására, és az idegrendszer érésének köszönhetően pedig javítják a feladattudatot, az utánzási képességet, a többcsatornás figyelmet, a térbeli tájékozódást, a testképet, az emlékezetet és a magatartásproblémákat. A TSMT-módszer alkalmazásával az organikus éretlenség csökkenthető vagy megszüntethető, és a fejlődési eredmények hosszú távon is megerősíthetők. (MPPPPOT honlapja, 2024).

A terápia a következő tünetekre javasolt:

- megkésett pszichomotoros fejlődés
- megkésett beszédfejlődés
- megkésett mozgásfejlődés
- mozgáskoordinációs nehézség
- izomtónus eloszlási zavar
- hiperaktivitás
- figyelemzavar
- iskolaéretlenség
- viselkedési vagy beilleszkedési nehézségek
- részképesség gyengeség, tanulási problémák
- autizmus spektrum zavar
- önértékelési zavar, szorongás

(MPPPPOT honlapja, 2024).

A TSMT várható eredményei lehetnek:

- nagymozgások, finommozgások és a beszédmozgások javulása
- a beszéd beindulása
- a megértési, emlékezeti és tanulási folyamatok fejlődése
- feladattudat, feladattartás létrejötte, javulása
- beilleszkedési, alkalmazkodási képesség kibontakozása
- norma-és követelményrendszerek elfogadása (Papp, 2020).

3. Kutatás bemutatása

3.1. Kutatás célja

Kutatásom célja annak feltérképezése, hogy az ADHD-val küzdő gyermekek szülei számára mely tünetek a legbosszantóbbak. Elemzésem során szeretném feltárni azt, hogy a mozgásterápiák mennyire ismertek a szülők körében, a számos terápiás lehetőség közül melyeket próbálták már ki és melyiket tartják a leghatásosabbnak. Kíváncsi voltam arra, mely területeken tapasztaltak pozitív változást a mozgásterápiának köszönhetően. Mit gondolnak, a csecsemőkori reflexek fennmaradása mennyire befolyásolta gyermekük mozgásfejlődését.

3.2. Kutatási kérdések

A szakirodalom tanulmányozása után az alábbi kutatási kérdések kerültek megfogalmazásra:

1. Az ADHD-val küzdő gyermekek szülei melyik jellemző tünetet tartják a legzavaróbbnak gyermeküknél?
2. Milyen terápiás lehetőségeket próbáltak ki vagy alkalmaznak hosszabb ideje az aktivitás és figyelemzavarral küzdő gyermeknél a szülei?
3. Melyik terápiás módszert tartják a leghatékonyabbnak a szülők az ADHD-val küzdő gyermekek számára?
4. Milyen arányban jellemző az ADHD-val küzdő gyermekeknél a csecsemőkori reflexek fennmaradása?

3.3. Kutatási módszer bemutatása

A szakirodalom a kutatási módszerek két fajtáját különbözteti meg: a mennyiségi vagy kvantitatív kutatást és a minőségi vagy kvalitatív kutatást. A kvantitatív kutatás alapja a számszerűsítés, a legáltalánosabb formája pedig a kérdőíves felmérés. A mennyiségi kutatás előnye, hogy gyorsan nagy mennyiségű információhoz juthatunk, megalapozott következtetéseket vonhatunk le, és az eredmények könnyen értelmezhetők, feldolgozhatók. A kérdőíves felmérés egy rövid, lényegre törő, általánosított kérdésekből álló írásos kutatási

módszer. Ezen előnyök miatt döntöttem úgy, hogy a saját kutatásom alapját én is a kérdőíves módszer mellett tegyem le. Kérdőívem a google forms segítségével készítettem, amely egy viszonylag egyszerű űrlapkészítő alkalmazás. A használata teljesen ingyenes, regisztráció sem szükséges hozzá, csak egy google fiók. Nagy előnye, hogy magyar nyelven is elérhető. Az elkészült kérdőívem linkjét a közösségi média meghatározott csoportjaiban osztottam meg. Mivel nem szakembereknek készült a kérdőív, ezért ügyeltem az egyszerű megfogalmazásra és az idegen szavak, kifejezések kerülésére. A kérdőívben összesen 37 kérdést tettem fel, az elején demográfiai kérdések szerepeltek, a további kérdéseket az alábbi 4 terület köré csoportosítottam (Kontra, 2011):

- ADHD tünetei
- ADHD terápiás lehetőségei, intézményi ellátások jellemzői
- Mozgásterápiák, sporttevékenységek
- ADHD-s gyermek a közösségben

A kérdőívben többfajta kérdéstípust alkalmaztam: nyílt kérdéseket, melyekben a kitöltők a saját szavaikkal válaszolhattak, zárt kérdéseket, amikor a válaszadó meghatározott válaszlehetőségek közül választott, illetve félig zárt kérdéseket is, melyek esetén a válaszlehetőségeket az „egyéb” opcióval zártam. Az értékelési skála típusú válaszlehetőségeket is többször használtam. Ügyeltem arra, hogy a kérdőív kitöltőinek érdeklődését fenntartsam, amit a változatos technikákkal is próbáltam elérni.

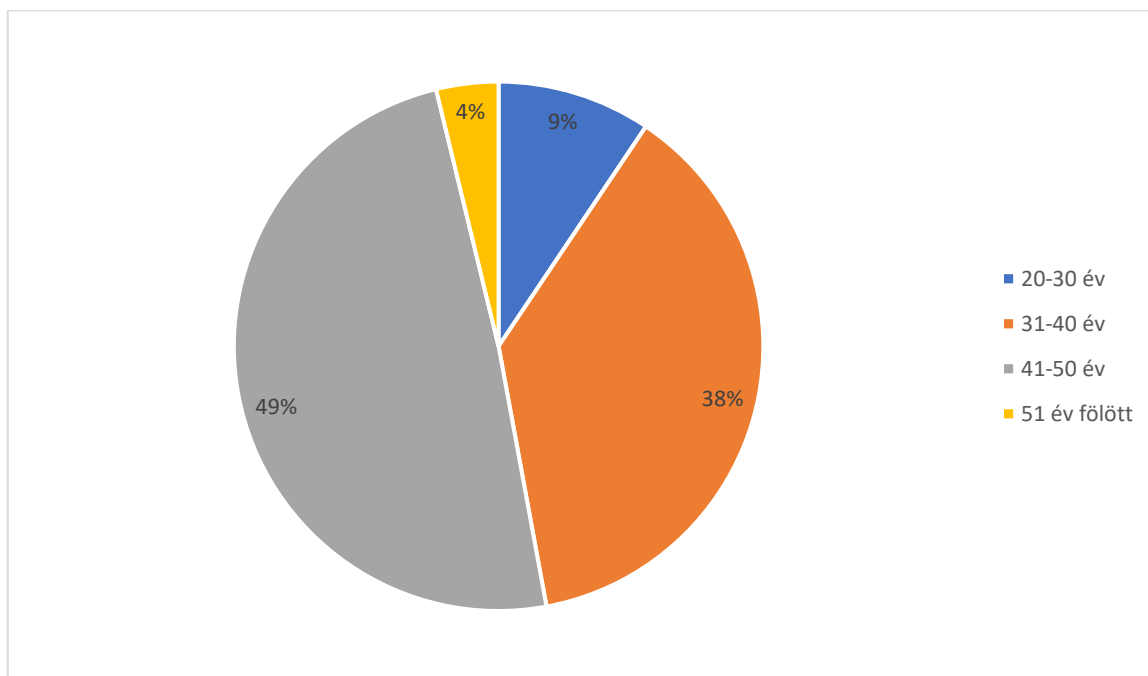
3.4. A minta bemutatása

Az online készült kérdőívem linkjét a közösségi média általam kiválasztott csoportjaiban osztottam meg: „ADHD-s gyerekek szülei”, az „ADHD-s a gyerekem” illetve az „SNI-s és BMTMN-s szülők csoportja”. A célom az volt, hogy olyan felnőtteknek juttassam el a kérdőívet, akik ADHD-s gyermeket nevelnek, hiszen az általam feltett kérdésekre ők tudnak hiteles válasszal szolgálni. Mivel becslések szerint az általános iskolások között a 5-7 %-t is elérheti az érintettek aránya, bíztam a magas kitöltöttségi számban. A legtöbb válaszadó a közel 15 ezer tagot számláló „ADHD-s gyerekek szülei” csoportból került ki, melynek érintett szülőként én is tagja vagyok. A csoportok közül ez tekinthető a legaktívabbnak. A tagok rendkívül segítőkészek, rendszeresen osztanak meg a személyes tapasztalatokat mellett, tudományos cikkeket, könyvajánlókat. Összesen 53 fő töltötte ki a kérdőívemet. A legaktívabb

válaszadóknak a 40 év felettiiek bizonyultak. A kitöltők többsége felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezik (62%). Lakóhely tekintetében pedig közel azonos arányú volt a városiak és a községben élő kitöltők száma.

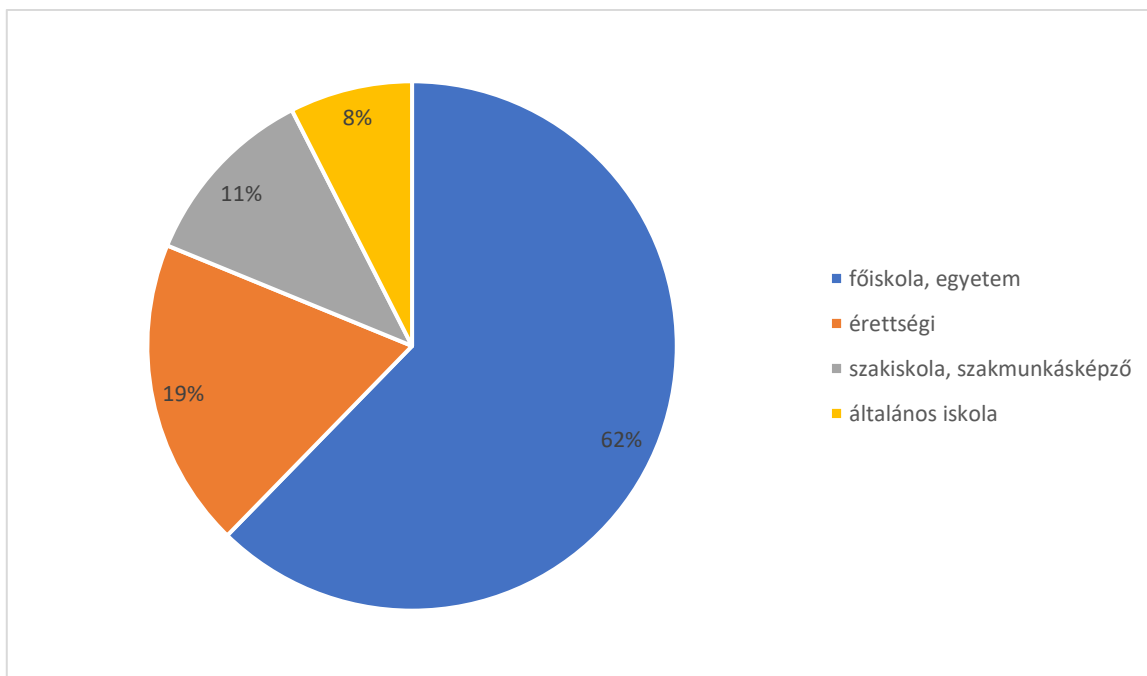
3.5. Kutatási eredmények ismertetése

A beérkezett 53 db kérdőív alapján bemutatom kutatásom eredményeit. A következőkben a kitöltők demográfiai adatainak összesítése történik.



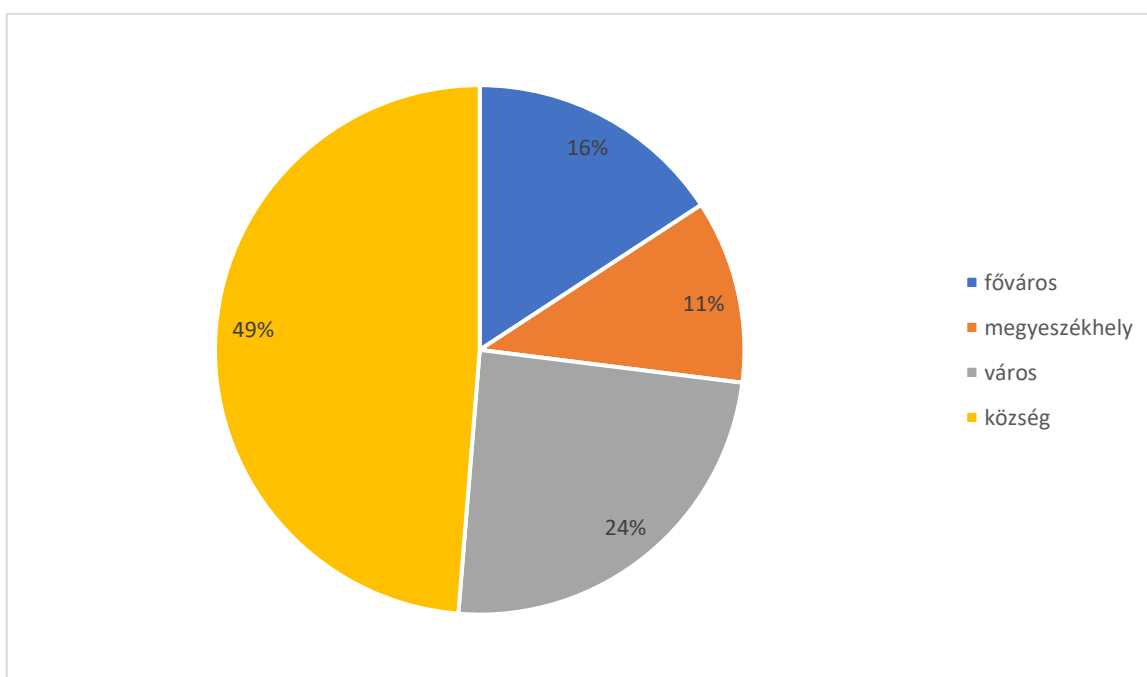
1. ábra: A válaszadók életkor szerinti megoszlása (forrás: saját szerkesztés)

A válaszadók közel fele, vagyis 49,1 %-a 41-50 év közötti, 37,7 %-uk a 31-40 éves, a legfiatalabb korosztály 9,4 %-t tesz ki, míg a legidősebbek, az 51 év feletti kitöltők száma a legcsekélyebb, 3,8 %. Tehát a legaktívabb válaszadóknak a 40 év felettiiek bizonyultak. Ebből arra lehet következtetni, hogy a 40 év körüli nőknek van jelenleg olyan életkorú ADHD-s gyermeke, akik még aktív támogatást igényelnek, ezért a szülők jellemzően tagjai valamely támogató csoportnak. Hiszen a kérdőívet ezekben a csoportokban osztottam és innen érkezett a kitöltött kérdőívek túlnyomó többsége is.



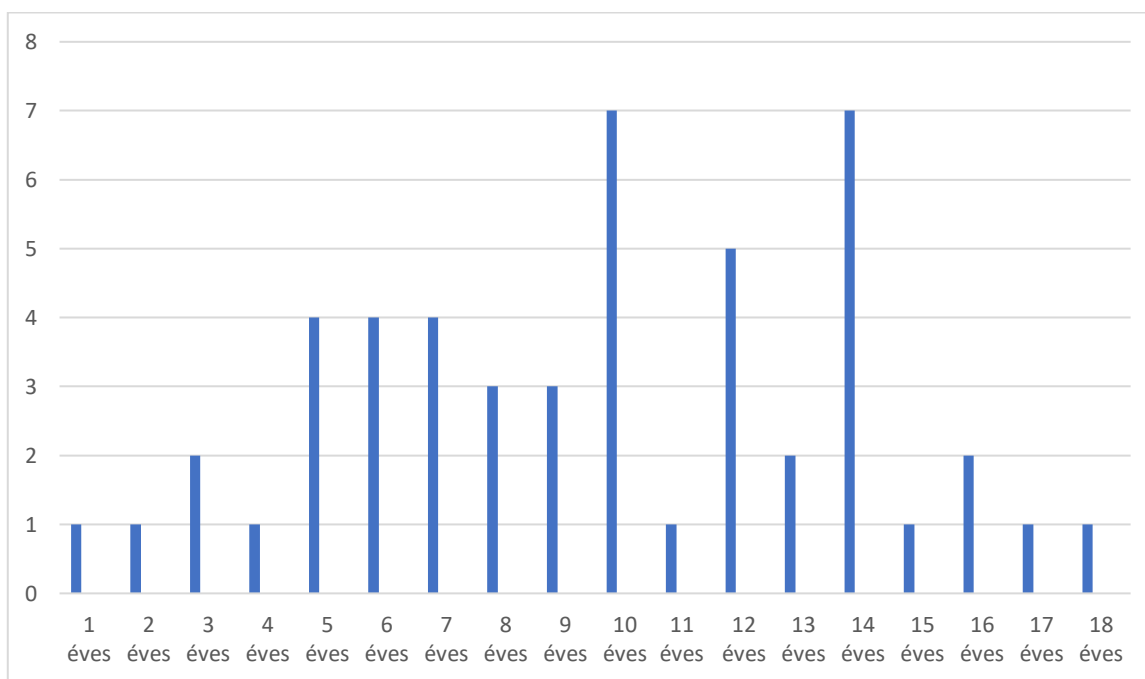
2. ábra: A válaszadó szülők legmagasabb iskolai végzettsége (forrás: saját szerkesztés)

A kérdőív kitöltőinek többsége felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, 62, 9% érettségizett, míg szakmunkás bizonyítvánnyal 11, 3 %-uk rendelkezik. A válaszadók csupán 7,5 %-ának a legmagasabb iskolai végzettsége az általános iskola. Az adatok alapján arra lehet következtetni, hogy a főiskolai végzettséggel rendelkező szülők szívesebben vesznek részt kérdőívek kitöltésében, valószínűleg annak reményében, hogy a kutatások által élesebb képet kaphatnak az ADHD kórképéről.



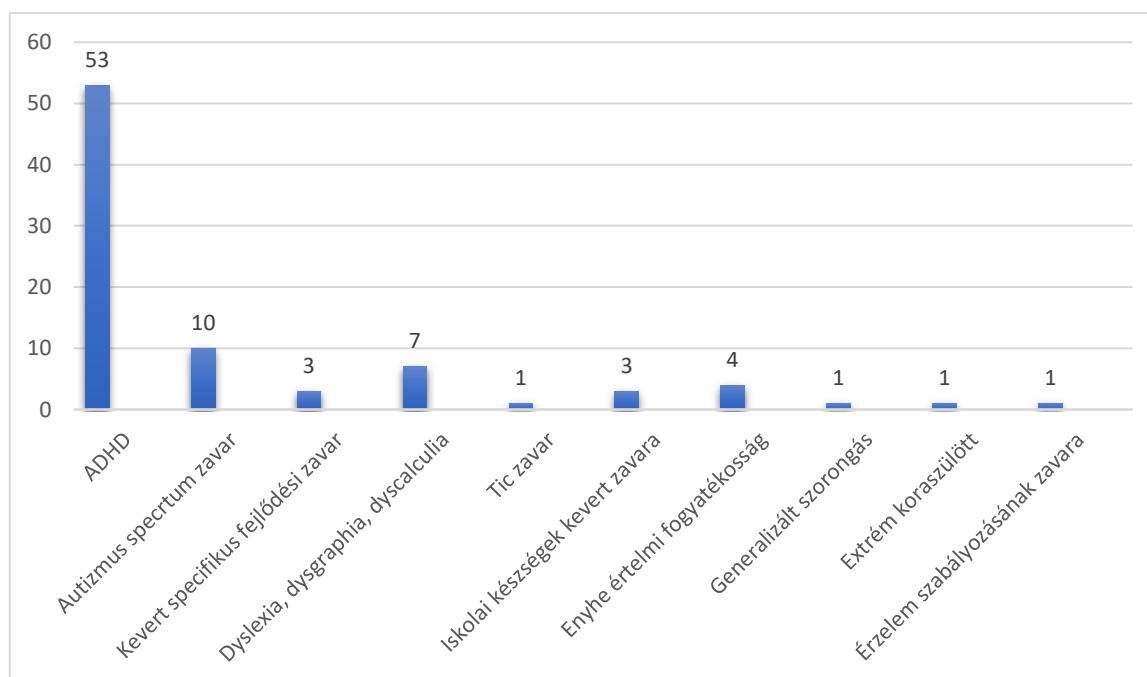
3. ábra: Lakóhely közigazgatási besorolása (forrás: saját szerkesztés)

A kitöltők közel fele községben lakik, a városlakók a válaszadók 24 %-át teszik ki, míg a fővárosiak a 16%-ot. A megyeszékhelyi lakosok 11%-ot mutatnak. Az eredményt meglepőnek találom, mivel arra számítottam, hogy a városi kitöltők lesznek többen. Mivel a városokban több a lehetőség a megfelelő intézmény kiválasztására, illetve a megfelelő terápiás eljárások, szakemberek: gyógypedagógusok, orvosok, pszichológusok, pszichiáterek is elérhetőbbek, szemben a falvakkal.



4. ábra: Gyermek életkora (forrás: saját szerkesztés)

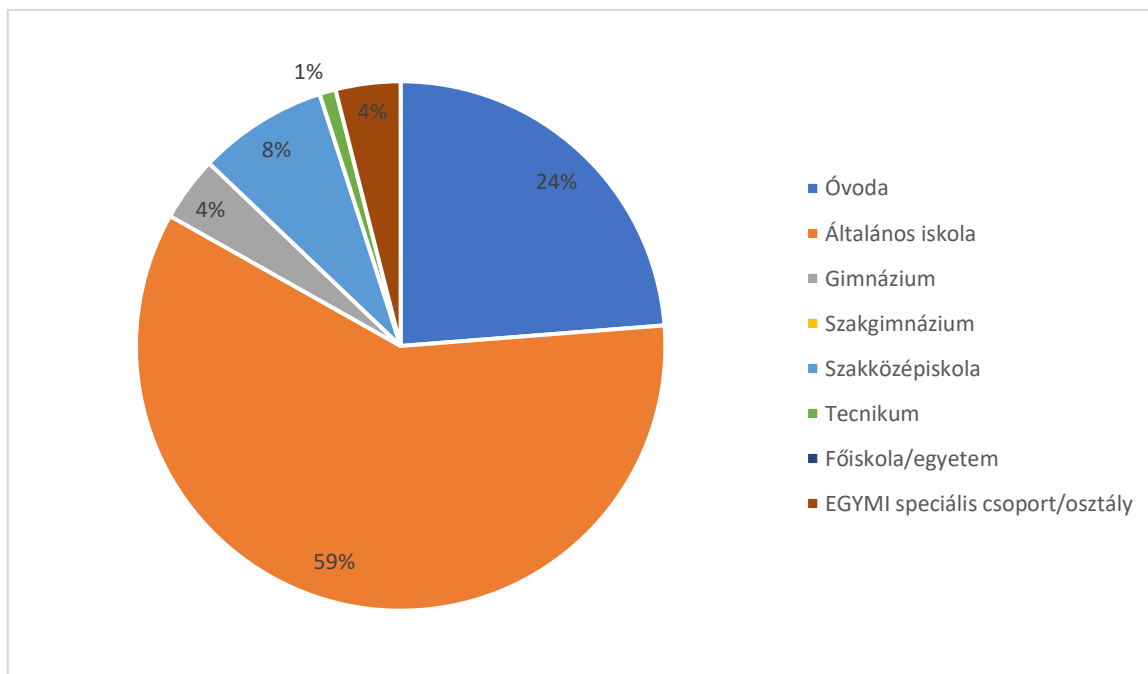
A válaszadó szülők többségének az ADHD-val érintett gyermeke 10 illetve 14 éves. A 3 év alatti gyermekek száma 2 fő, az óvodás korosztályt 11 fő alkotja (3-6 évesek). Az általános iskola alsó tagozatosainak száma 18, felsősök 15, míg a középiskolás korosztály (15-18 évesek) 5 fő. A kérdőívet kitöltő szülők fele a 41-50 éves korosztályból került ki, valószínűsíthető, hogy az ő gyermekeik jelenleg az általános iskola alsó tagozatának diákjai.



5. ábra: Megjelenő komorbid tünetek az ADHD mellett (forrás: saját szerkesztés)

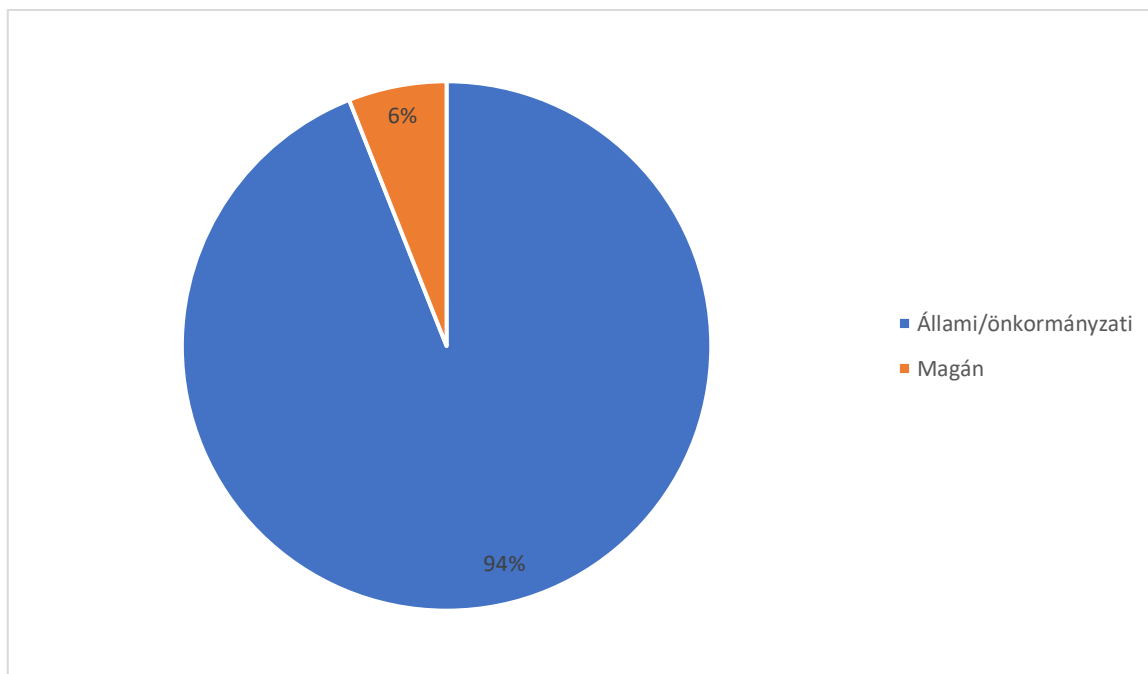
Az esetek kétharmadában iskoláskorú gyermekeknél az ADHD mellett legalább egy, de akár több társuló zavar is megjelenhet. Ezek lehetnek oppozíciós magatartászavar, tik zavarok, viselkedési zavar, szorongás, 30-50%-nál tanulási zavarok jelentkeznek az olvasás, írás és matematika terén is (Balázs, 2022).

A diagramm jól mutatja itt is, hogy a gyermekek ADHD diagnózisa mellett gyakori – közel 20 %- az autizmus spectrum zavar megléte illetve a dyslexia, dysgraphia, dyscalculia fennállása is. Az enyhe értelmi fogyatékoság 4 gyermek esetén, míg a kevert specifikus fejlődési zavar és az iskolai készségek zavara 3-3 gyermek esetén áll fenn. Ezek mellett megjelent még a tik zavar, a generalizált szorongás és az érzelemszabályozásának zavara is.



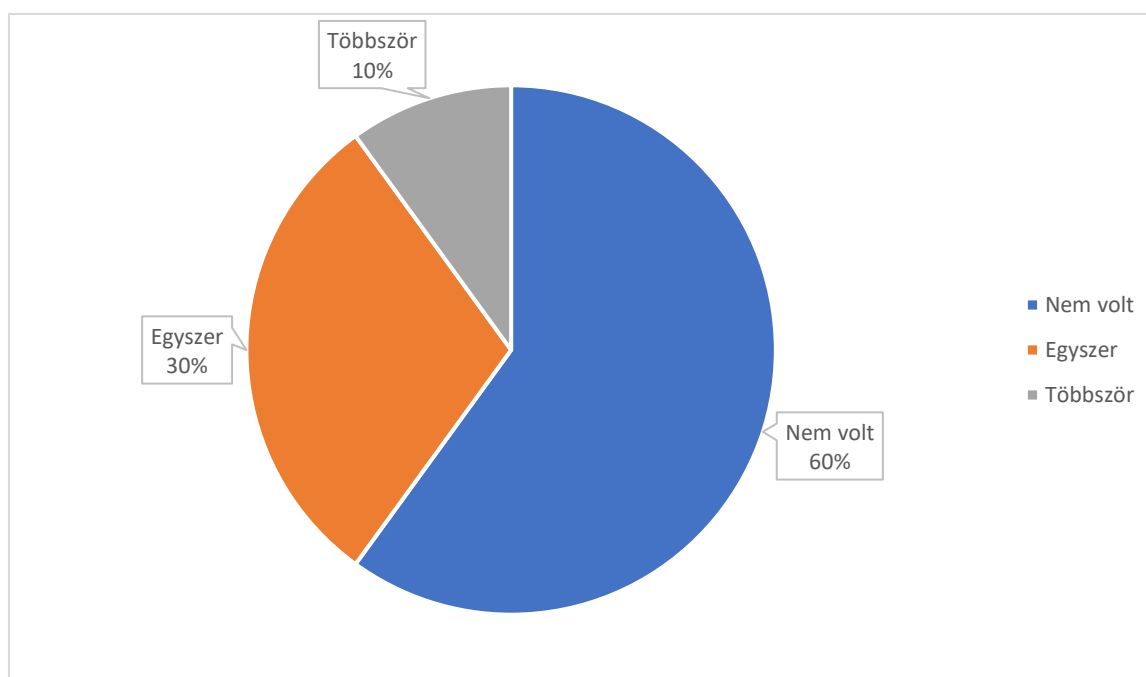
6. ábra: Gyermek által látogatott intézmény (forrás: saját szerkesztés)

A válaszadó szülők 59 %-ának a gyermeke általános iskolába jár, 24 % pedig óvodába. Szakközépiskolában 8% tanul, míg gimnáziumban és EGYMI-ben 4-4%. Az óvodások számának alacsony aránya háttérben az állhat, hogy ekkor még nem kap diagnózist a gyermek, jellemzően az iskolás évek alatt válnak hangsúlyossá vagy felismerhetővé a tünetek. A legtöbb integrációban vannak jelen, az EGYMI-kben pedig valószínűleg azok kapnak helyet, akiknek egy/több komorbid tényezője is fennáll, gyaníthatóan főleg az ASD miatt.



7. ábra: Köznevelési intézmény fenntartója (forrás: saját szerkesztés)

Az intézmények jelentős többsége, azaz 94 %-a állami/önkormányzati fenntartású és csupán csekély, 6 %-a az intézményeknek magán, ahol az ADHD-s gyermekek tankötelezettségüket teljesítik. Ezek az adatok szerint a válaszadó szülők (53 fő) egyikének sem jár a gyermeke egyházi vagy nemzetiségi önkormányzat által fenntartott intézménybe. A magán intézmények alacsony száma betudható annak is, hogy jellemzően nem integrálnak sajátos nevelési igényű gyermekeket, másrésről viszont amiért itt mégis 6 %-ban jelen vannak betudható annak a sajnálatos hozzáállásnak is, ami a köznevelési intézmények esetén jellemző, hogy a „problémás” ADHD-s gyermekeket eltanácsolják, így a szülő kénytelen akár magánintézménybe íratni gyermekét.



8. ábra: Intézményváltások száma (forrás: saját szerkesztés)

A Pető-Ceglédi páros 2012-ben vizsgálta a magyar pedagógusok attitűdjét a sajátos nevelési igényű diákokkal és tanításukkal kapcsolatban. A vizsgálatban résztvevő pedagógusok saját ismereteiket gyenge átlagosra ítélték. A megkérdezettek többsége tapasztalatlannak vallotta magát, vagy kevés tapasztalattal rendelkezőnek az SNI-vel kapcsolatban (Pető - Ceglédi , 2012). Az ADHD-s gyermekek rehabilitációs fejlesztését gyógypedagógus végzi, de a köznevelési intézményekben nevelésük, oktatásuk a többségi pedagógus feladata. Ezért kifejezetten indokolt, hogy ő is rendelkezzen megfelelő ismerettel az ADHD-val kapcsolatban. Azt gondolom, hogy hiába gyakori (és egyre gyakoribb) ezen diagnózisokkal rendelkező gyermekek léte az intézményekben, az ott dolgozó pedagógusok nem rendelkeznek kellő tudással az ő nevelésükkel kapcsolatban. A megfelelő módszertani ismeretek hiánya jellemzi őket. Pedig nem kell nagy dolgokra gondolni: szünetek beiktatása, rövid feladatok, mozgás engedélyezése, gyakori visszacsatolás, mind- mind segíthetik az ADHD- s gyermekek mindennapjait az intézményekben. A pedagógusok részéről több empátiára, nagyobb elfogadásra és kreativitásra lenne szükségük. Ez lehet az egyik legfőbb oka annak, hogy a válaszadó szülők ADHD-s gyermekének 40 %-ának kellett legalább egyszer intézményt váltania különböző okok miatt, ebből 10 %-nak akár többször is. A gyermekek 60 %-ának ezt sikerült elkerülni. A másik oknak a tanuló társak és szüleik hozzáállását látom. A bármilyen

módon az átlagostól eltérő gyermekek kirekesztése, ellehetetlenítése már egészen korán megjelenik az iskolákban.



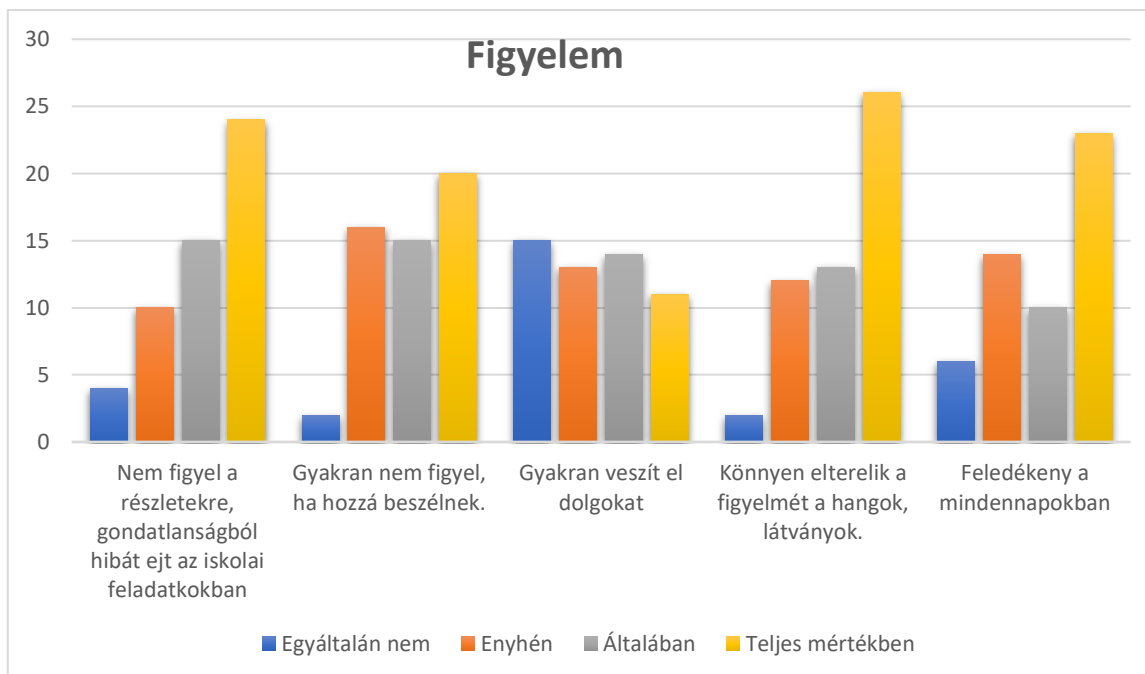
9. ábra: Tankötelezettség teljesítése (forrás: saját szerkesztés)

A tankötelezettséget az ADHD-s gyerekek jelentős többsége minden napos intézménylátogatással teljesíti, és csupán 4%-uk tanul egyéni tanrenddel. A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 45 § (5) szerint a tankötelezettség iskolába járással teljesíthető. Ha a tanuló egyéni adottsága, sajátos helyzete indokolja, és a tanuló fejlődése, tanulmányainak eredményes folytatása és befejezése szempontjából előnyös, a tankötelezettség teljesítése céljából határozott időre egyéni munkarend kérelmezhető. A köznevelési intézményekben a szülő/gyám kérésére az Oktatási Hivatal engedélyezi az egyéni munkarendet. Egyéni munkarendben a tanuló mentesül a kötelező tanórai és egyéb foglalkozásokon való részvétel alól, felkészítéséről a szülő gondoskodik, és a tanuló egyénileg készül fel. A félévi és tanév végi osztályzatainak megállapításához az iskolában osztályozó vizsgát kell tennie valamennyi tantárgyból. (Oktatási Hivatal) Azt gondolom, hogy a közösségi lét kifejezetten fontos minden életszakaszban, de létezhet olyan sajátos helyzet, amelyben valóban az egyéni munkarend a megoldás. Ha viszont a köznevelési intézmény kényszeríti ki a szülőtől ezt a kérelmet, akkor nem a gyermek érdekei az elsődlegesek és attól tartok ebben a 6 %-ban ez is benne foglaltatik.



10. Ábra: ADHD tüneteinek észlelése (forrás: saját szerkesztés)

Az ADHD tüneteinek bizonyos mértékben egy adott életkorban minden gyermeknél fellelhetők. Kórosnak mégis akkor tekinthetők, amikor a problémás viselkedés az adott helyzetben túlzott mértékben vagy nem odaillő módon fordul elő, korlátozza a gyermek teljesítményét, kapcsolatira is negatívan hat (Cseri - Mohácsi, 2018). Az ADHD tüneteinek a szülők többsége egészen korai életszakaszban észlelik: többen írták, hogy már csecsemőként is „nehéz” baba volt gyermekük. Az óvodába kerülés előtt már a szülők 45%-a észreveszi gyermeke eltérő fejlődését. Közel ugyan ennyien akkor vették észre a jellemző tüneteket, mikor gyermekük közösségbe került, vagyis az óvodai évek alatt. Az iskolába kerülés szintén egy kritikus időszak, a szülők 10 %-a adta válaszul ezt az életévet. A kor előrehaladtával a tünetek enyhülnek. Serdülőkorra a nagymotoros területeken a hiperaktivitás nagymértékű csökkenése figyelhető meg, a nagy izmok helyett a hiperaktivitása a kis izmokra tevődik át, ez pedig már kevésbé látványos.

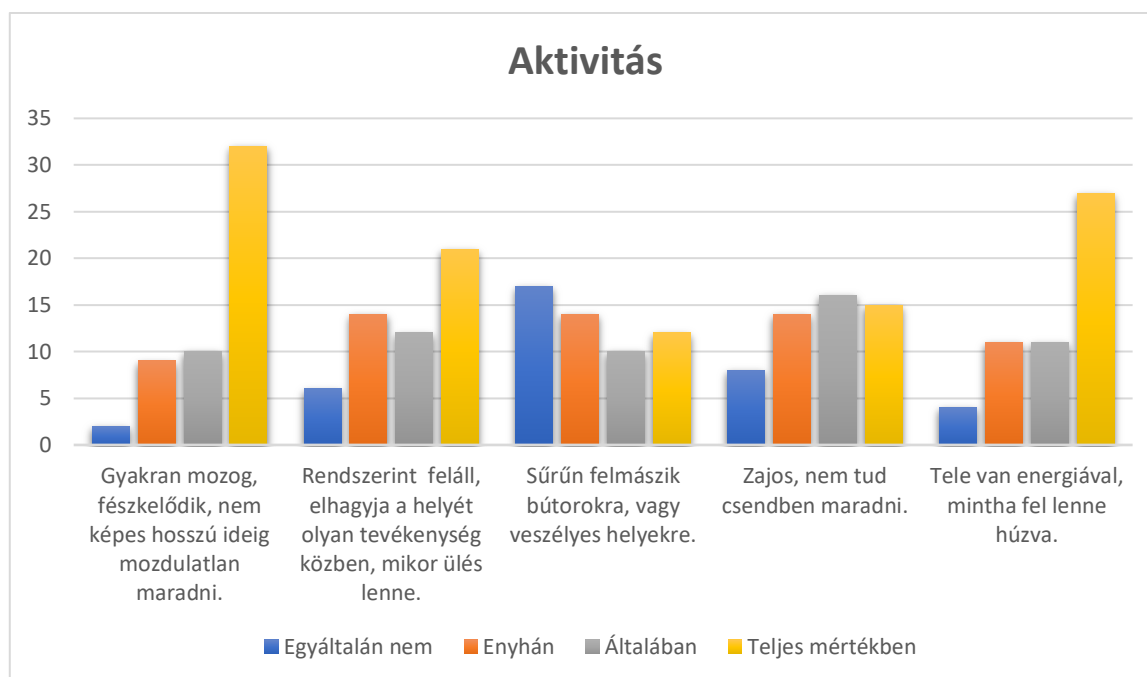


11. ábra: Tünetek-figyelem (forrás: saját szerkesztés)

A figyelmi tünetek közül a „könnyen elterelik a figyelmét a hangok és látványok” toronymagasan vezet a többi előtt. A szakemberek az ADHD 3 típusát különböztetik meg attól függően, hogy mely tünetek jelennek meg hangsúlyosabban a gyermek viselkedésében. Az egyik az „izgága” típus, akire igazából a hiperaktív, figyelmetlen és impulzív tünetek egyformán jellemzők. A másik az „idegtépő” típus, akinél a figyelmetlenség kevésbé meghatározó, főként hiperaktív és impulzív. A harmadik az „álmodozó”, aki csak kis mértékben- vagy egyáltalán nem- hiperaktív és nem impulzív, hanem csak figyelmetlen (Ettrich - Murphy - Witt, 2015.).

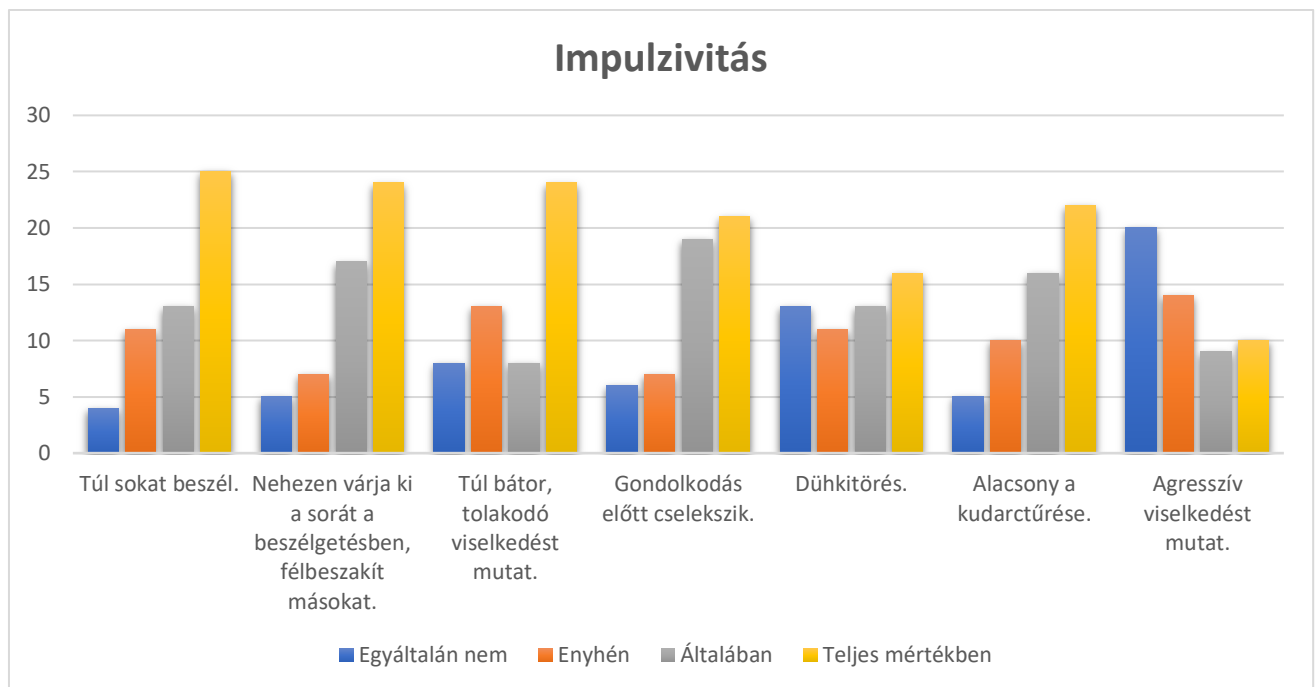
A DSM-5 és BNO-11 szerint meghatározott alcsoportok (Egészségügyi szakmai irányelv 2020.):

- Túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési forma: Ha az elmúlt 6 hónapra vonatkozóan kimeríti a figyelemhiány kritériumait, de a hiperaktivitás-impulzivitás kritériumait nem.
- Túlnyomórészt hiperaktív/impulzív megjelenési forma: Ha az elmúlt 6 hónapra vonatkozóan kimeríti a hiperaktivitás-impulzivitás kritériumait, de a figyelemhiány kritériumait nem.
- Kombinált megjelenési forma: Ha az elmúlt 6 hónapra vonatkozóan mind a figyelemhiány, mind a hiperaktivitás-impulzivitás kritériumait kimeríti.



12. ábra: Tünetek- Aktivitás (forrás: saját szerkesztés)

Az aktivitás tüneteinek közül a „gyakran mozog, fészkelődik, nem képes hosszú ideig mozdulatlan maradni” a legkiemelkedőbb tünet, amit a szülők tapasztalnak a gyermekük esetén. Becslések szerint az általános iskolások között a 5-7 %-t is elérheti az érintettek aránya, a fiúknál háromszor-négyszer gyakrabban fordul elő, mint a lányoknál. Ennek az is lehet az oka, hogy a fiúk tüneteinek zavaróbbak a környezetük számára, ami többnyire túlzott aktivitásban mutatkozik meg, míg a lányoknál a figyelemzavar dominál. Felnőtt korra ez a nemi különbség változik, 40 éves kor fölött pedig kiegyenlítődik (Egészségügyi szakmai irányelv, 2020.).



13.ábra: Tünetek-Impulzivitás (forrás: saját szerkesztés)

Az impulzív tünetek közül a „beszédkényszer”, a tolakodó viselkedés és az alacsony kudarc-tűrés jellemzi leginkább a válaszadók szerint gyermekeiket. Ahogy általában minden gyerek más, úgy az ADHD-s gyerekeknél is egyénileg eltérőek a tünetei. Az ADHD-s gyerekek viselkedése jellemezhető impulzivitással, spontaneitással és fegyelmezetlenséggel: cselekedeteiket általában gondolkodás nélkül, gyorsan hajtják végre, anélkül hogy előtte végig gondolnák. Az önuralom nem az erősségük, a késleltetés frusztrációt okoz számukra. Gyakran ingerlékenyek, hajlamosak felcsattanni, sőt, agresszívvá válni (Ettrich & Murphy - Witt, 2015.).

14. kérdés kapcsán arra kerestem a választ, hogy a szülők mely tüneteket tartják a legzavaróbbnak.

Erre a kérdésre a kérdőív kitöltői szöveges választ fogalmazhattak meg és több válaszlehetőséget is megadhattak. A válaszokat összesítve azt állapítottam meg, hogy a szülőket leginkább az impulzív tünetek zavarják. A legtöbben az agressziót és a dühkitöréseket írták. Többször megjelent a válaszok között a hiszti, illetve zavarónak tekintették még az alacsony kudarc-tűrést és a gondolkodás nélküli cselekvést. Úgy gondolom az alacsony kudarc-tűrésből fakad legtöbbször a hiszti vagy éppen a dühkitörés is. Az ADHD-s gyerekek zavaróan sokat beszélnek szüleik szerint, belevágnak mások beszédébe és oda nem illő dolgokat mondanak

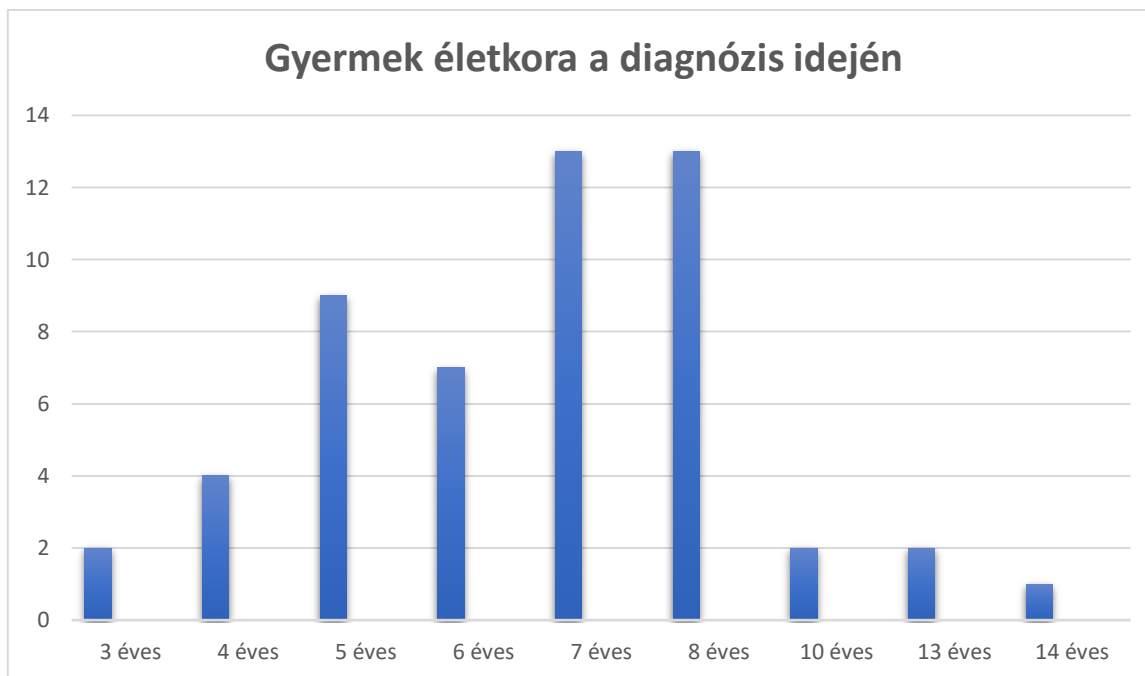
vagy éppen echolálnak. A figyelmi tünetek közül a szülők a „nem figyel, ha hozzá beszélünk-et” emelték csak ki, aktivitás tünetei pedig senkinél sem kerültek előtérbe.

15. kérdésben arra kerestem a választ, hogy a környezet, család, barátok mely tüneteket tartják a legzavaróbbnak.

A válaszlehetőségeket itt is szöveges formában fogalmazhatták meg a szülők. Véleményük szerint a környezet, családtagok és barátok szintén az impulzív tüneteket tartják a legzavaróbbnak, de itt leginkább a túl sok beszéd került előtérbe, ami sokszor nem odaillő, olyan témákban nyilvánul meg a gyermek, amihez nem ért. Folyton közbevág, nem hagy mást szóhoz jutni – akár hangosan beszél, ezzel is felhívva magára a figyelmet- és a beszédének se füle, se farka. Itt kiemelkedik az a tény is, hogy ezek a gyerekek nem tudnak megfelelően viselkedni a különböző helyzetekben és ezzel sokszor hozzák kellemetlen helyzetekbe a szüleiket. Az aktivitás területe volt a másik, amire több válasz érkezett, mégpedig az, hogy folyton mozgásban van a gyermek, egy percre sem ül le és állandóan pörög, zizeg.

16. kérdésben arra kerestem a választ, hogy az intézmény/pedagógus mely tüneteket tartja a legzavaróbbnak.

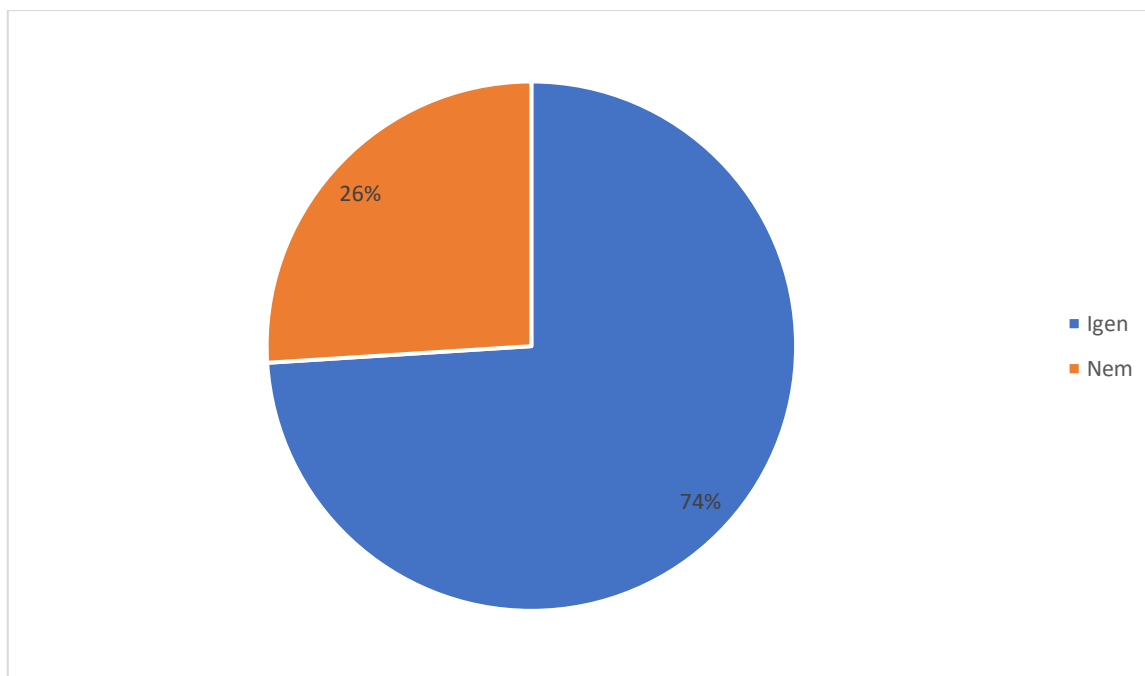
Az intézmény/pedagógus részéről már jóval szélesebb a skála a zavaró tünetek tekintetében a szülők szerint. Szöveges válaszukban az aktivitás terén kiemelték az óra zavarását, azt, hogy a gyermek állandó mozgásban van, feláll, és engedély nélkül elhagyja a helyét. A figyelem esetén kiemelkedő volt a figyelemhiány, feledékenység tünet megléte. Nagyon zavarónak tartják a pedagógusok, hogy a legapróbb ingerek is elvonják a tanuló figyelmét a feladatról, rendetlen a padja, táskája, illetve az iskolai felszerelései. A túlzott aktivitás mellett szinte ugyanolyan zavarónak ítélték, ha a gyermek inaktív az órán és azokra a dolgokra, amik nem érdeklik nehezen vehető rá. Impulzivitás terén agresszió jellemzi a gyermekeket az intézményekben, ami megnyilvánulhat trágár beszédben, társak piszkálásában és fizikai agresszióban egyaránt. A dühkitörések is jelen vannak a vezető zavaró tünetek sorában. A sok, felesleges vagy éppen hangos beszéd ugyanolyan zavaró itt is, mint a közvetlen környezetben vagy a családi színtereken.



14. ábra: Gyermek életkora a diagnózis idején (forrás: saját szerkesztés)

Hazánkban az ADHD diagnosztizálása két intézményrendszerben történik: az egészségügyi ellátórendszerben- a gyermekpszichiátriai szakambulanciákon, osztályokon- illetve a köznevelési rendszerbe tartozó tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokban. A két intézményrendszer között az átjárhatóság nincs szabályozva, így tehát a szülők együttműködésén múlik a vizsgálati eredmények megismerése a szakorvos, továbbá a bizottságok számára. (Szabó – Vámos, 2012.) A BNO-10. diagnosztikus rendszer szerint akkor állíthatjuk fel az ADHD diagnózist, ha a figyelmetlenség 9 tünetéből minimum 6, a túlzott aktivitás 5 tünetéből 3 és az impulzivitás 4 tünetéből legalább 1 fennáll és ezek minimum két élethelyzetben (pld otthon, és a köznevelési intézményben) megmutatkoznak, valamint a tünetek következtében már 7 éves kor előtt megjelenik funkcionális károsodás. A válaszadó szülők gyermekeink 25-25%-a- vagyis a fele- 7 illetve 8 évesen kapta meg az ADHD diagnózist, ami az általános iskola első és második osztálya. Ezt követően nagyfokú csökkenés figyelhető meg. A tünetek észlelése és a diagnózis felállítása között akár 3 év is eltelhet. A 10. ábra eredményei azt mutatják, hogy a gyerekek többségénél a szülők már a korai életszakaszokban észlelik a problémákat, de diagnózis felállítására általában 7-8 éves kor körül kerül sor. Ez betudható annak is, hogy a hazai protokoll nagyon alapos és körültekintő, de annak is, hogy az óvodákban a környezet sokkal elfogadóbb, mint az általános iskolákban. Az óvodai élet sokkal rugalmasabb, és az egyéni bánásmódra is több lehetőségük van az óvónőknek. Játékos formában, megfelelő pedagógusi attitűddel, pozitív hozzáállással ezek a gyermekek

kezelhetőbbek. Az inkluzív nevelésnek kiemelt fontossága van a sajátos nevelési igényű gyermekek esetén. Elfogadással, szeretetteljes odafordulással és a szülőkkel való partneri kapcsolat kialakításával sok szenvedéstől megkímélhetnénk az ADHD-s gyermekeket és családjaikat.



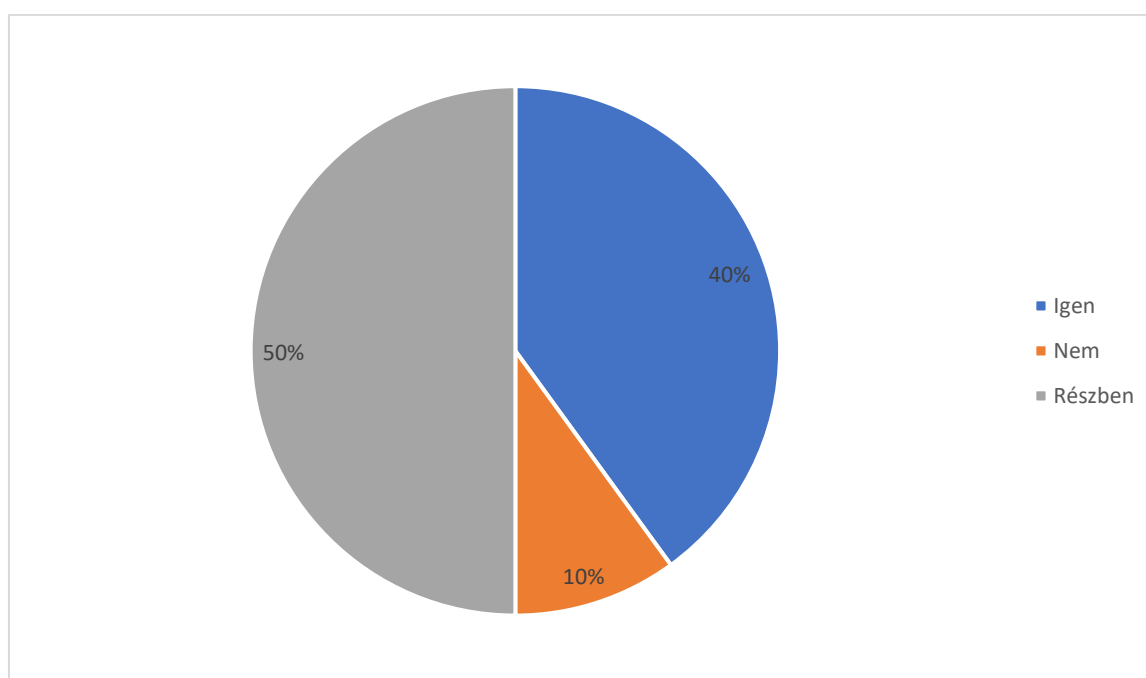
15. ábra: Az előírt fejlesztések biztosítása az intézményekben (forrás: saját szerkesztés)

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 17. §(1) szerint: a szakértői bizottság a szakértői véleményében tesz javaslatot a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére, az ellátáshoz kapcsolódó pedagógiai szakszolgálatok típusaira, a szükséges szakemberre és annak feladataira. A törvény 3. számú melléklete tartalmazza a szakértői vélemény elkészítésének szakmai követelményeit.

Örömteli adat, hogy a szakértői véleményben előírt fejlesztéseket a gyermekek 74 %-a megkapja a köznevelési intézményben, bár igazán a 100%-os eredmény lett volna a legideálisabb. Ez leginkább annak tudható be, hogy nagyon kevés a szakember (gyógypedagógus, még inkább pszichopedagógus) a szakszolgálatoknál, illetve kevés intézmény engedheti meg magának, hogy gyógypedagógust alkalmazzon teljes munkaidőben.

19. kérdésben arra kerestem a választ, hogy milyen fejlesztő, rehabilitációs célú foglalkozásokon vesz részt a gyermek az intézményben.

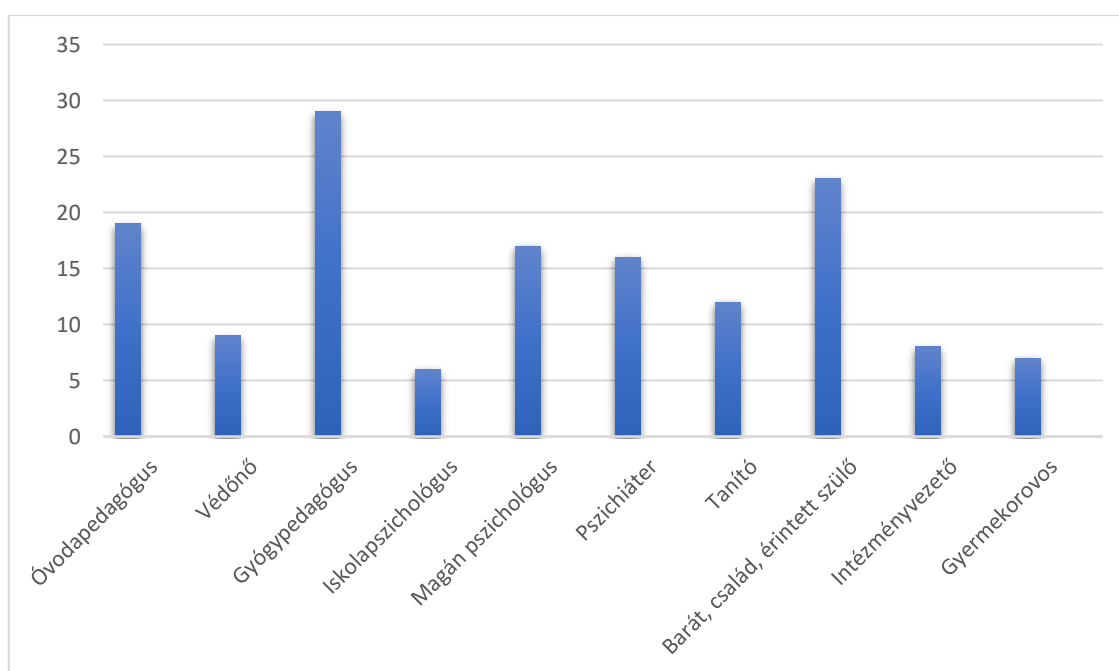
Erre a kérdésre a szülők szöveges választ fogalmazhattak meg. A fejlesztések igazán sokrétűek. A legtöbb gyermek heti 3 alkalommal gyógypedagógiai fejlesztésben részesül. Aki nem ilyen szerencsés, az csak heti 1 alkalommal jut hozzá. Többekkel foglalkozik logopédus és többen is járnak mozgásfejlesztésre (TSMT, alapozó terápia) Pszichopedagógus nagyon ritkán van jelen ezeken a fejlesztéseken, sőt volt, aki azt írta, hogy fejlesztőpedagógus vagy éppen pedagógiai asszisztens látja el gyermeke fejlesztését. Viselkedésterápiára és figyelemfejlesztő tréningre csak nagyon kevesen jutnak el a köznevelési intézményekben, pedig véleményem szerint az ADHD-val küzdő gyermekek számára ez lenne az elsődleges cél, és nem a tantárgyi megsegítés, korrepetálás.



16. Ábra: A szakértői véleményben megfogalmazott javaslatok figyelembevétele a nevelés-oktatás során (forrás: saját szerkesztés)

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza többek között a tanulásszervezési, módszertani, pedagógiai javaslatokat, továbbá a pedagógiai értékelésre, minősítésre vonatkozó javaslatokat (értékelés, minősítés alóli mentesítések). A kérdőívet kitöltő szülők fele szerint csak részben veszik figyelembe a

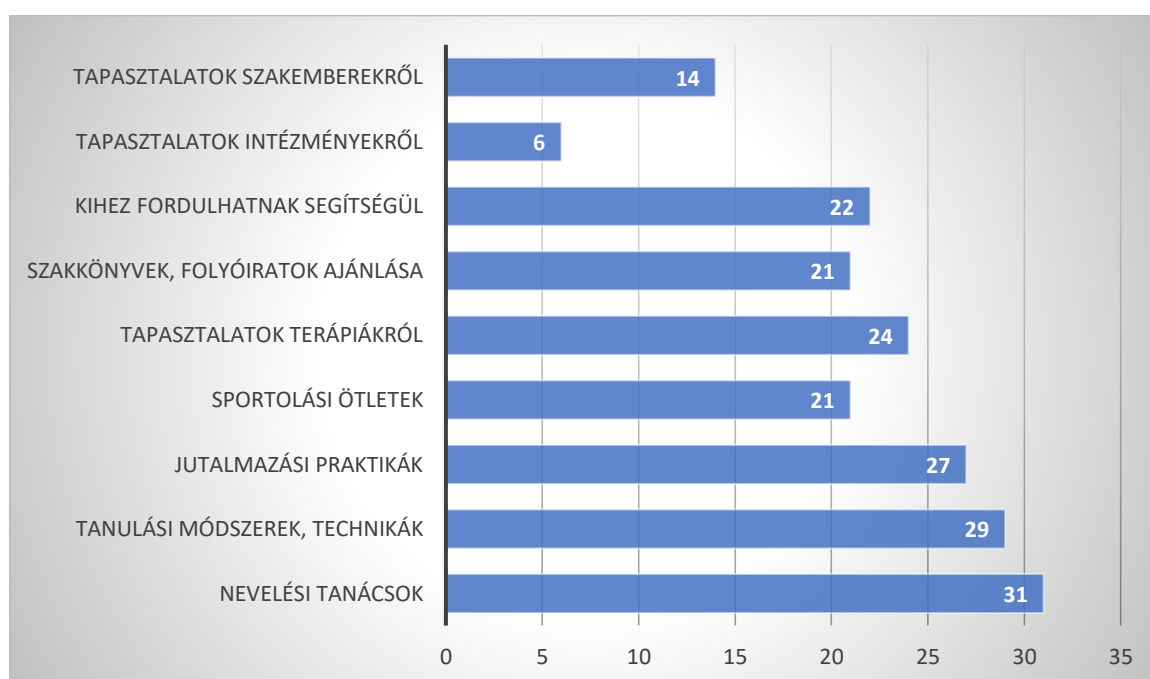
pedagógusok az intézményekben a szakértői véleményben megfogalmazott korrekciós, fejlesztési, tanulásszervezési javaslatokat, 10 % pedig egyáltalán nem is vesz róla tudomást. Ennek egyrészt az lehet az oka, hogy a rendeletben csak „javaslatként” jelennek meg ezek a gyermekek nevelése, oktatása szempontjából nélkülözhetetlen dolgok, nem pedig utasításként. Hiszen a javaslatot vagy figyelembe vesszük, vagy nem, de egy utasítás esetén ez már más mérlegelés alá esik. Másrészt pedig a pedagógusok módszertani kultúrájának elavultsága, a folyamatos fejlődés, megújulás igényének a hiánya okozhatja. Mindezek mellett az is előfordulhat, hogy nem ismeri minden pedagógus a tanuló szakértői véleményének tartalmát, pedig ez alapvető fontosságú lenne.



17. ábra: Segítő személye (forrás: saját szerkesztés)

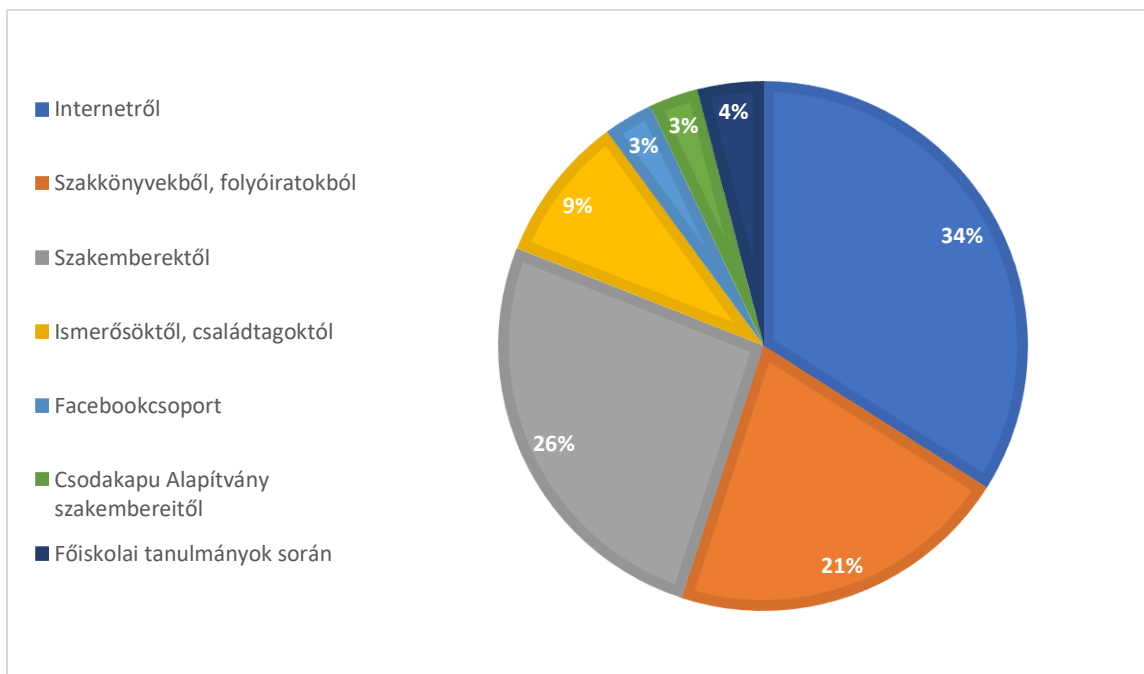
A megkérdezett szülők többsége gyógypedagógustól, illetve baráttól, családtagtól, érintett szülőtől kapta a legtöbb segítséget gyermekével kapcsolatban. Rajtuk kívül még az óvodapedagógusok és magán pszichológusok, illetve pszichiáter segítsége volt kiemelkedő. Sajnálatos módon az iskolapszichológust csak kevesen jelölték be. Azt gondolom, hogy ezeknek a gyermekeknek és szüleiknek nagyon nagy segítségére lehetne az intézményben elérhető pszichológus. Hiszen ő segíthetne akár rendhagyó osztályfőnöki óra keretében, hogy az osztályközösség elfogadóbb legyen azokkal a tanulókkal szemben, akik egy kicsit is eltérnek az átlagostól, de ő lenne az a kompetens szakember is, aki rendkívüli szülői értekezlet során

tájékoztatja a szülőket az atipikusan fejlődő gyermekek és szüleik nehézségeiről, így támogatva őket és érzékenyítve a többi szülőt. A 2011. CXC köznevelési törvény szerint az 500 főnél nagyobb intézményekben már egy főállású iskolapszichológus alkalmazása kötelező. Ám a szöveg csalóka. Nem egyedi eset, hogy az iskolapszichológusnak akár 9 faluba kell kijárnia, tehát még csak heti egy alkalommal sem tud megjeleni rendszeresen egy kisebb iskolában. Munkaidejének jelentős részét utazással tölti, és az iskolákban csupán pár órát van jelen. Ez igazán megnehezíti, hogy hatékony munkát végezzen és a szolgáltatását igénybe vevők- diákok, pedagógusok, szülők- érzékeljék a jelenlétét.



18. ábra: Segítség formája (forrás: saját szerkesztés)

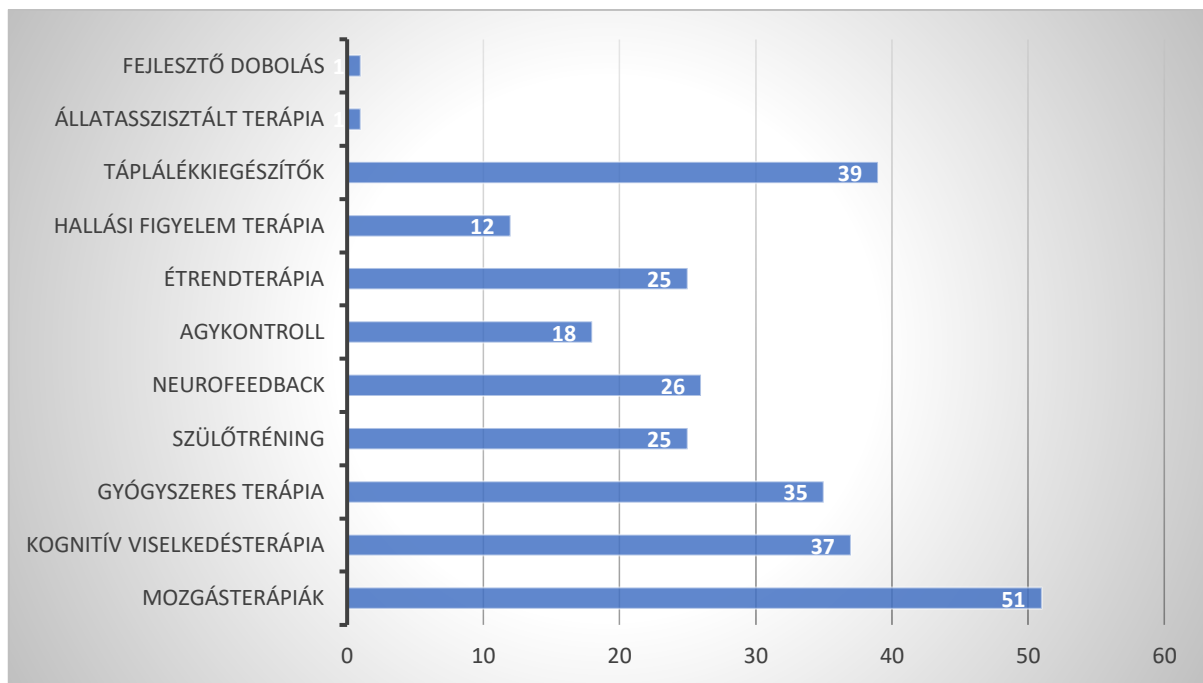
Legtöbb szülő nevelési tanácsokat kérve, illetve tanulási módszerek, technikák elsajátítása miatt vette igénybe mások segítségét. Mindezek mellett a jutalmazási praktikák ért el ebben a kérdésben magas pontszámot. Ezek alapján elmondható, hogy a szülők a mindennapi életüket nehezítő területek megoldására, mint például a nevelés, tanulás, jutalmazás, vártak bevált ötleteket, útmutatást.



19. ábra: Információforrás (forrás: saját szerkesztés)

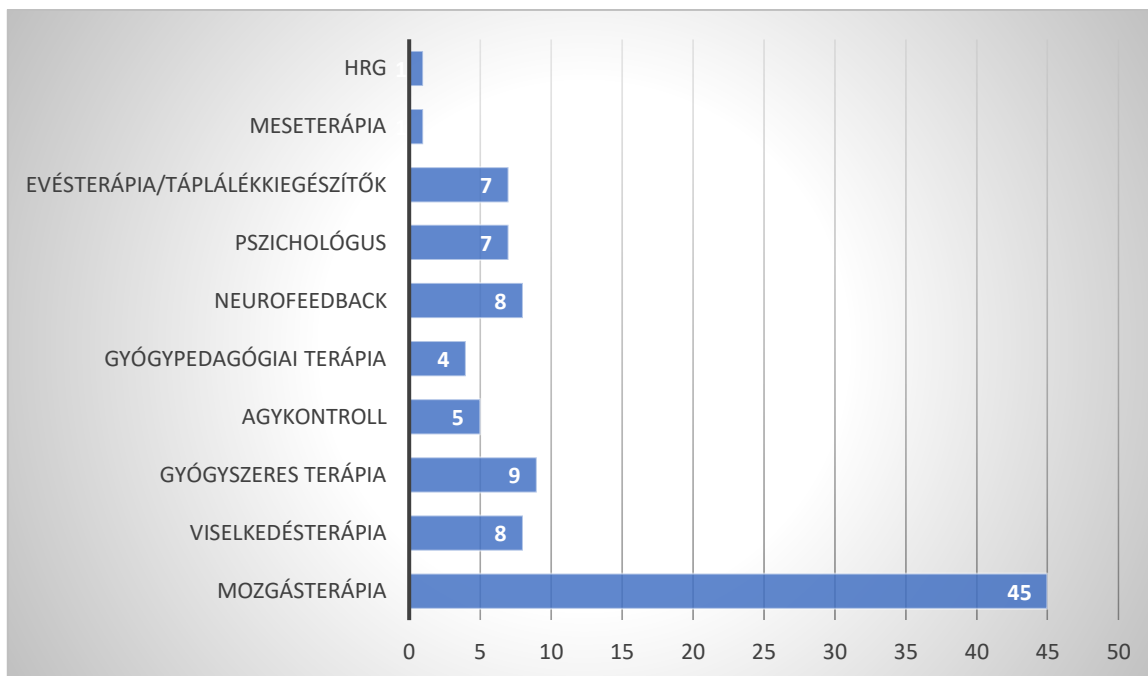
A következő kérdésben arra kerestem a választ, hogy honnan szerezték az érintett szülők a legtöbb és leghasznosabb információt.

A szülők a legtöbb információt egyértelműen az internetről szerezték be. Az internet mára az információszerzés és a kapcsolattartás egyik legfontosabb eszköze lett. De nem szabad megelégednünk a káros oldaláról sem, miszerint az információ szűrés nélkül özönlik felénk, és nem egyszerű kiválogatnunk a számunkra hasznos és nem utolsó sorban valós tényeket az alaptalanoktól. Sokszor olvashatunk egymásnak ellentmondó adatokat, a valóságtól elrugaszkodott, szürreális dolgokat. Gyakran úgy keressük a tudományosan megalapozott ismeretet, mint a tűt a szénakazalban, a rengeteg értéktelen információ között. Ilyenkor fontos, hogy legyen kihez fordulnunk: szerencsére a válaszadók 26 %-a ilyenkor szakembert keres fel, aki képes útmutatást adni, illetve megfelelő szakirodalmat ajánlani, ahol kutakodhatunk tovább a minket érdeklő, érintő témában.



20. ábra Szülők által ismert terápiák az ADHD kapcsán (forrás: saját szerkesztés)

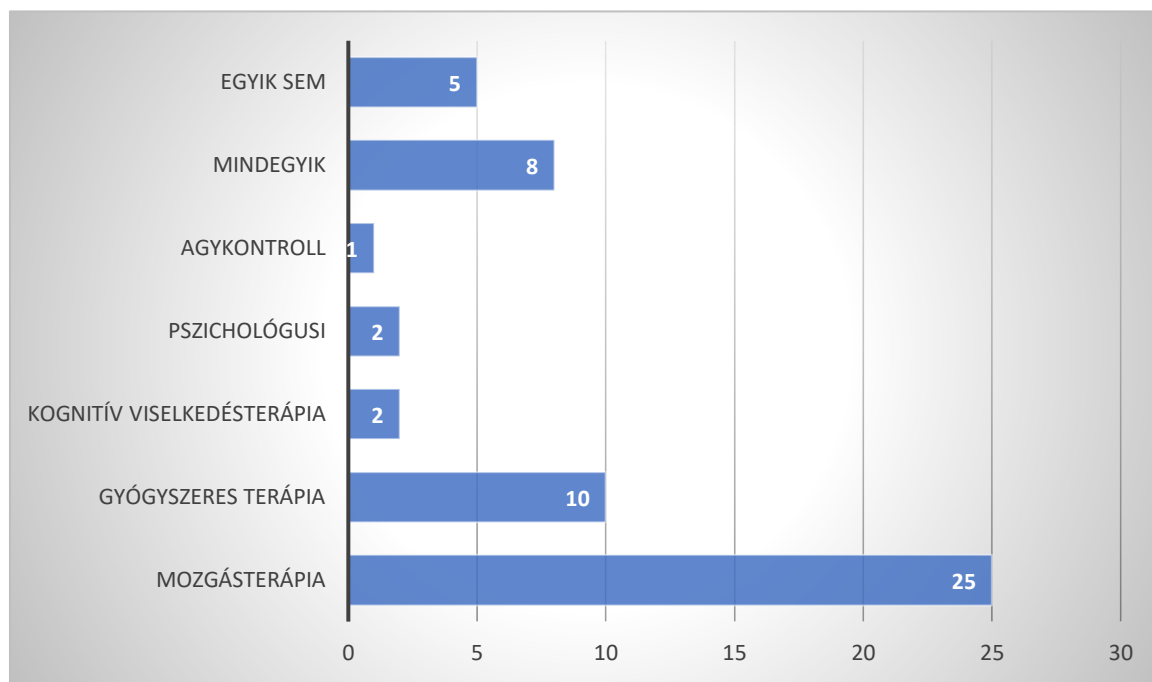
A gyermekek fejlődését, iskolai teljesítményét, társas kapcsolatait befolyásoló mentális betegségek közül a legismertebb és talán a legelterjedtebb az ADHD. Becslések szerint az általános iskolások között a 5-7 %-t is elérheti az érintettek aránya, a fiúknál háromszor-négyszer gyakrabban fordul elő, mint a lányoknál. Az oktatási rendszerben akár 70 000 ilyen gyermek vesz részt. Ennek a magas számnak megfelelően a segítő terápiák tárháza is végtelen. A szülők többsége előtt ismertek a mozgásterápiák, majd a rangsort a táplálékkiegészítők folytatják. A kognitív viselkedésterápia és a gyógyszeres terápia szintén a legismertebb terápiák között szerepelnek. De a válaszadók közül többen is megjelölték a neurofeedback és étrendterápiákat, sőt a szülőtréninget és az agykontrollt is. Mindebből az látszik, hogy a szülők nyitottak minden lehetőségre, keresik a megoldásokat a gyermekeik érdekében, hogy minél jobban és hatékonyabban támogassák gyermekük fejlődését. Az egészséges életmód hangsúlyozása, az egészséges táplálkozás fontossága az utóbbi években kiemelten jelen van nemcsak az egészségügyben, de a köznevelési intézmények programjaiban és a családok mindennapi életében. Tudvalevő, hogy kerülendő az olyan ételek fogyasztása, amelyek magas arányban tartalmaznak adalékanyagokat-mesterséges színezékeket, aromákat- és a cukros ételek, a sok édesség és koffein fogyasztás is erősíthetik az ADHD tüneteit. Bár lássuk be, ezek fogyasztása senkinek sem ajánlatos.



21.ábra: Alkalmazott terápiák (forrás: saját szerkesztés)

A válaszokból kiderül, hogy a szülők nemcsak ismerik a mozgásterápiákat, de sokan igénybe is veszik gyermekük számára, hiszen a válaszadók csaknem fele valamilyen mozgásterápiára hordja gyermekét. A 2. az alkalmazott terápiák sorában a gyógyszeres terápia, majd fej-fej mellett a viselkedésterápia, neurofeedback a táplálékkiegészítők/evésterápia folytatják a sort. Az alkalmazott terápiák sorában a mozgásterápiák toronymagasan vezetnek a többi előtt. Hiszen tudjuk, hogy mozgásterápiával hatékonyan enyhíthetők, sőt, sok esetben megszüntethetők a tanulást, szocializációt és az alkalmazkodást nehezítő tényezők. Több szakember is megfogalmazta már, hogy a fejlődést és az érést legmegfelelőbben elősegítő terápia, csakis a mozgás felhasználásával valósulhat meg. Egyre több helyen elérhetők a különböző mozgásterápiás lehetőségek. Jó néhány gyógypedagógus képezte tovább magát például TSMT terapeutává vagy tanulta ki az Ayres terápia fortélyait, csakhogy a legismertebbeket említsem. Szeretném én is továbbképezni magam ebben az irányban. Úgy vettem észre, hogy a képzések kínálata is végtelen, fontos, hogy minden szakember megtalálja a saját személyiségéhez – és pénztárcájához- leginkább közelebb álló terápiás képzést, amelynek szellemiségével, alapelveivel, céljaival és feladataival azonosulni tud. A szülőknek nincs könnyű dolguk, hogy kiválasszák a gyermekük számára legideálisabb mozgásterápiát, hiszen kivétel nélkül mindegyik nagyon sok pozitív eredménnyel kecsegtet. Nem szabad elfelejteniük, hogy a fejlesztő hatás csakis rendszeres foglalkozásoknak köszönhetően érhető

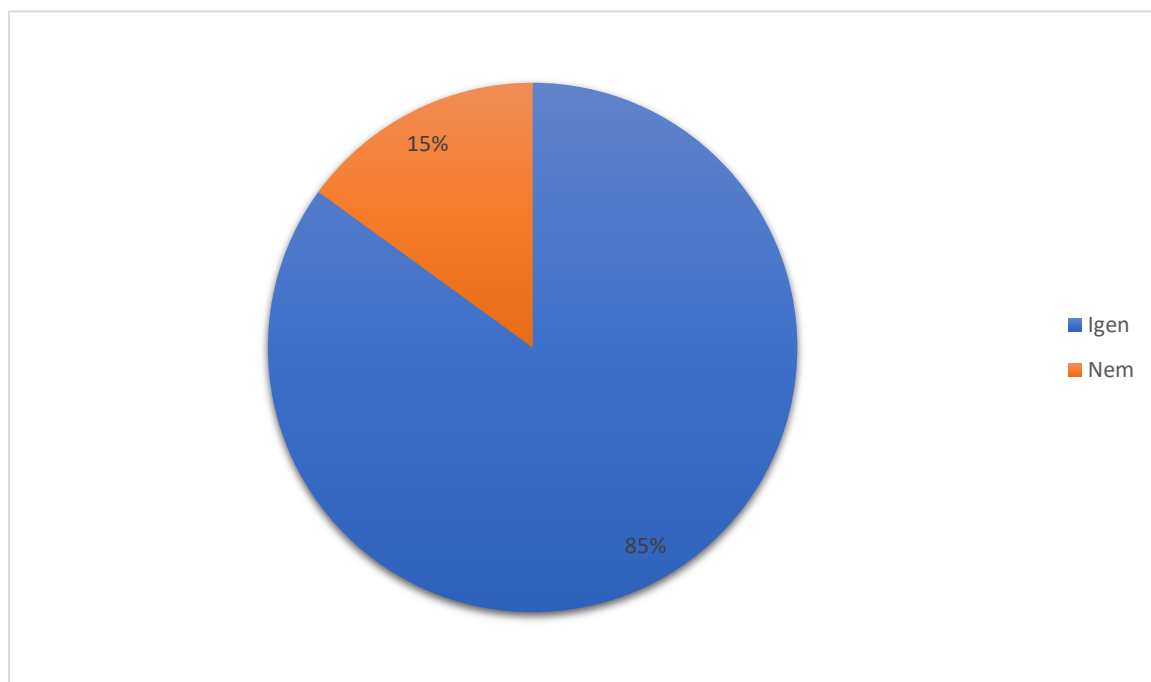
el, továbbá az is nagyon fontos, hogy mindig a gyermek egyéni fejlettségi szintjéhez és tempójához igazodva történjen a fejlesztés, hiszen a valódi siker csakis így érhető el (Müller, 2021).



22. ábra: Leghatékonyabb terápiás eljárás (forrás: saját szerkesztés)

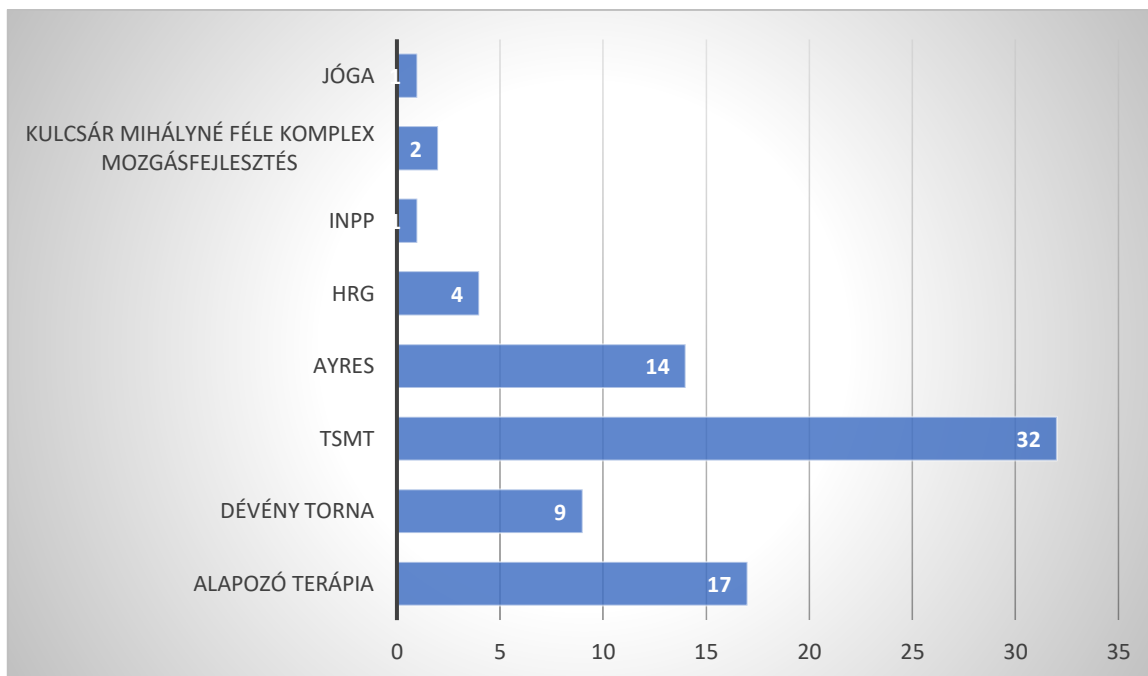
A válaszadók jelentős többsége a mozgásterápiákat tartja a leghatékonyabbnak a terápiák sokaságából, tehát nemcsak ismerik és alkalmazzák azokat, hanem mindemellett elégedettek is a hatásával. A mozgásterápia után a sort a gyógyszeres terápia folytatja. Úgy vettem észre a terápiák közül e kettő van hangsúlyosan jelen a köztudatban és az ADHD-val érintett családok körében. A mozgásterápiákat a gyermek viszonylag korai életszakaszában már el lehet kezdeni, míg a gyógyszert Magyarországon csak kivételes esetben írnak fel óvodás korú gyermeknek. Úgy gondolom, a szülők a gyógyszert csak a legvégső esetben- ha már mindent kipróbáltak előtte és hatástalannak bizonyult- adnak gyermeküknek, mivel félnek a függőség kialakulásától, a mellékhatásoktól és a megbélyegzéstől. De az is előfordulhat, hogy az intézmény nyomására kezdenek bele a gyógyszeres terápiába és az eredményből is az látszik, hogy sok esetben valóban látványos, pozitív változásokat lehet vele elérni, viszonylag rövid idő alatt a gyermek viselkedésével és tanulmányi előmenetelével kapcsolatban. A gyógyszer bevitelét követően kb. fél óra múlva már jelentkezik a hatása: a gyerekek nyugodtabbak, figyelmesebbek, fegyelmezettebbek lesznek, jobban tudnak koncentrálni, az iskolában jobban tudnak figyelni és

képesek a viselkedésüket irányítani. Ahhoz, hogy megtalálják az alkalmas gyógyszert és a megfelelő adagolást, szükség van egy jó szakemberre is, egy gyermekpszichiáterre, akiből sajnos sokkal kevesebb van, mint amennyire szükség lenne.



23. ábra: Mozgásterápián résztvevők aránya (forrás: saját szerkesztés)

A válaszadók 85 %-a igénybe veszi a mozgásterápiás lehetőségeket gyermeke számára. Véleményem szerint ez a magas részvételi arány annak tudható be, hogy már széles körben, viszonylag könnyen elérhető ez a terápia, illetve mindinkább teret nyert a mozgás fontossága, az, hogy mozgás által nem csak a testi ügyesség fejlődik, hanem kiegyensúlyozottságra, kitartásra is nevel. Sőt! Mozgás által növekszik a figyelem, az emlékezet, fejlődik a beszéd és a gondolkodás is, továbbá támogatja a az éntfejlődést, az önismeretet, önbizalmat, önkontrollt.

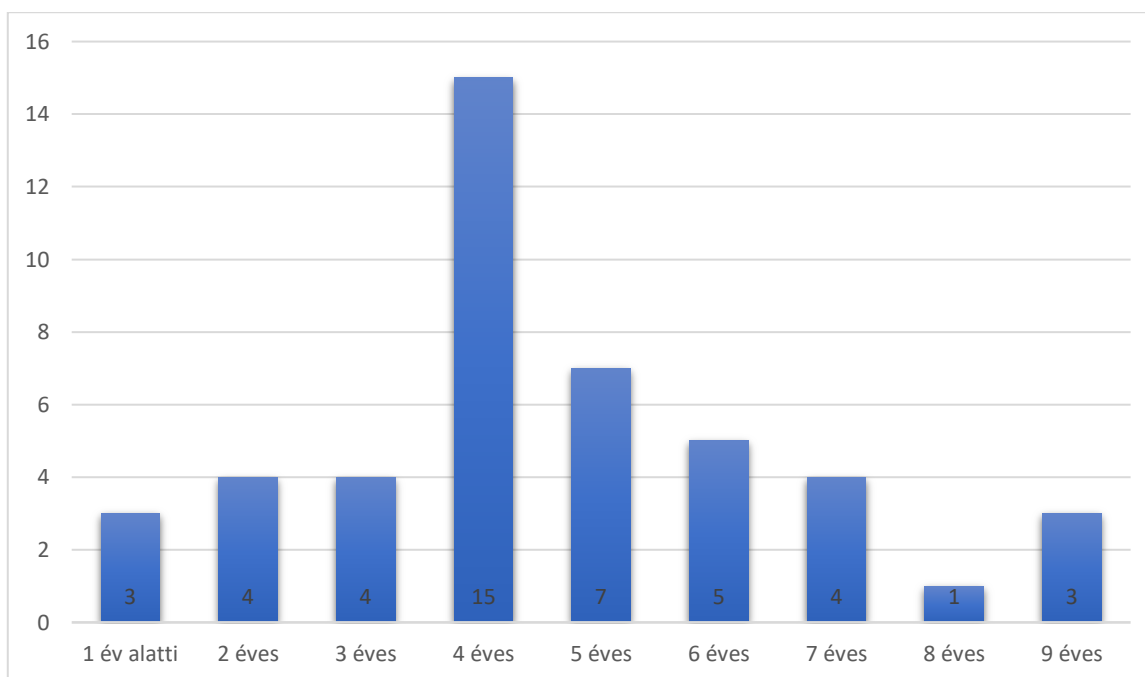


24. ábra: Alkalmazott mozgásterápiák (forrás: saját szerkesztés)

Nem mindegy, hogy mely idegrendszerfejlesztő mozgásterápiát, mely anamnesztikus problémára, vagy tünetcsoportra, diagnózisra alkalmazunk. Az sem mindegy, hogy melyik korosztály számára, melyik terápiát kínáljuk fel. Az alkalmazott mozgásterápiák első helyén a TSMT áll, mondhatni toronymagasan vezet az alapozó terápia és az Ayres előtt. Lakatos Katalin konduktor, mozgásterapeuta volt a Tervezett Szenzomotoros Tréning megalkotója (a HRG mellett), ez a módszer számtalan családnak nyújtott segítséget az elmúlt 3 évtizedben. A TSMT olyan gyerekekre fókuszál, akiknek idegrendszerének fejlődése késik vagy, eltérő fejlődést mutatnak, vagy tanulási, viselkedési vagy mozgásproblémákkal küzdenek. Számtalan tünet esetén javasolt, mint például figyelemzavar, hiperaktivitás, viselkedési és beilleszkedési nehézség, illetve nagyon jó hatásmechanizmussal bír, a várható eredmények között szerepel a tanulási folyamatok fejlődése mellett az alkalmazkodási képesség kibontakozása és a normarendszerek elfogadása is. Az Alapozó terápia Magyarországon Dr. Marton Dévényi Éva nevéhez fűződik. Szintén a 90-es években vált ismertté hazánkban, amely a gyermekek idegrendszeri érési folyamatait segíti elő, legfőbb célja a mozgáskoordináció fejlesztése. Az előnye- ami egyben a hátránya is- a minimális eszközigény, mivel így a gyermekek motiválása sokkal hangsúlyosabban kell, hogy működjön. Az Ayres-terápiát Anna Jean Ayres amerikai ergoterapeuta és gyermekpszichológus dolgozta ki még 1972-ben, egy szenzoros integráción alapuló terápiás módszer. Az alapelve az, hogy a mozgás a legjobb módja az érzékek

összehangolásának. Alapelve a játék, amely során speciális eszközök segítik a gyermek sokoldalú fejlődését.

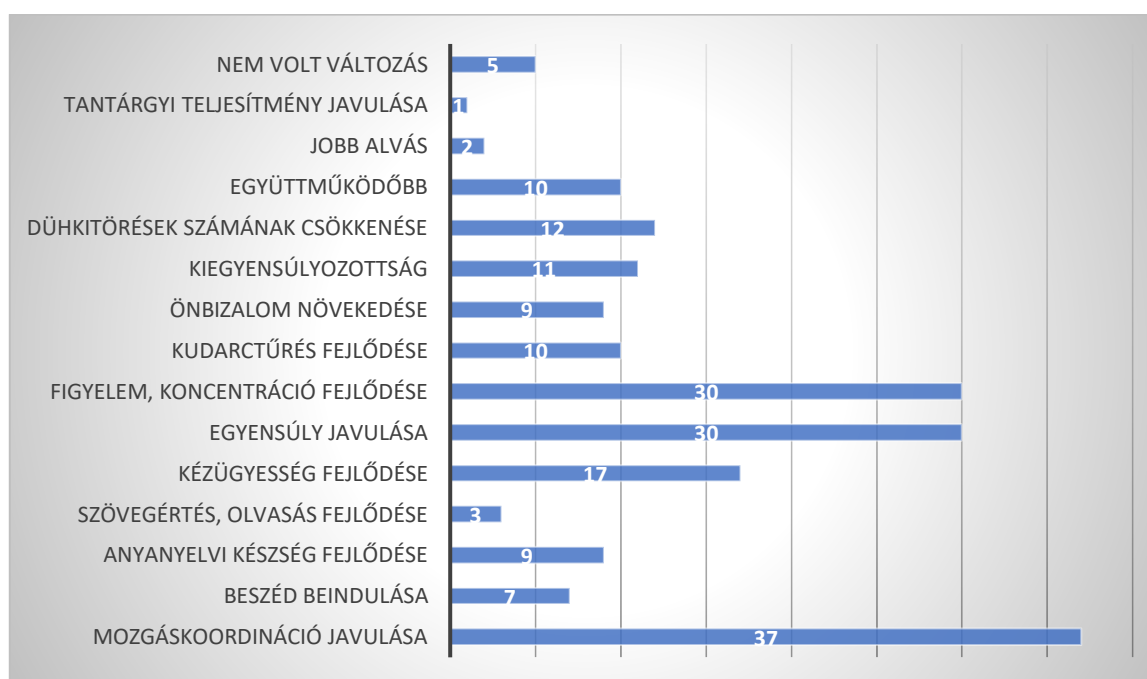
Mindhárom mozgásterápia hatásos az ADHD tüneteivel küzdő gyermekek fejlődése szempontjából, a szülő feladata a szakemberek segítségével, hogy megtalálja azt a terápiát, ami gyermeke személyiségéhez passzol és a vezető tüneteinek segíteni tud. A terapeuta személyisége szintén kulcsfontosságú ebben a kérdésben. A kölcsönös szimpátia egy plusz löketet tud adni a gyermek fejlődéséhez (Müller, 2021).



25. ábra: Gyermek életkora a mozgásterápia kezdetén (forrás: saját szerkesztés)

A válaszadó szülők gyermekeinek nagyobb része 4 illetve 5 éves korában kezdte a mozgásterápiát, vagyis már óvodás korban. Az előző kérdés esetén már megfogalmaztam, hogy nem mindegy, hogy mely idegrendszerfejlesztő mozgásterápiát, mely anamnesztikus problémára, vagy diagnózisra alkalmazunk. Továbbá az sem mindegy, hogy melyik korosztály számára, melyik terápiát kínáljuk fel. Azt gondolhatnánk, hogy minél előbb, annál jobb, de ez fél igazság. Hiszen az „alapozó terápia” esetén az ajánlott korosztály az 5 – 16 életév, tehát csak 5 éves kor felett ajánlják. Előtte gyakran járnak a gyerekek Dévény vagy Katona féle tornára és ha szükséges Ayres- vagy HRG-terápiára. (Papp 2020). Az „ayres terápia” esetén konkrét megfogalmazásra kerül, hogy a hiperaktív gyerekek komplex terápiájának legjobb eredményei

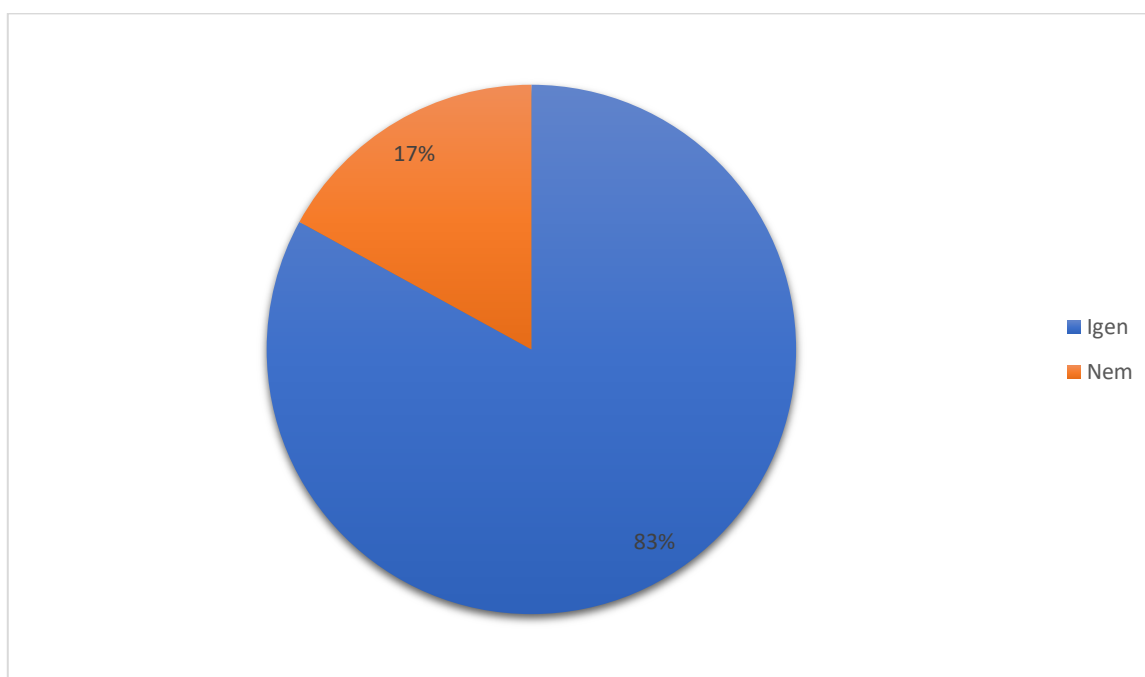
akkor érhetőek el, ha tíz év alatti korban alkalmazzák. Magát a terápiát akár 0 éves kortól 100 éves korig ajánlják, hiszen ez egy nondirekt terápia, ahol a gyermek maga választ eszközt, és a játék során különböző ingerek érik a taktilis, vagy a vesztibuláris rendszert, amelyek a szenzoros integrációt is megsegítik. Legtöbbször Dévény torna után kerülnek a gyerekek erre a mozgásterápiára és a legtöbb esetben „alapozóra” küldik tovább őket. A TSMT-t szintén már 0 éves kortól lehet végezni és késő gyermekkorig végezhető magas hatásfokkal. Papp Zsuzsanna vizsgálati megállapításai szerint nem alkalmazható más terápiákkal együtt, kivéve, ha izomtónus zavarral küzdő gyermek Dévény tornára is jár egyidőben. (Papp 2020.)



26. ábra: Pozitív változások a mozgásterápia hatására (forrás: saját szerkesztés)

A válaszadók erre a kérdésre, miszerint milyen pozitív hatásokat vettek észre gyermekükön a mozgásterápia hatására, több lehetőség közül választhattak és természetesen többet is megjelölhettek. Az 53 főből 5-en nem tapasztaltak pozitív változást a mozgásterápiát követően, a jelentős többség viszont több opciót is megjelöltek. A legtöbb változást a mozgáskoordináció javulása hozta, talán ez az egyik leglátványosabb a többi közül. Magas számban jelölték meg a figyelem és koncentráció fejlődését, illetve az egyensúly javulását. Mindezek mellett fontos megemlíteni a kézügyesség fejlődését, gondolom ez leginkább az iskolában írás során lehet

szembeötlő, vagy óvodában a vizuális tevékenységek esetén, mint például ollóval való vágás vagy rajzolás, formázás, festés esetén. A szociális képességek fejlődése is számottevő, hiszen a gyerekek együttműködőbbé válnak társaikkal, fejlődik a kudarcűrő képességük és megtanulnak az indulataikon felülkerekedni, a feszültségüket levezetni és ennek köszönhetően csökkenhet a dühkitörések gyakorisága is. Kiegyensúlyozottabbá válnak és az önbizalmuk is megnő. Az impulzivitás tüneteinek csökkenése véleményem szerint jótékony hatással van a családi életre, és nyilvánvalóan az iskolai nevelés- oktatás minőségére, a társas kapcsolatokra is.

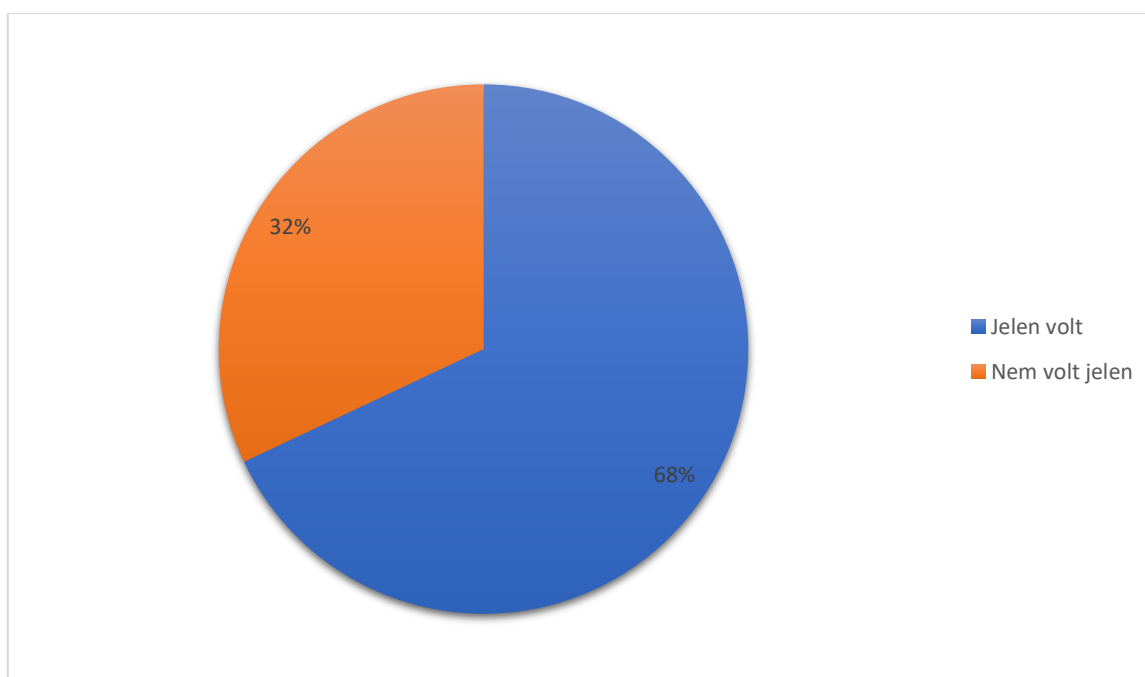


27. ábra: Csecsemőkori reflexek leépülése (forrás: saját szerkesztés)

Az alábbi kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a szülők hallottak-e már a csecsemőkori reflexek leépülésének fontosságáról.

A csecsemőkori reflexek olyan automatikus mozgásminták, amelyek már a 25-26. terhességi hét környékén megjelennek. Fejlődésük az első néhány hónapban történik, majd féléves kor körül kezdenek fokozatosan eltűnni. Amikor a központi idegrendszer eléggé kifejlődik, ezek a reflexek feleslegessé válnak, és néhányuk már nem is aktiválható. Ezek a reflexek fontosak a mozgásfejlődés szempontjából, elengedhetetlenek a korai fejlődés során, de csak egy meghatározott időszakig tartanak. Ha nem sikerül időben és megfelelően integrálni ezeket, akkor viselkedési és tanulási nehézségeket is okozhatnak (Stephens- Sarlós, 2020).

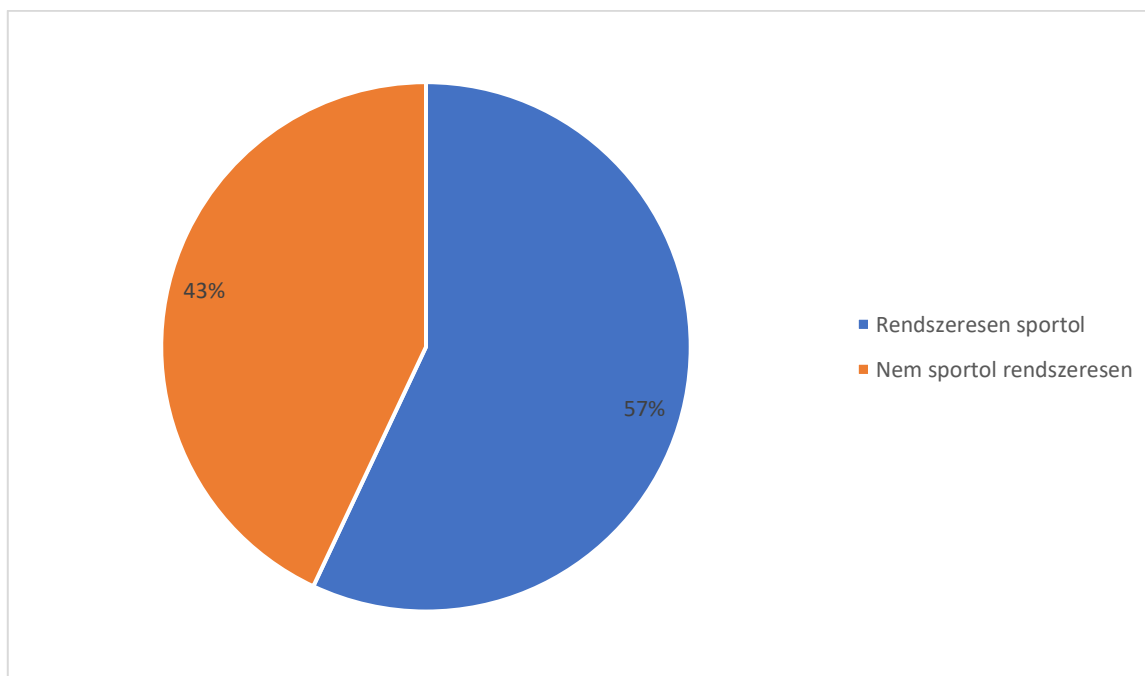
A válaszokból kitűnik, hogy a válaszadó ADHD-ban érintett gyermekek szülei felettebb tájékozottak a mozgásfejlődés terén, hiszen 83 %-uk már korábban is hallott a primitív reflexek leépülésének fontosságáról. Véleményem szerint ez abból adódhat, hogy sikerült olyan mozgásterápiát választaniuk, ahol a terapeuta a terápia megkezdése előtt egy átfogó felmérést végzett a gyermek mozgás-, kognitív és figyelmi fejlettségét illetően, amelynek eredményéről korrektül tájékoztatta a szülőt is.



28. ábra: Csecsemőkori reflexek fennmaradása a mozgásterápia kezdetén (forrás: saját szerkesztés)

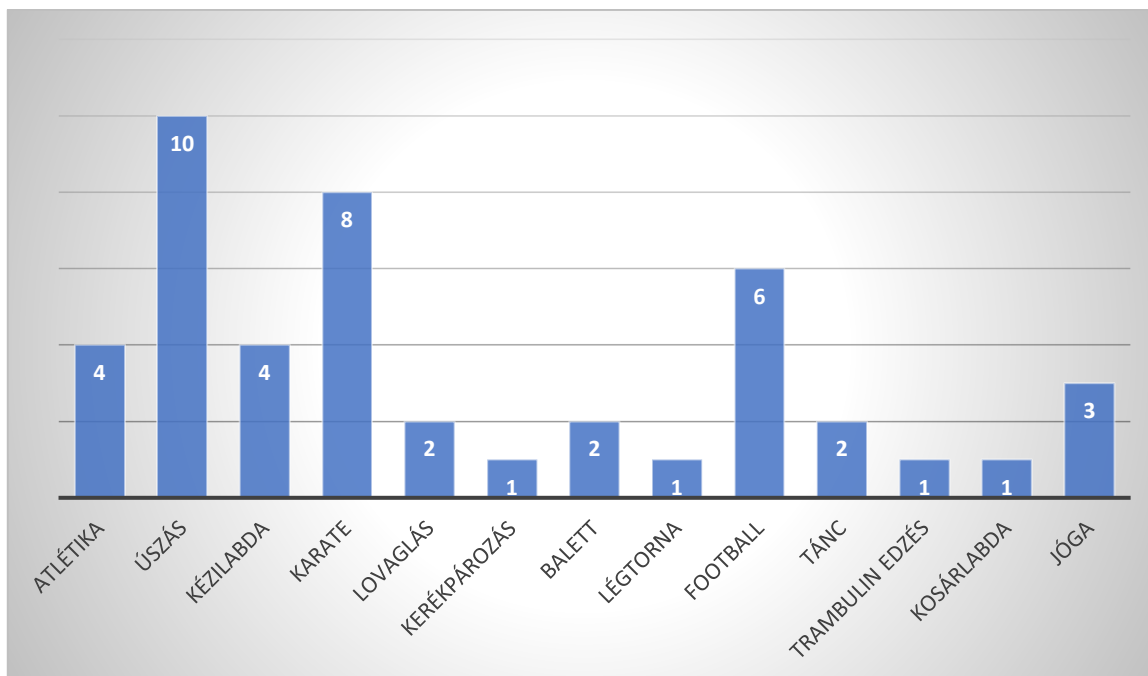
A válaszadók 68%-a szerint gyermeke esetén a mozgásterápiát megelőzően jelen volt/voltak a csecsemőkori reflexek. Ahogyan Stephens-Sarlós Erzsébet (2020) könyvében is hangsúlyozza, az integrálatlan reflexek számos különböző tünetet okozhatnak, beleértve a figyelemzavart, a késleltetett beszédfejlődést, és akár az éjszakai ágybavizelést is. A tünetek jellege attól függ, hogy melyik reflex maradt meg, hogyan kombinálódik más reflexekkel, valamint hogyan befolyásolja a két agyfélteke eltérő fejlettségi szintje. Fontos látni, hogy ezeknek az reflexeknek kiemelt szerepe van a csecsemő fejlődésében, azonban idővel természetesen el kell múlniuk. Ahogyan az idegrendszer fejlődik, és a nagymozgások kialakulnak, ezek a reflexek- jó esetben- fokozatosan eltűnnek vagy elhalványulnak. Ha mégis megmaradnak, később problémákat

okozhatnak, amelyek leginkább az óvodai években, a viselkedésben és a mozgásfejlődésben mutatkoznak meg. Mivel társas és tanulási nehézségeket okozhatnak, előfordulhat, hogy még az iskolakezdés előtt szakember segítségét kell kérni a visszamaradt reflexek kezelésére. Fontos azonban megjegyezni, hogy megfelelő mozgásterápia segítségével kezelhetők ezek a problémák, így nincs ok az aggodalomra.



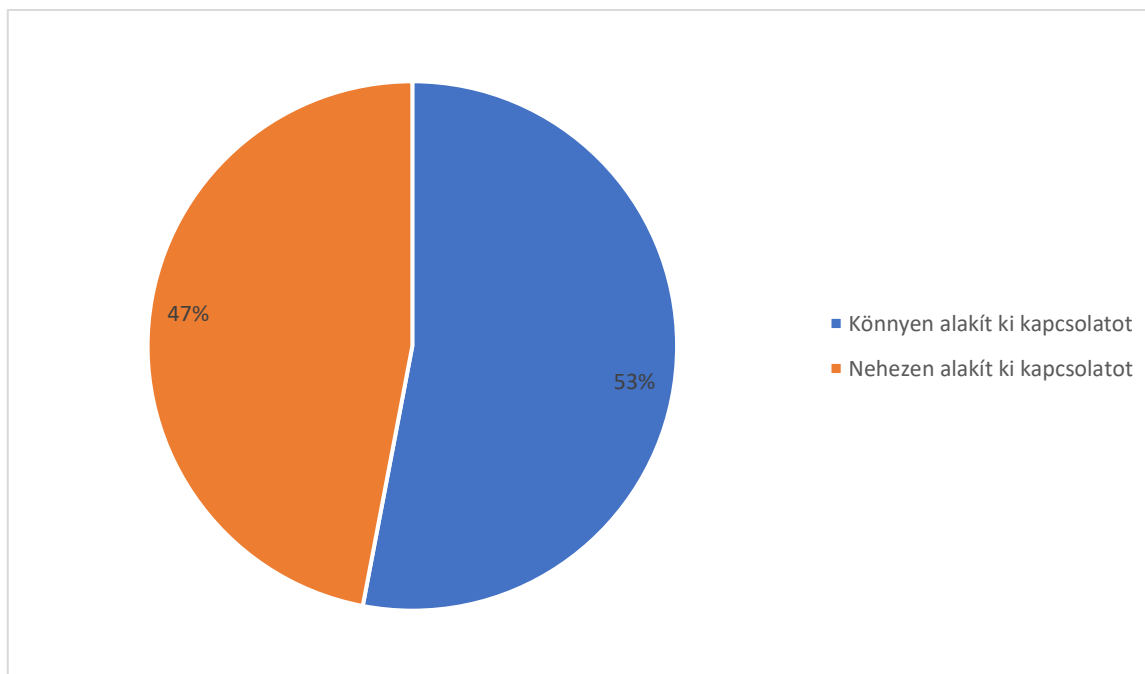
29. ábra: Gyermek rendszeres sporttevékenysége (forrás: saját szerkesztés)

Erre a kérdésemre a válaszok meglepő eredményt hoztak számomra, hiszen meg voltam győződve róla, hogy az ADHD-s gyerekek szinte kivétel nélkül, hogy levezessék energiáikat, rendszeresen sportolnak valamit. Ehhez képest az 57% „rendszeres sportoló” számomra nagyon alacsony volt. Amint az eredményen tűnődtem arra a következtetésre jutottam, hogy ezen gyermekek jelentős többsége az iskolai 5 kötelező testnevelés órán túl még egyéb mozgásfejlesztésre is jár rendszeresen- tehát ez lehet az ok, ami miatt a plusz sporttevékenység már nem fér bele az idejébe a maradék 43 %-nyi gyermeknek. Azonban nem szabad megfeledkezni arról a fontos tényről, hogy a rendszeres testmozgásnak pozitív hatása van a kreativitásra és teljesítőképességre is. Emellett fontos szerepet tölt be a társas kapcsolatok építésében, segít kielégíteni a gyermekek játékigényét és hozzájárul az önbizalom fejlődéséhez. Nem utolsó sorban a testmozgás kedvező hatással van a mentális egészségre is.



30. ábra: Gyermek sporttevékenységei (forrás: saját szerkesztés)

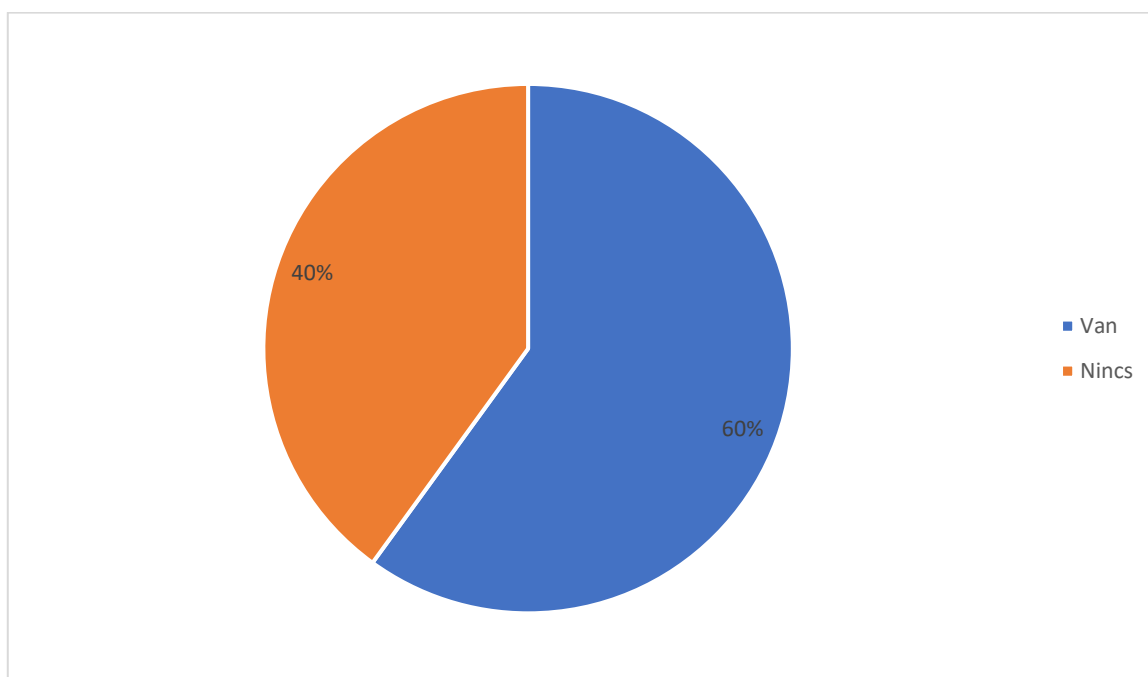
Az egyéni sportok gyakorlása jobb választás lehet, mint a csapatsportok, mivel ekkor nagyobb figyelmet kap az egyén, és csak az ő teljesítményére irányul a fókusz. Olyan sportok, mint például a vívás, az úszás és a tenisz, ideálisak erre a célra. Az ADHD-s gyermekek hiperaktivitással, figyelemzavarral és impulzivitással is küzdenek, ami hozzájárulhat az indulatok nehezebb kezeléséhez. Ezért a küzdősportok, főként a karate, kiváló választás lehet számukra. Ezek a sportok segíthetnek a gyermeknek abban, hogy kontrollálni tudja az impulzív viselkedést olyan módon, ami nem okoz feszültséget környezetében. A diagrammon jól látszik, hogy az úszás és a karate, mint egyéni sportok valóban népszerűek az ADHD-s gyerekek körében. A csapatsportok közül közkedvelt a football és a kézilabda. Az ADHD-s gyerekek nehézséget tapasztalnak abban, hogy elfogadtassák magukat csapattársaikkal egy csapatsportban. Gyakran megjelenik agresszivitásuk sportolás közben, ami sérüléseket okozhat, valamint nehézséget okozhat a szabálykövetésben is. Az érzelmek intenzívebben jelentkeznek náluk győzelem vagy vereség esetén, és a figyelemzavar miatt az edzéseken és felkészülés során befektetett energia, az eredményekben csak korlátozottan tud megmutatkozni. Az azonos érdeklődés és az együtt sportolás azonban segíthet abban, hogy beilleszkedjenek és barátokat szerezhessenek a csapaton belül. A támogató, segítő edző pedig nagy segítség lehet számukra a sport iránti elköteleződésük megerősítésében.



31. ábra: A gyermek baráti kapcsolatai (forrás: saját szerkesztés)

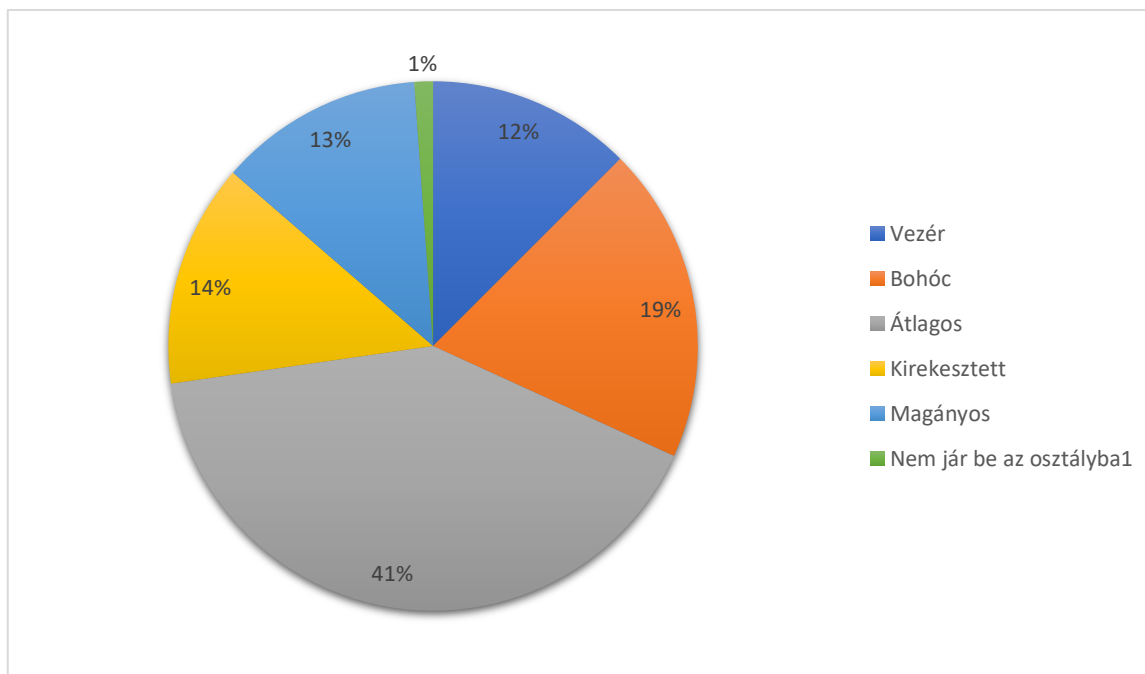
Ebben a kérdésben arra kerestem a választ, hogy az ADHD-s gyermekek könnyen, avagy nehezen alakítanak-e ki baráti kapcsolatokat. Az ADHD három fő tünetcsoportot ölel fel: figyelemzavar, impulzivitás és hiperaktivitás, amelyek együtt vagy külön-külön is megjelenhetnek. Van olyan ADHD-val diagnosztizált gyermek, akinél inkább a hiperaktív és impulzív viselkedés dominál, és nincs kifejezett figyelemzavara. Ilyen esetben gyakran már kiskorában feltűnnek a nagyobb mozgásigény jelei, nehezen marad egy helyben, állandóan babrál valamivel, türelmetlen, sokat beszél, nehezen kontrollálja az érzelmeit, és nehezen viseli a vereséget. Ezek a viselkedésformák számos problémát okozhatnak. Ugyanakkor, ha az illető intelligenciaszintje megfelelő és nincs súlyos figyelemhiánya, akkor kiváló tanuló lehet az iskolában. A másik véglet az, amikor nem a hiperaktivitás, hanem a figyelemzavar a legjellemzőbb tünet. Ebben az esetben a gyermeknek általában tanulási nehézségei vannak, mivel könnyen elvonják a figyelmét a külső ingerek, mint például az udvar zaja vagy a padtársak zajai, és így nehéz figyelemmel kísérnie az óra menetét. Gyakran pontatlanul olvassa el a feladatokat és hibázik figyelmetlenségből, nem pedig tudásbeli hiányosságok miatt. Otthon azt lehet tapasztalni, hogy szétszórtak, gyakran elfelejtik az iskolába való dolgait, és lassan készülődnek. Ez a típus lányoknál gyakoribb. A két szélsőséges eset mellett leggyakrabban előfordul, hogy valaki egyszerre rendelkezik hiperaktivitással, impulzivitással és figyelemzavarral is. Így a fent említett tünetek valamilyen kombinációban jelennek meg, kisebb vagy nagyobb mértékben, ugyanis a tünetek súlyossága széles skálán mozog. A gyakori

elképzeléssel ellentétben, a hiperaktív gyermek nem feltétlenül magatartásproblémás, verekedős, rossztanuló vagy izgága. A tünetek sokféleségéből adódhat az is, hogy közel ugyanannyi gyermek esetén válaszolta a szülő azt, hogy könnyen vagy éppen nehezen barátkozik a gyermeke. Az iskolakezdés gyakran új nehézségeket hozhat a gyerek életébe, hiszen itt magasabb elvárásoknak kell megfelelnie. Fontos szerepe van a pedagógusok hozzáállásának, hiszen előfordulhat, hogy az ADHD-s gyermek gyorsan "fekete bárány" szerepébe szorul, amit nehezen tud leválasztani magáról. A gyakori negatív visszajelzések megerősítik a nemkívánatos viselkedést, alacsony önértékelést alakítva ki, ami nehezítheti a tanulást és az iskolai beilleszkedést.



32. ábra: Tartós baráti kapcsolatok jelenléte (forrás: saját szerkesztés)

A tartós baráti kapcsolatok esetén, már megmutatkozik egyfajta különbség, mégpedig negatív irányban. Hiszen azok a gyerekek vannak többségben (60%), akik nem rendelkeznek tartós baráti kapcsolatokkal. Hiába barátkoznak könnyen, a barátság kialakítása és fenntartása már többeknek is nehézséget okozhat. Véleményem szerint ennek legvalószínűbb okai az impulzivitás tünetei lehetnek, elvégre nehéz olyan gyermekkel tartós baráti kapcsolatot kialakítani, aki gondolkodás nélkül cselekszik, folyamatosan beszél, félbeszakít másokat és szinte állandó felügyeletet igényel, a tolakodó, meggondolatlan viselkedése miatt.



33. ábra: Gyermek helyzete a közösségben (forrás: saját szerkesztés)

A szülők 41 %-a vélte gyermeke helyzetét átlagosnak az osztályközösségben. Úgy gondolom a bohóc szerepbe sokan beleesnek és bele is ragadnak az évek során, talán így könnyebben elfogadják őket társaik. Bár a tanórai bohóckodás valószínű imponáló az osztálytársak szemében, a pedagógus részéről már egészen más a helyzet. A kirekesztett 14 % és a magányos 13% együtt már 27%-ot tesz ki. Meglátásom szerint a kettő között nagyon vékony a mezsgye, akár össze is vonható és így már nagyon elszomorító képet mutat az eredmény. Bele gondolni is szörnyű, hány, meg hány magára hagyatott és kiközösített tanuló éli mindennapjait az intézményekben. Itt lép elő a pedagógus felelőssége. Ő az a személy, aki sokat tehet ezen gyermekek érdekében, hogy a peremhelyzetükből legalább egy kicsit előre lépjenek. A vezér egyéniségek magas százaléka számomra meglepőnek bizonyult, de örömteli adat.

4. Következtetések, az eredmények összevetése a kutatási kérdésekkel

Az aktivitás és figyelemzavar, angol nevén rövidítve (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ADHD az egyik leggyakoribb neuropszichiátriai tünetegyüttes, amely gyermekkortól végig kíséri az érintettek életét. A szakirodalma ennek megfelelően rendkívül bőséges: a szakkönyvek és szakmai folyóiratok mellett találhatók gyakorlati útmutatókat tartalmazó kiadványok, melyek olyan módszereket mutatnak be, amik a szülők számára nyújtanak segítséget a mindennapok nehézségeivel szemben. Az ADHD tüneteit mutató gyermekek számára íródott túlélőkönyv pedig önmaguk megértésében támogatja a gyerekeket. A hazai és nemzetközi szakirodalom feldolgozásával törekedtem az ADHD főbb tüneteinek részletes bemutatására, a tünetek mögött meghúzódó lehetséges okok felkutatására. Részletesen foglalkoztam továbbá az ADHD diagnosztizálásának folyamatával, valamint a különböző terápiás lehetőségekkel. Kiemelt figyelmet fordítottam a mozgásterápiákra, amelyek nagymértékben hozzájárulnak az ADHD-s gyerekek komplex támogatásához.

Szakdolgozatom elkészítéséhez a kérdőíves módszert választottam, melyet a google forms segítségével alkottam meg. Az elkészült kérdőívem linkjét a közösségi média meghatározott csoportjaiban osztottam meg, melyet végül 53 szülő töltött ki.

Kutatásom célja azon tünetek feltérképezése volt, amelyek legzavaróbbnak bizonyulnak az ADHD-val diagnosztizált gyermekek szülei számára. Szerettem volna megtudni azt is, hogy a terápiás lehetőségek mennyire ismertek a szülők körében, mely terápiákat próbálták már ki, illetve melyek azok, amik véleményük szerint leginkább támogatják gyermekük fejlődést. Kíváncsi voltam arra, hogy a szülők mennyire tájékozottak a csecsemőkorai reflexek tekintetében, továbbá ezen reflexek fennmaradása milyen arányban jellemző az ADHD-val küzdő gyermekek körében.

Kutatásom során az alábbi kérdésekre kerestem a választ:

1, Az ADHD-val küzdő gyermekek szülei melyik jellemző tünetet tartják a legzavaróbbnak gyermeküknél?

Az ADHD tünetei alapvetően három csoportba sorolhatók: a figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás. Kutatásom során először ezen tünetek megjelenésének gyakoriságára kérdeztem rá a szülőktől. A felsorolt tünetek mellett megjelölhették, hogy „egyáltalán nem”, „enyhén”, „általában”, vagy „teljes mértékben” jellemzik gyermeküket a

megadott jellemzők. A figyelmi tünetek közül a figyelem megtartásának hiányát emelték ki a szülők, miszerint a hangok, látványok könnyen elterelik a gyermek figyelmét. Az aktivitás tünetcsoport esetén a „gyakran mozog, fészkelődik, nem képes hosszú ideig mozdulatlan maradni” sajátosság jelent meg nagymértékben. Az impulzivitás tünetei közül pedig a túl sok beszédet, a tolakodó viselkedést és az alacsony kudarc-tűrést jelölték meg a válaszadók legtöbbször. A 14. kérdésben a szülők szöveges válaszukban fogalmazhatták meg gyermekük azon tulajdonságait, jellemvonásait, melyek számukra a legzavaróbbnak bizonyulnak. A válaszokat összesítve arra a megállapításra jutottam, hogy a szülőket leginkább az impulzív tünetek zavarják. A dühkitörés, az agresszió és a hiszti magas számban szerepelt a válaszokban. Meglepő módon a hiperaktivitás, függetlenül attól, hogy jelen vagy gyermeküknél, közel sem olyan zavaró számukra, ellenben az alacsony kudarc-tűréssel és a gondolkodás nélküli cselekvéssel, melyeknek általában egyenes következménye az előbb felsorolt impulzív tünetek. Azt gondolom, hogy ezek a tünetek azok, amelyek rendkívül látványosak, és nagyon nehéz hatékonyan kezelni azokat. Attól függetlenül hogy a dühkitörések valójában a gyerekkor fejlődési folyamatának normális részei, mégis nagy kihívást jelent a szülők számára gyermekük érzelmeinek megfelelő kezelése. A szégyenérzet, a bűntudat, az eszköztelenség egyszerre lehet jelen a szülőknél. Fontos lenne, hogy ezeket félretéve merjék szakember segítségét kérni.

2, Milyen terápiás lehetőségeket próbáltak ki vagy alkalmaznak hosszabb ideje az aktivitás és figyelemzavarral küzdő gyermeknél a szülei?

A kérdőívemben a többszörös feleltválasztás lehetőségét adtam meg a szülőknek ebben a kérdéskörben, tehát több választ is megadhattak. A felsorolásban szerepelt a: táplálékkiegészítők, hallási figyelem terápia, étrendterápia, agykontroll, neurofeedback, szülőtréning, gyógyszeres terápia, kognitív viselkedésterápia, mozgásterápiák. Ezek mellett az „egyéb” kategória is jelen volt, amely szerint bármely, általuk ismert terápiás lehetőséget, egyéb megsegítést vagy kiegészítő eljárást beírhattak. A kérdésre minden szülő, vagyis 53 fő adott választ, ebből 51-en jelölték be a mozgásterápiákat, vagyis majdnem mindenki hallott már a mozgásterápiákról, mint segítő eljárásokról az ADHD kapcsán. Az ismertség sorrendjében a táplálékkiegészítők, a kognitív viselkedésterápia, és a gyógyszeres terápia következnek. Az egyéb kategóriába bekerült a fejlesztő dobolás és az állatasszisztált terápia is. Ezt követően kérdeztem rá az alkalmazott terápiákra, mely esetén a szülők önálló választ fogalmaztak meg. A kérdésre adott válaszok egyértelműen mutatják, hogy a szülők nemcsak hallottak a mozgásterápiákról, hanem többségük, konkrétan 85%-uk él(t) is valamilyen mozgásfejlesztő terápiás lehetőséggel gyermeke esetén.

3, Melyik terápiás módszert tartják a leghatékonyabbnak a szülők az ADHD-val küzdő gyermekek számára?

A leghatékonyabb eljárások megfogalmazására a szülők szintén önálló választ adtak meg. Ezeket összesítve kétségtelenül megállapítható a mozgásterápiák eredményessége. A 26. kérdésre az összes válaszból 25-en ítélték meg úgy, hogy az eddigi tapasztalataik alapján a mozgásterápiák a leghatékonyabb eljárások az ADHD tüneteit mutató gyermekek esetében. A mozgásterápiák hatékonysága nem vitatott, az egyéni és a széleskörű tapasztalatok is megerősítik ezt. Az elérhető lehetőségek igazán széleskörűek és magas színvonalúak. Egyes típusai viszonylag korai életszakaszban megkezdhetők, céljuk a mozgásigény kielégítésén túl, elsősorban az idegrendszer szabályozottabb, összerendezettebb működésének segítése. A mozgásterápiák tehát az egész személyiségfejlődésre hatnak, komplex fejlesztő hatással bírnak. Alapvető fontosságú a megfelelő eljárás kiválasztása, ami a gyermeknek leginkább befogadható és a család számára pedig logisztikailag elérhető.

4, Milyen arányban jellemző az ADHD-val küzdő gyermekeknél a csecsemőkori reflexek fennmaradása?

A csecsemőkori reflexek már az anyaméhben kialakulnak, és jelen vannak a csecsemők születésekor. Az élet első hat hónapjában a fejlődő agyban azonban a magasabb központok legátolják ezeket a reflexeket. Ha nem sikerül időben és megfelelően integrálni ezeket, akkor viselkedési és tanulási nehézségeket is okozhatnak. A kérdőív 31. kérdésére adott válaszokból kitűnik, hogy az ADHD tüneteit mutató gyermekek szüleinek jelentős többsége- több, mint 80 %-uk- rendelkezik információval a csecsemőkorireflexeket illetően. A következő kérdés segítségével azt szerettem volna feltérképezni, hogy a mozgásterápiára járó ADHD-s gyermekeknél milyen arányban jellemző ezen reflexek fennmaradása. A válaszadók 68%-a szerint gyermeke esetén a mozgásterápiát megelőzően jelen volt/voltak a csecsemőkori reflexek. Stephens-Sarlós Erzsébet (2020) könyvében részletesen leírja hogy, az integrálatlan reflexek számos különböző tünetet okozhatnak, beleértve a figyelemzavart is. Mindezek tudatában véleményem szerint kiemelt jelentőségű bármely mozgásterápia megkezdése előtt a primitív reflexek beépülésének vizsgálata.

5. Összegzés

A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar- ADHD- a leggyakrabban előforduló gyermekpszichiátriai kórkép, melynek tünetei legtöbbször felnőttkorban is fennállnak és nehézséget okoznak.

A tünetek középpontjában az életkori fejlettségi szintnek nem megfelelő figyelmetlenség, hiperaktivitás és impulzivitás áll, melyek legalább két élethelyzetben megjelennek és már 12 éves kor előtt funkciócsökkenéssel járnak. Az ADHD tünetei bizonyos mértékben egy adott életkorban minden gyermeknél fellelhetők, kórosnak mégis akkor tekinthetők, amikor a problémás viselkedés korlátozza a gyermek teljesítményét, továbbá a családi -és kortárs kapcsolatra is negatívan hat. Hazánkban az ADHD diagnosztizálása két intézményrendszerben történik: az egészségügyi rendszerben és a köznevelési rendszerben.

Az ADHD tünetegyüttes hátterében meghúzódó okok multifaktoriálisak, vagyis különböző biológiai és pszichoszociális tényezők együttes hatása idézi elő.

A kezeletlen ADHD krónikus lefolyást mutathat, ezért kifejezetten fontos a mielőbbi felismerése és tartós kezelése. A szakemberek a gyógyszeres és a nem- gyógyszeres terápiák közül választhatnak. Hazánkban a hatévesnél fiatalabb gyermek esetén a gyógyszeres kezelés nem javasolt, ezért ennél a korosztálynál kiemelten kell foglalkozni az egyéb terápiás lehetőségekkel.

A 0-6 éves időszak egy kifejezetten érzékeny szakasz a gyermekek életében, ezért is fontos minél korábban, személyre szabott, pedagógiai és terápiás módszerekkel a kisgyermekek fejlődését elősegíteni és támogatni. Hazánkban a legelterjedtebb, leggyakrabban használt terápiák: az alapozó terápia, az Ayres terápia, a TSMT (tervezett szenzomotoros tréning), Dévény terápia, a Lakatos- módszer alapú terápia és a Katona-féle neurorehabilitációs program. A mozgásterápiák egyik legnagyobb előnye a többi terápiás eljárással szemben, hogy rendkívül korai- akár újszülött kortól- elkezdhető és a korai mozgásfejlesztés nemcsak a gyermek motoros funkcióira és képességeire van pozitív hatással, hanem általa a kognitív képességei is fejlődnek.

Kutatásom célja azon tünetek feltérképezése volt, amelyek legzavaróbbnak bizonyulnak az ADHD-val diagnosztizált gyermekek szülei számára. Szerettem volna megtudni azt is, hogy a terápiás lehetőségek mennyire ismertek a szülők körében, mely terápiákat próbálták már ki, illetve melyek azok, amik véleményük szerint leginkább támogatják gyermekük fejlődését. Kíváncsi voltam arra, hogy a szülők mennyire tájékozottak a csecsemőkori reflexek

tekintetében, továbbá ezen reflexek fennmaradása milyen arányban jellemző az ADHD-val küzdő gyermekek körében.

Kérdőíves kutatásom eredményei is azt mutatják, hogy az ADHD-val diagnosztizált gyermekek szülei szinte kivétel nélkül hallottak már a mozgásterápiák pozitív hatásairól. Mivel széles körben elterjedtek, így gond nélkül hozzáférhetőek akár kisebb városokban is, ennek köszönhetően a szülők 85 %-a adta válaszul, hogy gyermeke részt is vett mozgásfejlesztésen. A válaszadók közel 50 %-a tartotta a leghatékonyabb terápiás eljárásnak a mozgásterápiát. A szülők szöveges válaszukban fogalmazhatták meg gyermekük azon tulajdonságait, jellemvonásait, melyek számukra a legzavaróbbnak bizonyulnak. A válaszokat összesítve arra a megállapításra jutottam, hogy a szülőket leginkább az impulzív tünetek zavarják. A dühkitörés, az agresszió és a hiszti magas számban szerepelt a válaszokban. Az ADHD tüneteit mutató gyermekek szüleinek jelentős többsége- több, mint 80 %-uk- rendelkezik információval a csecsemőkori reflexeket illetően és a gyermekek többségénél jelen is voltak a mozgásterápia kezdetén ezek a primitív reflexek. Mindezek tudatában, véleményem szerint kiemelt jelentőségű, bármely mozgásterápia megkezdése előtt a primitív reflexek beépülésének vizsgálata.

Irodalomjegyzék

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

Letöltés dátuma: 2024.01.30. Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm>

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről . Forrás: Net Jogtár. Letöltés dátuma: 2023.

11.04. Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv>

Balázs J. (2022): ADHD: state of the art áttekintés. *Gyógypedagógiai Szemle*, 50 (2-3), 103-116. DOI:10.52092/gyosze.2022.2-3.1.

Cseri Cs. és Mohácsi M. (2018): Módszertani segédanyag ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez. Szeged: Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat
[Módszertani segédanyag ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez \(csmpsz.hu\)](https://csmpsz.hu/Modszer_tani_seg%C3%A9danyag_ADHD-val_k%C3%BCzd%C5%91_gyermekek_iskolai_megseg%C3%ADt%C3%A9s%C3%A9hez)

Di Blasio, B., & Antalné Farkas, I. (2020): A gyermekkorai figyelemzavar és hiperaktivitás (ADHD) gyógyszeres kezelésének megítélése pedagógusok körében. *Iskolakultúra*, 30 (1-2), 89–115.

Letöltés dátuma: 2023.06.02.

Forrás: <https://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/32947>

EMMI (2020). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról. Egészségügyi Közlöny, 70(19), 2794-2835. Letöltés dátuma: 2023. 08. 08

URL: <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/3513>

Ettrich, C., és Murphy - Witt, M. (2014): *A hiperaktív, figyelemhiányos gyerek - Segítség az ADHD megértéséhez és kezeléséhez*. Budapest: Móra Könyvkiadó.

F. Földi, R. (2004): *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*. Pécs: Comenius Bt.

Förhécz N-Kiss É.-Deák-Faggyas F- Czinkné Gál A.- Győri A.- Fazekas D.- Kármán B. (2021): Használható és hatékony? -Az Alapozó Terápia evidenciái és alkalmazásának lehetősége értelmileg akadályozott gyerekek fejlesztésében. *Gyógypedagógiai Szemle* 2021 (2-3) 125–140 DOI: 10.52092/gyosze.2021.2-3.3.

Huba J. (2022): *A kisgyermek ép és eltérő fejlődése - Ismeretterjesztő könyv szülőknek, nevelőknek mozgásérzékelési nehézségek, beszédhibák, tanulási és magatartási zavarok, beilleszkedési problémák esetén* Budapest: Good Life Books Kiadó

Kis D. S.-Roznik B.-Kollár K.- Máté M.- Barna Cs.-Baji I. (2022): A Vadaskert Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő ADHD-specifikus támogató programok bemutatása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 50 (2-3), 149-158. DOI 10.52092/gyosze.2022.2-3.5

Kontra József (2011): *A pedagógiai kutatások módszertana*. Kaposvár Kaposvári Egyetem

Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság honlapja Letöltés dátuma: 2024.01.13. Forrás: <https://www.mpppot.hu/perinatalis-tudomanyok/perinatalis-terapiak/tsmt-tervezett-szenzomotoros-trening>

Martonné Tamás M. és Dévényi É. (2009): Az alapozó terápia elmélete és gyakorlata. In: Martonné Tamás M. (szerk.): *Fejlesztő pedagógia* A fejlesztés főbb elméleti és gyakorlati eljárásai Budapest ELTE Eötvös Kiadó, pp.32–66.

MeRSZ (2020): Kutatási módszerek, melyek jól hasznosíthatóak a tanulmányaid során Letöltés dátuma: 2023.10.20. Forrás: <https://mersz.hu/blog/kutatasi-modszerek/>

Miklósi M. (2019) A figyelemhiányos hiperaktivitászavar (ADHD) kognitív viselkedésterápiája. In: Perczel-Forintos D. és Mórotz K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt

Müller A.-Laoues-Czimbalo N.-Szerdahelyi Z.-Boda E.-Mező K.- (2021): A gyógypedagógiai mozgásfejlesztés szerepe és módszertani aspektusai. *Különleges Bánásmód* 7 (3) 101-112. DOI 10.18458/KB.2021.3.101.

Papp Zs. (2020): *Mozgásterápiák gyerekeknek* Pactum Kiadó

Pető I.- Ceglédi T. (2012): A pedagógusok SNI-vel szembeni attitűdje SACIE-vel mérve. *Iskolakultúra* 2012 (11), 66-82 Letöltés ideje: 2024. 01.30.
Forrás: <https://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/21329/21119>

Pongrácz K. (2022) Az ADHD-specifikus evidenciaalapú támogatás keretrendszere és alapelemei *Gyógypedagógiai szemle*, 50 (2-3) 117-127. DOI: 10.52092/gyosze.2022.2-3.2.

Ranschburg J. (2009): *Nyugtalan gyerekek -Hiperaktivitás és agresszió a serdülőkorban*. Budapest: Saxum Kiadó.

Stephens-Sarlós E. (2022): *A Stephens- Sarlós Program Tovább lépés megrekedt egészségi, tanulási, viselkedési és kommunikációs problémákról* Budapest AduPrint Kiadó

Szabó Cs -Nagyné Réz I. - Mészáros A. - Juhász A. (2014): A szociális képességek és viselkedésszabályozás megítélése *Gyógypedagógiai Szemle* 42 (3), 197-203.

Szabó Cs., és Vámos É. (2012): Egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja - Figyelemzavar és hiperaktivitás. In Torda Á. (szerk.), *Diagnosztikai kézikönyv*. Budapest: Educatio Nonprofit Kft
Letöltés dátuma: 2024.04.03.

Forrás: https://paks.tmpsz.hu/userfiles/files/diagnosztikai_kezikonyv_8fejezet.pdf

Szvatkó A. (2009): Hiszen ez játék!- Szenzoros integrációs terápiák a fejlesztésben. In: Martonné Tamás M. (szerk.) *Fejlesztő pedagógia A fejlesztés főbb elméletei és gyakorlati eljárásai* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó pp.88-104.

Szvatkó A.-Arató D.-Bodnár E.-Fodorné Földi R. (2020): *Gyermekút Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. Letöltés dátuma: 2023. 07.14.
Forrás: https://gyermekut.hu/pdf/Mozgasterapia_e-verzio.pdf

Tárnok Zs. (2023): Figyelemi problémák gyermekkorban. In: Zsidó N. A. és Lábadi B. (szerk.): *Figyelem a gyakorlatban* Akadémia Kiadó, pp.280–303.

Varga Izabella (2016): Hiperaktív gyermekek pszichomotoros terápiája- Ernst J. Kiphard és Jürgen Schindler gondolatai. In: Szvatkó A. (szerk.) *Billenések Tanulmányok a dinamikus Szenzoros integrációs terápia köréből* Budapest: Oriold és Társai Kiadó, pp.263–274.

Vetró Á. (2000): A figyelem és cselekvésszervezési képesség zavarai. In Illyés S.(szerk.), *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest: Szerzői magánkiadás.

Ábrajegyzék

1. ábra	Életkor szerinti megoszlása (forrás: saját szerkesztés)	27
2. ábra:	Szülők legmagasabb iskolai végzettsége (forrás: saját szerkesztés)	28
3. ábra:	Lakóhely közigazgatási besorolása (forrás: saját szerkesztés)	28
4. ábra:	Gyermek életkora (forrás: saját szerkesztés)	29
5. ábra:	Megjelenő komorbid tünetek (forrás: saját szerkesztés)	30
6. ábra:	Gyermek által látogatott intézmény (forrás: saját szerkesztés)	31
7. ábra:	Köznevelési intézmény fenntartója (forrás: saját szerkesztés)	32
8. ábra:	Intézményváltások száma (forrás: saját szerkesztés)	33
9. ábra:	Tankötelezettség teljesítése (forrás: saját szerkesztés)	34
10. ábra:	ADHD tüneteinek észlelése (forrás: saját szerkesztés)	35
11. ábra:	Tünetek-figyelem (forrás: saját szerkesztés)	36
12. ábra:	Tünetek- aktivitás (forrás: saját szerkesztés)	37
13. ábra:	Tünetek-impulzivitás (forrás: saját szerkesztés)	38
14. ábra:	Gyermek életkora a diagnózis idején (forrás: saját szerkesztés)	40
15. ábra:	Az előírt fejlesztések biztosítása az intézményekben (forrás: saját szerkesztés)	41
16. ábra:	A szakértői véleményben megfogalmazott javaslatok figyelembevétele a nevelés- oktatás során (forrás: saját szerkesztés)	42
17. ábra:	Segítő személye (forrás: saját szerkesztés)	43
18. ábra:	Segítség formája (forrás: saját szerkesztés)	44
19. ábra:	Információforrás (forrás: saját szerkesztés)	45
20. ábra:	Szülők által ismert terápiák az ADHD kapcsán (forrás: saját szerkesztés)	46
21. ábra:	Alkalmazott terápiák (forrás: saját szerkesztés)	47
22. ábra:	Leghatékonyabb terápiás eljárás (forrás: saját szerkesztés)	48

23. ábra: Mozgásterápián résztvevők aránya (forrás: saját szerkesztés)	49
24. ábra: Alkalmazott mozgásterápiák (forrás: saját szerkesztés)	50
25. ábra: Gyermek életkora a mozgásterápia kezdetén (forrás: saját szerkesztés)	51
26. ábra: Pozitív változások a mozgásterápia hatására (forrás: saját szerkesztés)	52
27. ábra: Csecsemőkori reflexek leépülése (forrás: saját szerkesztés)	53
28. ábra Csecsemőkori reflexek fennmaradása a mozgásterápia kezdetén (forrás: saját szerkesztés)	54
29. ábra: Gyermek rendszeres sporttevékenysége (forrás: saját szerkesztés)	55
30. ábra: Gyermek sporttevékenységei (forrás: saját szerkesztés)	56
31. ábra: Gyermek baráti kapcsolatai (forrás: saját szerkesztés)	57
32. ábra: Tartós baráti kapcsolatok jelenléte (forrás: saját szerkesztés)	58
33. ábra: Gyermek helyzete a közösségben (forrás: saját szerkesztés)	59

Melléklet

Kérdőív

1. Az Ön életkora

- ☐ 20-30 év
- ☐ 31-40 év
- ☐ 41-50 év
- ☐ 50 év felett

2. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége

- ☐ általános iskola
- ☐ szakiskola, szakmunkásképző
- ☐ érettségi
- ☐ főiskola, egyetem

3. Lakóhelyének közigazgatási besorolása

- ☐ község
- ☐ város
- ☐ megyeszékhely
- ☐ főváros

4. Gyermek életkora

5. Gyermek diagnózisa(Több választ is megjelölhet)

- ☐ kevert specifikus fejlődési zavar
- ☐ iskolai készségek kevert zavara
- ☐ TIC zavar
- ☐ autizmus spektrum zavar
- ☐ enyhe értelmi fogyatékoság
- ☐ aktivitás és figyelemzavar (ADHD)
- ☐ dyslexia, discalculia, dysgraphia
- ☐ egyéb:
- ☐

6. Milyen intézménybe jár gyermeke?

- ☐ óvoda
- ☐ általános iskola
- ☐ szakközépiskola
- ☐ szakgimnázium
- ☐ gimnázium
- ☐ főiskola, egyetem
- ☐ EGYMI/ speciális csoport, osztály

7. Milyen fenntartású az intézmény, ahová gyermeke jár?

- ☐ állami/önkormányzati
- ☐ nemzeti önkormányzati
- ☐ egyházi
- ☐ magán/alapítványi/alternatív

8. Előfordult, hogy gyermekének- különböző problémák miatt- intézményt kellett váltania?

- ☐ Nem
- ☐ Igen, egyszer
- ☐ Igen, többször

9. Milyen módon teljesíti gyermeke a tankötelezettséget?

- ☐ Minden napos intézménylátogatással
- ☐ Egyéni tanrenddel

10. Hány éves volt gyermeke, mikor észlelte az ADHD tüneteit?

(rövid szöveges válasz)

11. Mennyire jellemzik gyermekét az alábbi tünetek? Figyelem

	egyáltalán nem	enyhén	általában	teljes mértékben
Nem figyel a részletekre, gondatlanságból hibákat ejt.				
Gyakran nem figyel, ha hozzá beszélnek.				
Gyakran veszít el dolgokat. pl esernyő				
Gyakran elterelik a figyelmét hangok, látványok.				
Feledékeny a mindennapokban.				

12. Mennyire jellemzik gyermekét az alábbi tünetek? Aktivitás

	egyáltalán nem	enyhén	általában	teljes mértékben
Gyakran mozog, fészkelődik, nem képes egyhelyben maradni.				
Rendszerint feláll, elhagyja a helyét olyan helyzetekben, mikor nem szabadna.				
Sűrűn felmászik bútorokra, vagy veszélyes helyekre.				
Zajos, nem tud csenden játszani.				
Tele van energiával, mintha fel lenne húzva.				

13. Mennyire jellemzik gyermekét az alábbi tünetek? Impulzivitás

	egyáltalán nem	enyhén	általában	teljes mértékben
Túl sokat beszél.				
Nehezen várja ki a sorát a beszélgetésbe.				
Túl bátor, tolakodó viselkedést mutat.				
Gondolkodás előtt cselekszik.				
Dühkitörés				
Alacsony a kudarctűrése.				
Agresszív viselkedést mutat.				

14. Mely tüneteket tartja Ön szülőként a legzavaróbbnak?

15. Mely tüneteket tartja a környezet/család/barátok a legzavaróbbnak?

16. Mely tüneteket tartja a legzavaróbbnak az intézmény/pedagógus, ahová gyermeke jár?

17. Hány éves volt gyermeke, mikor az ADHD diagnózist kapta?

18. A szakértői véleményben leírtak szerint biztosítja az intézmény gyermeke fejlesztését?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

19. Ha az előző kérdésben igennel válaszolt, kérem válaszoljon: milyen fejlesztést kap gyermeke az intézményben, ahová jár?

20. A szakértői véleményben megfogalmazott korrekciós, fejlesztési tanulásszervezési javaslatokat figyelembe veszi a pedagógus a gyermek nevelése-oktatása során?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Részben

21.Kitől kapott segítséget a gyermekét illetően? (több választ is megjelölhet)

- ☐ óvodapedagógustól
- ☐ védőnőtől
- ☐ tanítótól
- ☐ szaktanártól
- ☐ gyógypedagógustól
- ☐ iskolapszichológustól
- ☐ magán pszichológustól
- ☐ intézményvezetőtől
- ☐ gyermekorvostól
- ☐ pszichiátertől
- ☐ baráttól, családtagtól, érintett szülőtől
- ☐ egyéb

22. Milyen jellegű segítséget kapott? (több választ is megjelölhet)

- ☐ nevelési tanácsok
- ☐ tanulási módszerek, technikák
- ☐ jutalmazási praktikák
- ☐ sportolási ötletek
- ☐ kihez fordulhatnak segítségül
- ☐ szakkönyvek, folyóiratok ajánlása
- ☐ tapasztalatok intézményekről
- ☐ tapasztalatok szakemberekről
- ☐ tapasztalatok terápiákról
- ☐ egyéb

23. Honnan szerezte a legtöbb és leghasznosabb információt az ADHD-vel kapcsolatban?

- ☐ internetről
- ☐ szakkönyvekből, folyóiratokból
- ☐ szakemberektől
- ☐ ismerősöktől, családtagoktól
- ☐ egyéb

24. Milyen terápiás lehetőségekről, egyéb megsegítésekről, kiegészítő eljárásokról hallott az ADHD kezelése kapcsán? (több választ is megjelölhet)

- ☐ mozgásterápiák
- ☐ kognitív viselkedésterápia
- ☐ gyógyszeres терапия
- ☐ szülőtréning
- ☐ neurofeedback
- ☐ agykontroll
- ☐ étrendterápia
- ☐ hallási figyelemterápia
- ☐ táplálékkiegészítők (Magnézium, Omega 3, B vitaminok)
- ☐ egyéb:

25. Milyen terápiákon, fejlesztéseken vett részt gyermeke eddig? Kérem sorolja fel!

26. Melyik terápiás eljárást, fejlesztést tartja a leghatékonyabbnak az eddigi tapasztalatai alapján?

27. Mozgásterápián vett rész gyermeke?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

28. Ha az előző kérdésre igennel válaszolt, milyen mozgásterápián vett részt gyermeke?

- ☐ Dévény torna
- ☐ Alapozó терапия
- ☐ Kulcsár Mihályné féle komplex mozgásterápia
- ☐ INPP
- ☐ HRG
- ☐ TSMT
- ☐ Ayres терапия
- ☐ egyéb

29. Hány éves volt gyermeke, mikor a mozgásfejlesztést kezdték?

30. Milyen pozitív változást tapasztalt gyermekén a mozgásterápia hatására? (több választ is megjelölhet)

- ☐ Nem tapasztalt pozitív változást.
- ☐ Beindult a megkésett beszédfejlődése.
- ☐ Javult a mozgáskoordinációja.
- ☐ Fejlődött az anyanyelvi készsége.
- ☐ Fejlődött a szövegértése, olvasása.
- ☐ Fejlődött a kézügyessége.
- ☐ Javult az egyensúlya.
- ☐ Nőtt az önbizalma.
- ☐ Javult a figyelme, koncentrációja.
- ☐ Fejlődött a kudarcűrése.
- ☐ Tantárgyi teljesítménye javult.
- ☐ Kiegyensúlyozottabb lett.
- ☐ Együttműködőbb lett a felnőttekkel és a társaival.
- ☐ Egyéb

31. Hallott már Ön a csecsemőkori reflexek leépülésének fontosságáról?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

32. Jelen volt gyermekénél a csecsemőkori reflexek fennmaradása a mozgásterápia kezdetén?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

33. Gyermeke rendszeresen sportol?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

34. Ha az előző kérdésre igennel válaszolt: mit sportol gyermeke? Milyen rendszerességgel?

35. Könnyen alakít ki gyermeke baráti kapcsolatokat?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

36. Vannak tartós baráti kapcsolatai gyermekének?

- ☐ Nincs
- ☐ Van

37. Milyennek látja gyermeke helyzetét a csoportban/osztályközösségben?

NYILATKOZAT

a záródolgozat/szakdolgozat/diplomadolgozat/portfólió¹ nyilvános hozzáféréseiről és eredetiségéről

A hallgató neve: Takácsné Vittmann Erika
A Hallgató Neptun kódja: CA26MB
A dolgozat címe: Mozgásfejlesztés, mint terápiás lehetőség az aktivitás és figyelemzavaros gyermekek között
A megjelenés éve: 2024.
A konzulens intézetének neve: Neveléstudományi Intézet
A konzulens tanszékének a neve: Gyógypedagógiai Tanszék

Kijelentem, hogy az általam benyújtott záródolgozat/szakdolgozat/diplomadolgozat/portfólió² egyéni, eredeti jellegű, saját szellemi alkotásom. Azon részeket, melyeket más szerzők munkájából vettem át, egyértelműen megjelöltem, és az irodalomjegyzékben szerepeltettem.

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

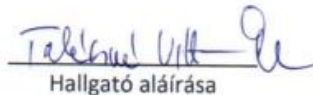
A leadott dolgozat, mely PDF dokumentum, szerkesztését nem, megtekintését és nyomtatását engedélyezem.

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

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

- nem titkosított dolgozat a védést követően
- titkosításra engedélyezett dolgozat a benyújtásától számított 5 év eltelte után nyilvánosan elérhető és kereshető lesz az Egyetem könyvtári repozitori rendszerében.

Kelt: 2024. 04. 14.


Hallgató aláírása

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.

² A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.

NYILATKOZAT

Takácsné Vittmann Erika (név) (hallgató Neptun azonosítója: CA26MB) konzulenseként nyilatkozom arról, hogy a záródolgozatot/szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfóliót¹ áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

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

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

Kelt: Kaposvár, 2024. április 08.


Belső konzulens

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törlendő.

² A megfelelő aláhúzendó.

³ A megfelelő aláhúzendó.