

MISKOLCI EGYETEM
BÖLCSESZET- ÉS TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR
SZOCIOLÓGIA MESTERSZAK

OTDK DOLGOZAT

**AZ ADHD-S GYERMEKEK ISKOLAI SZOCIALIZÁCIÓJÁNAK ÉS
INTEGRÁCIÓJÁNAK NEHÉZSÉGEI, A SZÜLŐI ATTITÚDOK
SZEMPONTJÁBÓL**

Konzulens:

dr. habil. Szabó-Tóth Kinga Dóra
egyetemi docens, intézetigazgató

Hallgató:

Pahanovné Egri Zsanett
Szociológia MA

Miskolc

2024

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	4
Elméleti háttér	7
1. Az ADHD (figyelemhiányos- hiperaktivitás zavar)	7
1.1. Az ADHD történelmi áttekintése	8
1.2. Az ADHD etiológiája	8
1.3. Az ADHD komorbiditása.....	8
1.4. Prevalencia	9
2. Az ADHD családi és társadalmi kihívásai, hatásai	13
2.1. Deviancia, Diszkrimináció és Esélyegyenlőtlenség.....	13
2.1.1. Deviancia.....	13
2.1.2. Diszkrimináció	14
2.1.3. Esélyegyenlőtlenség	15
2.3. Iskola és pedagógusok érintettsége	18
3. A kutatás módszertani kerete	20
4. A kutatási eredmények.....	22
4.1. Hipotézisek ellenőrzése	33
5. Összegzés	38
Irodalomjegyzék.....	43
Ábrajegyzék	45
Táblázatjegyzék.....	45
Abstract	46
Melléklet	48

Bevezetés

Dolgozatom vizsgálata elsősorban olyan gyermekekre irányul, akik az ADHD hiperkinetikus zavarban élnek mindennapjaikat és küzdenek meg nap, mint nap önmagukkal, és környezetükkel. A létezéséről az orvostudomány régóta tud, hiszen Weikard német orvos már a XVIII. században feljegyezte a tüneteit és terápiás lehetőségeit. Azóta számos tudományos kutatás zajlott, és jelenleg is zajlik a betegség pontos megismeréséről, kezelésének lehetőségeiről. Többen felteszik a kérdést: A hiperaktivitás és figyelemzavar egy valódi betegség, vagy sem. (?)

A dolgozat célja, hogy megismertesse, valójában mi is az az ADHD hiperkinetikus zavar. Hiszen sokan még nem ismerik, vagy csak más egyéb tünetét hallották valahol. Esetleg a nem hivatalos elnevezésével találkoztak, és csak tudják, hogy van „eleven” gyermek is, amit egyszerűen rossz szülői nevelésnek könyvelnek el. Bemutatom az ADHD gyermekek és a családok nehézségeit. Különös figyelmet fordítok a főbb kihívásokra, amely mindennapos kihívást jelentenek számukra, mint például a deviáns viselkedés és a diszkrimináció. Ezáltal lehetőséget nyújtva, hogy egy átfogó képet kapjunk a családról, a környezetükről és az iskola helyzetéről és működéséről. Javaslatokat tegyünk a pozitív változások elérésére érdekében, és az ADHD-s gyermekek esélyegyenlőségeik javításában. A dolgozat eredményei mellett a tudományos és társadalmi diskurzust is gazdagíthatja az ADHD hiperkinetikus zavarral kapcsolatos ismeretek és perspektívák megismertetése.

A téma társadalmi fontossága mellett, választásom mögött főként saját érintettségem áll, mert szakoktatóként, és anyaként is szerettem volna jobban megismerni a hiperkinetikus tünetegyüttest, ennek kapcsán a gyermekek és más családok életét, kihívásait, problémáit és esélyeit.

A dolgozatom első felében, megismertetem az ADHD fajtáit és tüneteit. Bemutatom a történelmi előzményeket, a kórkép kialakulásának fontosabb állomásait, majd az etiológiájával kapcsolatos kutatásokkal igazolom a genetikai meghatározottságát. Megismertetem a komorbid diagnózisait, hogy milyen pszichiátriai zavarok társulnak az ADHD mellé. Ezeknek a betegségeknek a részletes kifejtésére nem térek ki a dolgozatban. Mivel Magyarországon az ADHD prevalenciájának nincsen statisztikai felmérése, így csak becsült adatokat tudok bemutatni. Kitérek arra a szempontra is, hogy mennyire fontos a megfelelő diagnosztizálás, ami szükséges a hatékony terápia pontos menetének a megtervezéséhez. Mivel súlyosabb tünetek esetén pszichoaktív gyógyszerekből álló kezelés

történik a gyermekeknél, rendkívül fontos a szülő – orvos – pedagógus együttműködő kapcsolata, és a megfelelő kontroll megléte.

A normál populációhoz viszonyítva a tünetek jól megfigyelhetőek, felmérhetőek és egyértelműek. A deviáns viselkedésből, és teljesítésből adódóan az egyének társadalmilag és olykor szociálisan is kirekesztve vannak. Ezek hatásaitól a környezetükben élők is szenvednek. Elsődleges probléma az elfogadás, a megértés hiánya, és a diszkrimináció, mely nemcsak az iskolákban jelenik meg, hanem a társadalomban is.

A 6-12 hónapos várólistával rendelkező asszisztens rendszer működése, a szülőket arra készíti, hogy magánorvoshoz és magánfejlesztésekre vigyék gyermeküket. Az előírt iskolai fejlesztésekhez, a szakember hiánya miatt nem jut hozzá a gyermek, pedig ezek fontossága a terápia lényeges részét alkotják. Itt is a szülők azok, akik magánfejlesztéseket kereshetnek, finanszírozhatják (lehetőségeik szerint), hogy gyermekük ne kerüljön a teljes társadalmi kirekesztettség peremére.

Szintén fontos azzal foglalkozni, hogy a szülőkre, pedagógusokra és a szakemberekre milyen felelősség hárul. Egy anyának a stabil anya – gyermek kapcsolat, és a családon belüli harmonikus légkör létesítése az elsődleges feladata. Fontos a szigorú, de pozitív és következetes nevelés. A pedagógusoknak az elfogadás, a megfelelő bánásmód és a differenciált oktatás biztosítása az iskolában. Dolgozatom egyik célja, hogy bemutassam ezeket a kihívásokat.

A kutatásomban az alábbi kérdésekre keresem a választ:

K1. A szülők mennyire tájékozottak az ADHD tünetegyüttes ismeretanyagáról? A pedagógus szülők jobban tájékozottak az ismeretanyaggal?

K2. Milyen mentális helyzetben van a család, a gyermek ADHD diagnosztizálása után, az iskolai beilleszkedés során?

K3. Többségében járnak vagy sem a gyerekek magánfejlesztésekre? Ha igen, milyen anyagi kiadások adódnak ebből az iskolai integráció során? Mennyit költenek a szülők magánfejlesztésekre?

K4. A szülők véleménye szerint, kik azok a személyek vagy szervezetek, akiktől az iskolai integráció során segítséget várnak?

A dolgozat empirikus részében kvantitatív vizsgálati módszert választottam. Az online kérdőívvel az ADHD-s gyermekek szüleinek kisebb csoportját tudtam elérni, hiszen

jellemző rájuk egyfajta zárkózottság, ami a társadalmi kirekesztettségtől és a stigmatizálástól való félelem miatt alakul ki bennük. Kutatásom nem reprezentatív.

Bízom benne, hogy a dolgozatomban felhasznált szakirodalmak és a bemutatott kutatási eredmények – a sajátomat is beleértve – az olvasó számára is hasznos és újszerű információkat nyújtanak a választott témámról.

Kulcsszavak: ADHD és ismerete, SNI kód, iskolai beilleszkedés, emberi kapcsolatok, gyógyszer, magánfejlesztés, mentális állapot, szakmai segítség

Elméleti háttér

1. Az ADHD (figyelemhiányos- hiperaktivitás zavar)

Napjainkban a gyermekeket és felnőtteket is érintő krónikus mentális zavar az ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Ez a diagnózis a figyelemhiányos, hiperaktív és impulzív tünetekkel járó együttes, ami kihatással van a felnőttek és a gyermekek életére, szociális környezetére és a vele érintkezőkre egyaránt. Elsősorban az óvodában veszik észre a tüneteket az óvodapedagógusok, vagy iskolában tűnik fel alsó tagozatban, az állandóan mozgó és figyelmetlen gyermek az órai munkák során (Gádos, 2001).

A mindennapi önértékelési zavar, szociális funkciózavar és deviáns viselkedés nagyban megnehezíti egy gyermek iskolai beilleszkedését és tanulási folyamatát, ami nemcsak őket, hanem a környezetükben élő pedagógusokat is próbára teszi.

Három fő csoportját különböztetik meg.

1. táblázat ADHD fajtái és jellemző tünetei

1. Figyelemhiányos rendellenesség (ADD) Figyelmetlen típus	2. Hiperaktivitás rendellenesség (HD) Hiperaktív/Impulzív típus	3. Figyelemhiányos hiperaktivitás rendellenesség (ADHD) Kombinált típus
hibás feladatok, a feladatértelmezés miatt	ülés során is állandó mozgásban van	
nem követi az utasításokat, vagy többször lemarad	nem tud csendben játszani, tanulni és sokat beszél	
határidők be nem tartása	a sorban állástól kiborul	
iskolai vagy személyes tárgyait gyakran elveszíti	beleszól a beszélgetésbe, játékokba	
elfelejti a napi feladatait esetenként lassúság is jellemezheti	elveszi mások tárgyait, játékait	
könnyen elterelődik a figyelme, szétszórta, elmerengő álmodozó		
A figyelmetlenség a tanórákon és a házi feladatok írása közben, elábrándozás, szétszórtság, szervezatlenség, az összpontosítás hiánya jellemzi ezt a típus fajtát.	Állandó zizegés-mozgás jellemző rá. Cselekvései és döntései átgondolatlanok.	Amikor a figyelmetlen és a hiperaktív típus mindkét tulajdonsága megfigyelhető a gyermeknél.

Forrás: <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>
(saját szerkesztés)

1.1. Az ADHD történelmi áttekintése

Már 1775-ben megjelent egy orvosi könyvben a figyelemzavar, aminek tüneteit és terápiás lehetőségeit Melchior Adam Weikard német orvos írta le.

1994-ben írták le hivatalosan az ADHD 3 altípusát, és bekerült a DSM-IV „Betegségek Nemzetközi Osztályozása” rendszerbe.

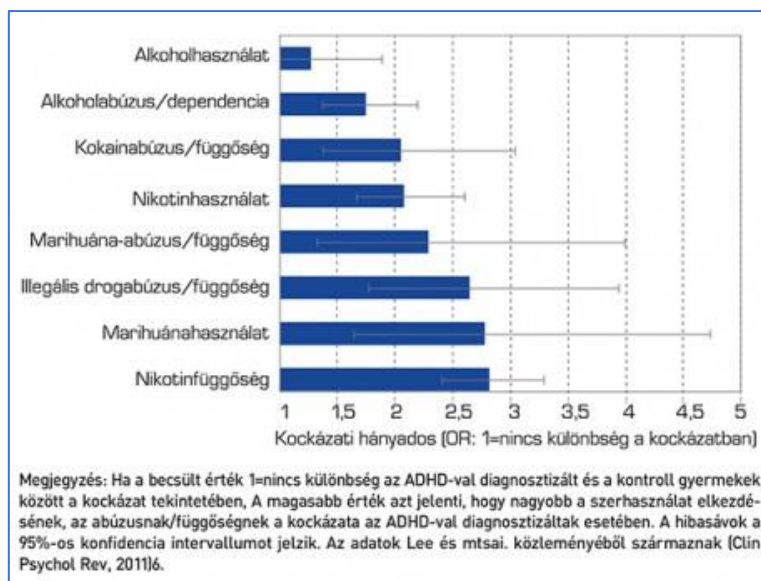
2003-ban Magyarországon megjelenik a Strattera nevű (atomoxetin) gyógyszer, ami 2014 tavaszától már államilag TB finanszírozott gyógyszernek minősül (Csiky, 2017).

1.2. Az ADHD etiológiája

Elsősorban genetikai kórképről beszélhetünk, és elenyésző kis százalékban mondhatjuk, hogy a környezeti hatásoknak is szerepe van a kialakulásában (Larsson, Chang, D'Onofrio, & Lichtenstein, 2014). A kutatóknak sikerült az ADHD örökölhetőségét 95%-ban kimutatniuk, és azt is, hogy nem egy gén felelős az öröklődésében, hanem egy összetett génkombináció (Elia & mtsai, 2010). Magában az öröklődésben nem, de kialakulásában és a tünetek erősségében a terhesség alatti dohányzás (2,4-szeres kockázat), emellett a terhesség alatti alkoholfogyasztás (2,5-szörös kockázat) és a gyógyszeresedés sem elhanyagolható tényező. A szülőknél előforduló pszichoszomatikus és egyéb személyiségzavarok esetén gyakrabban jelenik meg az ADHD, mint károsodás a szervezetben. Ennek okaként az idegrendszeri anyagcserezavar (keringészavar) játszik szerepet (Csiky, 2017).

1.3. Az ADHD komorbiditása

Kezeletlen ADHD-s személynél az idő múlásával mintegy 75%-nál komorbid diagnózis is társult az ADHD mellé. Ebből 50%-nak legalább három, vagy annál is több társultbetegség is fellelhető volt (Gádoros & Balázs, 2005). Ilyen komorbid diagnózis lehet: kényszerbetegségek, szerfüggőségek, depresszió, szorongás, pánikbetegség, diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, diszpraxia (nagy- és finommozgások ügyetlensége), dadogás, hadarás (beszéd zavarok), Tourette – szindróma, Asperger zavar, tikkelés, autizmus, skizofrénia, szenzoros integrációs zavar (érintés, tapintás, hallás, látás), alvászavar (Selikowitz, 2009) (Csiky, 2017) (Galán, Humphreys, & Chardée, 2018)



1. ábra A szerhasználat elkezdésének, az abúzusnak/függőségnek a becsült kockázati hányadosa (OR) ADHD-val élő gyermekeknél

Forrás: <https://mdpszichiatria.olo.hu/cikkek/adhd-es-szerhasznalat-aktualis-bizonyitek-es-terapias-megfontolasok?t=68a3d56d208a3078ee83a9e5df53dcc5566b7478fb39c8f92cbd75b2a3d044c9> (letöltve: 2024. 02. 15.)

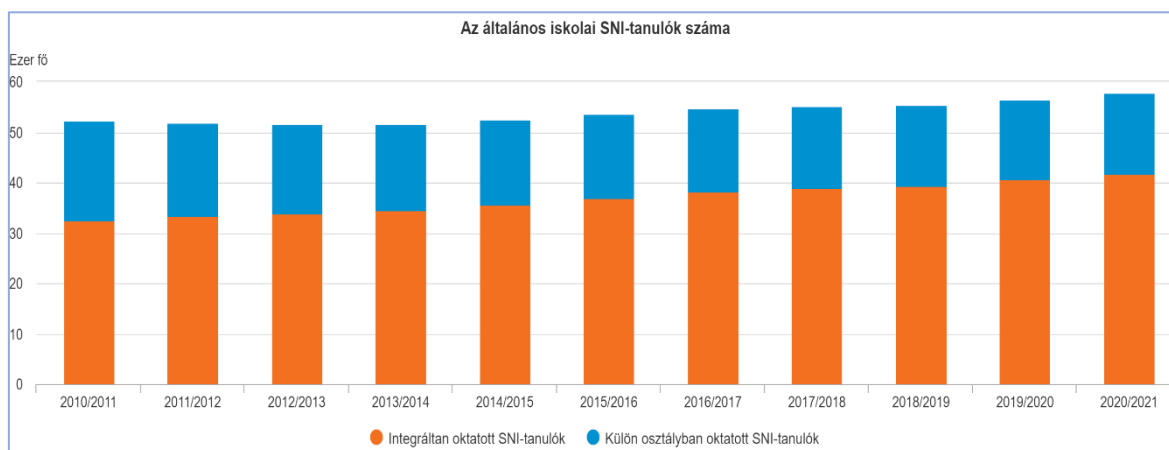
Mindezek mellett, az életük során a gyermekeket különböző pszichoszociális hatások is érik, amik nagyban befolyásolják az ADHD prognózisát. Ide sorolhatjuk az anya - gyermek kapcsolatát, agresszív családi háttérrel, állami gondozást, szociális és iskolai környezetet, egyéb biológiai, kémiai és fizikai környezetet és az életeseményeket, melyek epigenetikus folyamat részeként befolyásolják a tünetek megjelenését (Cantwell, 1996).

Pubertás kortól (9-14 éves kortól 16-18 éves korig) megjelenhet az antiszociális viselkedés, a különböző szerhasználat, mint például az alkohol- és drogfüggőség (kokain, marihuána..stb.), ami jelentős problémát okoz az ADHD-s fiatalok körében (Galán, Humphreys, & Chardée, 2018).

1.4. Prevalencia

A mentális pszichés zavarok közül gyermekeknél az ADHD fordul elő a leggyakrabban (AmericanPsychiatricAssociation, 2013). Magyarországon 2023-ban, a 4-17 éves kor közötti gyermekek száma 1.315.286 fő volt. Nemek eloszlása alapján a fiúk 675.553-an, a lányok 639.733 fő létszámban voltak.

Hazánkban hivatalos statisztika nem készül külön, az ADHD zavarra, csak összesített SNI (sajátos nevelési igényű) besorolás szerint. 2020/2021-es tanévben a felmérés szerint létszámuk 57.700 fő volt.



2. ábra Az általános iskolai SNI tanulók száma

Forrás: KSH <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/alt-iskola2021/index.html#asajtosnevelsiignytanulokszamasarnyatovbbemelkedett> (letöltve: 2024. 02. 22.)

Becsült adatok szerint Magyarországon 70.000 körüli, a 6-18 éves ADHD gyermekek száma, és ez kb. 20.000 családot érint. Ebből rendszeres ellátásban 3000-en részesülnek (Sófi & Mattiassich-Szokoli, 2022). Ez azért is veszélyes, mert a kezeletlen ADHD súlyosabb tünetekkel jár és több pszichikai és deviáns problémát jelent a számukra. Nem utolsó sorban társadalmi és gazdasági következményei is vannak, vagyis komoly költségvetési problémát okoz hazánknak.

Érintett terület	Kiadás / év
Szerhasználattal összefüggő fekvőbeteg ellátási költségek	182 000 000,00 Ft
Szerhasználattal összefüggő járóbeteg ellátási költségek	102 200 000,00 Ft
Munkanélküli segélyre fordított kiadás	3 000 000 000,00 Ft
„Intellektuális alulfoglalkoztatottság” okozta járulék kiesés	37 000 000 000,00 Ft
Emelt szintű családi pótlékra fordított kiadás	350 000 000,00 Ft
Emelt szintű oktatási normatívára fordított kiadás	240 000 000,00 Ft
Aktív fekvőbeteg ellátási költségek	290 000 000,00 Ft
Rehabilitációs fekvőbeteg ellátási költségek	46 000 000,00 Ft
Baleset elszívásával összefüggő ambuláns költségek	34 600 000,00 Ft
Fogvatartásra fordított kiadás	1 005 575 000,00 Ft
MINDÖSSZESEN	42 250 375 000,00 Ft

3. ábra Kiadások és veszteségek éves szinten

Forrás: <https://real.mtak.hu/143303/1/7690-Cikkszovege-38240-1-10-202205302.pdf> (Letöltve: 2024. 02. 22.)

Az ADHD-s gyermekek figyelmetlenségéből adódó balesetek miatt, az egészségügyi ellátásokat gyakrabban veszik igénybe. Az oktatásuk során a fejlesztések biztosítására alkalmazott pedagógusok plusz költsége, és az emeltszintű normatíva is többletköltség az

állam számára. Munkaerőpiacon az alacsonyabb végzettség miatt, rosszabbak az elhelyezkedési esélyeik, és fokozott veszélyt jelentenek a munkanélkülivé válás szempontjából is. A kezeletlen ADHD gyermekek, a társadalmi és szociális integráció hiányával, akár már serdülőkorra, vagy felnőttkorra bűnözőkké válhatnak. Erre még nem történt tudományos kutatás hazánkban, de nemzetközi adatokból kimutatható, hogy az agresszivitás, és oppozíciós zavar 1-10%-nál jelen van, ami kapcsolatban áll a bűnelkövetéssel. Magyarországon a fiatalok bűnelkövetőknek 50%-a ADHD-s. Költségek adódnak szerhasználathoz kapcsolódóan is, hiszen ezek szakellátást és fekvőbeteg ellátást is igényelhetnek (Sófi & Mattiassich-Szokoli, 2022).

1.5. ADHD differenciáldiagnosztikája és kezelése

Fontos megjegyezni, hogy bármilyen kezelés megkezdése előtt, szükséges a pontos diagnózis felállítása. Az ADHD diagnosztizálásában a gyermek pszichiáter az, aki fizikai vizsgálat, szülői kérdőívek, pszichológiai tesztek alkalmazásával tud korrekt anamnézist felállítani (Selikowitz, 2009).

A „Betegségek Nemzetközi Osztályozása” rendszer, az Egyesült Államokban DSM-5 című gyűjteményben van rendszerezve (American Psychiatric Association, 2013). Ugyanezt Magyarországon a BNO-10 Mentális Zavarok című könyv gyűjti össze, amiben az államilag elfogadott és használt kódokat rögzítették. Jelenleg a legfrissebb kiadása a BNO-11 Mentális zavarok címmel jelent meg. Ebben egy kritérium szerint, 12 éves kor előtt jelentkeznie kell már a tüneteknek. Mivel alul és akár túldiagnosztizálható is az ADHD, ezért fontos a diagnosztizálás szempontjából, hogy a tüneteknek legalább féléven keresztül fennállóak legyenek, és a kritériumok közül gyermekkorban 6+ legyen jelen, a 9-ből. Felnőttkorban 5+ tünet alapján állapítható meg az ADHD (Pulay, 2017).

A leghatékonyabb a multimodális, vagy kombinált terápia. Jobb, mint csak a gyógyszeres kezelés. Ugyanakkor a gyógyszeres kezelés hatásosabb, mint önmagában a nem-gyógyszeres kezelés. Az 1. táblázatban „Egyéb kiegészítő terápiák” hatékonyságára, egyelőre nincsen tudományosan megalapozott bizonyíték. Hat éves kor alatt a gyermekeknek nem javasolt a gyógyszeres terápia, ezért nagyon fontos, hogy a nem – gyógyszeres kezeléseket mielőbb elkezdjék náluk alkalmazni (Csiky, 2017).

2. táblázat ADHD kezelési módszerek

ADHD kezelése	
Nem-gyógyszeres kezelések	Gyógyszeres kezelés
Dinamikus szenzoros Integrációs Terápia - DSZIT	atomoxetine – STRATTERA, BITINEX
Ayres Terápia	metylphenidate - RITALIN
Tervezett Szenzomotoros Tréning - TSMT	dextroamphetamine + amphetamine - ADDERALL (USA)
Tudatos jelenlét meditáción alapuló terápia - MBCT	tiaprid – TIAPRIDAL
Kognitív viselkedésterápia - CBT	
Egyéb kiegészítő terápiák:	
Játékterápia	
Neurofeedback	
Diéta	
Hippoterápia (lovak terápia)	
Sport (úszás, vízilabda, kosárlabda, evezés)	
Családterápia	

Forrás: saját szerkesztés

Kezelés nélkül önértékelési zavarok kapcsán felléphet, motiváció vesztés, életvezetési problémák, tanulási- és kapcsolatproblémák és munkahelyi zavarok. Elkallódhatnak és később bűnözővé válhatnak vagy szerhasználók lesznek az ADHD-s fiatalok. Illetve egyéb pszichiátriai kórképek is társulhatnak a hiperkinetikus zavar mellé, mint pl.: a depresszió, szorongás, öngyilkos gondolatok, személyiségzavar (Csiky, 2017).

2. Az ADHD családi és társadalmi kihívásai, hatásai

Az életminőség érzelmi, szociális, társadalmi és iskolai működése, az ADHD gyermekeknél az életkor előrehaladtával vészesen csökkenni kezd. Nehézségek adódnak a szociális kapcsolatokban, ideértve a családi, baráti és munkahelyi közeget is. Azoknál a gyermekeknél, ahol az ADHD több tünete is fennáll, rosszabb volt a pszichoszociális életminőség (Klassen, Miller, A., & Fine, 2004). Pedig a jó tulajdonságaik közé tartozik, hogy jó humoruk van, kreatívok, segítőkészek, nyitottak, lelkesek és önzetlenek. Sokan átlag feletti memóriával rendelkeznek és jó az intuíciós készségük (Csiky, 2017).

2.1. Deviancia, Diszkrimináció és Esélyegyenlőtlenség

2.1.1. Deviancia

Az ADHD-s gyermekek viselkedése a hiperkinetikus zavarból adódóan más, mint a többi gyermeké. Legtöbbször izegnek – mozognak, egyhelyben ülni nem igazán tudnak, nem tudnak csendben játszani, tanulni és állandóan beszélnek. Türelmetlenek, beleszólnak bármilyen beszélgetésbe, játékokban veszíteni nem tudnak, ilyenkor a frusztráltságuk dührohammal is párosulhat. Ráadásul gyakran beszélnek csúnyán, mert nem tudják kontrollálni érzéseiket. Hétköznapi viselkedéseik az idegrendszeri éretlenségből adódóan, nem felel meg a társadalmi normáknak (Csiky, 2017).

A szociológia ezt a viselkedési formát deviáns viselkedésnek nevezi. Maga a deviancia nem más, mint a társadalom által elvárt normáktól eltérő normasértő magatartás. Durkheim szerint nem érdemes teljesen kiküszöbölni a devianciát, mert legalább ezáltal is tudatosulnak a társadalomban a normák. A devianciának két fontos funkciója van, ami a társadalom számára szükséges. Egyik az adaptív funkció, mely egyfajta innovatív erőként működik, és változásokat hoz magával. Második funkciója szerint a deviancia segíti a határokat fenntartani, a jó és a rossz viselkedési forma között (Giddens, 2008).

Amikor megnézzük a hírességek között, az ADHD-s személyeket, olyan neveket találunk közöttük, mint Leonardo Da Vinci, Salvador Dali, Vincent Van Gogh, Albert Einstein, Walt Disney, P. Picasso.¹ Persze az ADHD megjelenése előtti időkben, a történelmi személyekről

¹ <https://www.adhdcentre.co.uk/successful-people-with-adhd-superpowers/> (letöltve: 2024. 03. 07.)

csak valószínűsíthető az ADHD, és nincs rá tudományos megalapozottság. De például Leonardo Da Vinci aki nagyon sok téma iránt érdeklődött, hiszen matematikus, csillagász, művész, szobrász, mérnök, feltaláló, tudós, zenész, építész, botanikus, térképész, anatómus is volt, valószínűleg nehezen tudott egy témára fókuszálni, ráadásul sokszor halogatta a terveinek befejezését.

A modern kor ADHD-s hírességei között található Bill Gates, Churchill, B. Clinton, J. F. Kennedy, I. Newton, Steve Jobs és még sokan mások.

2.1.2. Diszkrimináció

Az ADHD-s gyermekeket gyakran éri diszkrimináció, mind az iskolában, mind a társadalomban egyaránt. Sokszor családi környezetük sem tolerálja deviáns viselkedésüket. Még nehezebb számukra az iskolai integráció, illetve a társas kapcsolatok kialakítása. A sikertelenség, mely adódhat türelmetlenségükből, figyelmetlenségükből frusztrációt és agresszív viselkedést eredményez. Az agresszió irányulhat önmagukra és társaikra is egyaránt (Dollard, 1939) (Andorka, 2000).

A diszkrimináció egy olyan fajta kirekesztő magatartás, amely során egy vagy több személyt hátrányosan megkülönböztetnek a tulajdonságaik alapján, például a faji hovatartozás, az életkor, a nemi azonosság, a szexuális orientáció, a vallás, az etnikai hovatartozás vagy a fizikai és mentális állapot alapján. Ez káros hatással lehet nem csak magára az érintett személyre, de a társadalom egészére is. Az érintettek számára a diszkrimináció hátrányos hatásai közé tartozik az elutasítás, a kirekesztés, az alacsonyabb bérek, a rosszabb munkakörülmények, az egészségügyi problémák és a szegénység. Az ilyen negatív hatások hozzájárulhatnak az érintett személyek önbecsülésének, mentális és fizikai egészségének (további) romlásához, valamint csökkenthetik az esélyeiket az oktatásban, a munkaerőpiacon és más területeken való előrehaladásban (Giddens, 2008).

De ahogy említettem, nem csak egyéni szinten érinti az embert, hanem a társadalom egészére is káros hatással lehet. Ugyanis a diszkrimináció hozzájárulhat egyaránt a társadalmi egyenlőtlenségekhez, a szegénységhez, az intoleranciához és a társadalmi konfliktusokhoz. Tehát olyan társadalmi normák és előítéletek eredménye, amelyek az adott csoportokat rosszabb színben tüntetik fel, és így megakadályozzák az egyenlő esélyeket és az elfogadás érzését (Kertesi, 2005).

2.1.3. Esélyegyenlőtlenség

Az iskolai egyenlőtlenségek kialakulásában fontos szerepet játszik az oktatási rendszer szerkezete és a szegregáció. Azoknak az egyéneknek, akik küzdenek az ADHD tünetegyüttes zavarai miatt, kevesebb lehetőségük van az oktatásra és a magasabb szintű iskolára való felkészítésre. Az oktatási rendszer egyenlőtlenségeket teremt azzal, hogy bizonyos csoportokat, egyéneket hátrányosan kezel, mint például az ADHD tanulókat, akik zavaró deviáns viselkedésük miatt nem kapják meg az azonos lehetőségeket.

Bourdieu szerint az iskolai egyenlőtlenségek okai közé tartozik az iskolai kultúra, amelynek a tanulók származása és társadalmi státusza határozza meg a szabályait és az elvárásait. Az iskolai kultúra olyan társadalmi norma, amely meghatározza, hogy mi számít fontosnak az iskolában, hogyan kell viselkedni és hogyan kell gondolkodni. Azoknak az egyéneknek, akiknek nincsenek meg az ehhez szükséges készségeik és ismereteik, nehezebb az alkalmazkodás az iskolai kultúrához és megfelelni az elvárásoknak (Bourdieu, 2008).

Az iskolai egyenlőtlenségek vonzataként, és az alacsonyabb végzettség miatt olyan társadalmi egyenlőtlenségek alakulnak ki, melyek gazdasági egyenlőtlenségeket is okoznak. Az egyenlőtlenség ezen a területen azt jelenti, hogy az embereknek nem egyenlő esélyeik vannak az állás megszerzésére, a bérre, a munkakörülményekre, a karrierlehetőségekre és az előmenetelre. A származás, a nemi hovatartozás, a bőrszín, az életkor, az egészségi – mentális állapot és a vallás előítéletei számos országban jelentős szerepet játszanak a munkaerőpiaci egyenlőtlenségek kialakulásában. Az emberek kizárása az állásokból, az alacsonyabb bérek és a rosszabb munkakörülmények csak tovább növelik az egyenlőtlenséget. Mindemellett az egyenlőtlenséget növeli az is, hogy bizonyos iparágakban és munkakörökben az emberek kevésbé fizetett és rosszabb feltételekkel járó munkákat végeznek. Az egyenlőtlenség növelését elősegíti a munkaerőpiacon tapasztalható jövedelemkülönbségek is. A magasabb jövedelműek általában jobban tudják megtervezni és irányítani életüket, beleértve a szabadidejüket, az oktatásukat és a karrierjüket is. Emellett általában nagyobb anyagi tartalékkal rendelkeznek, ami lehetővé teszi számukra, hogy jobb életminőséget éljenek. Ez az egyenlőtlenség a munkaerőpiacon nem csak az egyénekre van hatással, hanem az egész társadalomra is. Az egyenlőtlenség növekedése miatt az emberek csökkentik a fogyasztásukat, ami negatív hatással van a gazdasági növekedésre és az állam bevételeire is. Az egyenlőtlenség növeli a szegénységet és a társadalmi kirekesztést, ami további problémákat okoz a társadalom és az egyének számára is (Giddens, 2008).

2.2. Szülői attitűdök az ADHD-s gyermek nevelésében

Szülőként a gyermeknevelés egy nagyon összetett feladatkör. Egy ADHD-s gyermek esetében ez még komplexebb kötelezettséget jelent a szülők számára. Minden szülő úgy véli, hogy a gyermeknevelés feladatait el tudja látni, a verbális, affektív és a saját tapasztalatai által. Ezt nevezik észlelt szülői hatékonyságnak (Montigny & Lacharité, 2005). Az észlelt szülői hatékonyság, vagy szülői én-hatékonyság (Colman & Karraker, 1998) hatással van a szülő mentális helyzetére, az interakciók minőségére, a gyermek állapotához való alkalmazkodására és befolyásolja a stresszre adott reakciókat (Miklósi, 2015).

Az ADHD-s gyermekek mindennapi problémái jelentős hatással vannak a családtagjaik, főként a szülők érzelmi egészségére. Megzavarják az otthoni együttléteket és a családi kohéziót (Klassen, Miller, A., & Fine, 2004). A szülők közötti feszültség fokozódik, egyre több a konfliktus közöttük, így még a stabil házasságban élők párkapcsolata is, erőteljes szakítópróbának van kitéve nap mint nap (Szűcs, 2002). Az ADHD gyermek nevelésekor a szülőket sokkal nagyobb stressz éri, nehezen adaptálódnak és általában negatívabb a viselkedésük a gyermekükkel szemben (DuPaul, McGoey, KE., & VanBrakle, J., 2001).

Elveszíthetik a szülők korábbi baráti kapcsolataikat. Hiszen még ők sem tolerálják, a szabadidős tevékenységek és baráti összejövételek során, az ADHD-s gyermek generálta opposíció és magatartászavarokat. Nem mutatnak toleranciát és empátiát, mint akár egy másfajta fogyatéknél (Szűcs, 2002).

Tanyi Zsuzsa írása az autista gyermekeket nevelő szülőkről szól, mégis az ADHD gyermekeket nevelő szülőkre is érvényesek azon megállapításai, melyek a betegséggel illetve fogyatéknál született gyermekek családjának mentális helyzetére vonatkozik. Az efféle diagnózisok hatására a szülőkben megnő a stressz, és egyfajta gyászreakció alakul ki bennük. Hatalmas sokkhatásként élik meg, hogy a gyermekük nem „tökéletes”, majd elindul bennük egyfajta tagadás, félelem és büntudat érzelmi hullám. A félelem, ami a jövőre irányul. Kialakul egyfajta harag, elsőként a világra, majd felelősöket keresve, hogy kinek a családjából származhat a betegség. Másodsorban azokra, akik lenéznek, sajnálják, esetleg diszkriminálják is őket. Nagyobb mértékű lehet a harag, ha ezeket ráadásul a családtagoktól kapják. Az ítélkező társadalom megvetése, a szülők hibáztatása a rossz nevelési módszereikért, csak a szülők viktimizációját fokozza. Elkezdnek szociálisan elszigetelődni

a világtól. A szülők pszichikai egészsége fokozatosan romlani kezd. Ebben az anyák veszélyeztetettebbek, mint az apák (Tanyi, 2019).

A szülők mérlegelési jogkörét alkotja, hogy a gyermeküknek kiírt gyógyszeres kezelését elfogadják-e vagy sem. Mindezt befolyásolja a média, és az olyan internetes oldalak, melyek a gyógyszerek veszélyességéről szólnak. Ilyen felület a Scientológiai Egyház által létrehozott Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Egyesület weboldala és propaganda anyaga, amit iskolákhoz és nevelési tanácsadókhoz is eljuttattak már. Szórólapjaikon a tudományosan alátámasztott kutatásokkal ellentétes állításokat és vádakot tartalmaznak, megkérdőjelezve az ADHD létezését.

Idézet a honlapjukon közzétett szövegből:

„Az ilyen állapotokra felírt „gyógyszerek” valójában tudatmódosító szerek, olyan anyagok, amelyek sokkal közelebb állnak a drogokhoz, mint a gyógyszerekhez. E szerek csupán arra alkalmasak, hogy a gyermek kellemetlen tüneteit elfedjék, elkendőzzék. Számos szülő beszámolt róla, hogy a szer beadása után gyermeke „zombiként” viselkedik, kitágult pupillákkal néz maga elé, mintha ott sem lenne. Ezek a szerek alkalmasak arra, hogy a gyermek tüneteit elnyomják, de a megoldáshoz nem visznek közelebb, ráadásul számos nagyon kellemetlen, sőt veszélyes mellékhatással nehezíthetik a gyermek boldogulását.”²

Mindemellett számos olyan esetről számolnak be a pszichiáterek, és pedagógiai szakszolgálatok, hogy a szülő a gyógyszert nem adja be a gyermekének, ezzel veszélyeztetve az állapotát, az iskolai koncentrációját és magatartását.

A szakemberhiányt, és a fejlesztések szükségességét senki sem vonja kétségbe. A pedagógiai szakszolgálatok által előírt kezeléseket, az intézmények nem tudják 100%-ban teljesíteni, az így elmaradt fejlesztéseket szakemberhiányra hivatkozva nem biztosítják. Ilyenkor a szülő, illetve a családi költségvetés dönti el, hogy magánfejlesztésekre viszi a gyermeket, vagy sem. Kisebb településeken nem is biztos, hogy lehet találni magánfejlesztőpedagógust, vagyis még akár az útiköltséggel és a ráfordított idővel is számolniuk kell.

² <https://emberijogok.hu/hiperaktivitas-figyelemzavar-pszichiatriai-betegsegek-e-valojaban/> (Letöltve: 2024.02.29.)

2.3. Iskola és pedagógusok érintettsége

Az ADHD gyermekek és az iskolai pedagógusok viszonya meglehetősen változó tendenciát mutat. A statisztikai adatok alapján minden általános és középiskolai osztályban legalább 1 fő ADHD-s gyermek van (Jávorné, 1999). A szakemberek között sincs teljes egyetértés abban, hogy ezeket a gyermekeket integrált vagy szegregált oktatásban kellene elhelyezni. A pedagógusoknak nincs annyi idejük foglalkozni egy lassabban haladó, esetleg másféle módon tanuló gyermekre, mert akkor az ép tanulókra nem marad elég idejük.

Azok a felmérések, amelyek még óvodában készülnek nem megfelelően mutatják meg azokat a problémákat, amivel az osztályban szembesülnek a gyermekek. Ha esetleg nem tudnak teljesíteni egy általános tantervű intézményben, többnyire az iskola az, aki „ráhatással” magántanulói státuszba „kényszeríti” a gyermeket. Ennek egyik vonzata lehet, a szülő munkahelyének az elvesztése, ami jövedelem kiesést, anyagi nehézségek miatti otthoni feszültséget okoz. Magántanulói státusz alatt, nem utolsó sorban sérül a gyermek mind a társadalmi, mind az iskolai szocializációja. Pedig a gyermek életében a másodlagos szocializációs színhely az iskola.

A szülők a gyermek tanulási és teljesítési kudarcai, a napi otthoni tanulás, és a gyermek ellenállásából fakadó küzdelem során, állandósul a családban a stressz. Ez kimerültséget okoz mindenkinek, a szülők pedig alkalmatlannak tartják magukat arra, hogy hatékony segítséget tudjanak nyújtani a gyermeküknek (Szücs, 2002).

Enyhébb esetekben sokszor lehet szembesülni azzal a ténnyel, hogy az ADHD-s gyermekek többször váltanak iskolát, mire befogadó környezetet találnak. Azt el lehet képzelni, hogy ezek a gyermekek hogyan érzik magukat ilyenkor, amikor nekik amúgy is nehezebb az iskolai környezetbe való beilleszkedés. Vajon mennyit szenvedhetnek az effajta változások alatt? Nem szívbeli jószág befogadó iskolának, iskolai közösségnek lenni, hanem méltányosság az iskolai integrációban és a gyermeknevelésben (Jávorné, 1999).

Az ADHD-s gyermekek foglalkoztatása differenciált foglalkozásokon keresztül a leghatásosabb. Ehhez olyan pedagógusra van szükség, aki ért hozzá, befogadó, empatikus, toleráns és semmiképp nem stigmatizáló az osztályteremben. Más tanároknak ez a fajta viselkedés idegesítő és rendkívül frusztráló, tanítási módszerük ilyenkor csődöt mond. Szerencsére egyre több tanár tanul már az egyetemeken az ADHD-ról, de kevesen mennek el speciális továbbképzésekre és tanulnak megfelelő tanítási technikákat.

Ami nagyon hasznos és bevált módszer, az a viselkedésterápia alkalmazása. A jutalmazás – büntetés bevezetése, amikor a jutalmazás önmagában is az önbecsülést növeli, de fontos, hogy a büntetés kismértékű megvalósulással történjen. Ezenfelül lényeges még a szabályok megbeszélése és kialakítása. Ezeknek egyértelműnek, határozottnak és következetesnek kell lennie. Az ADHD-s gyermekeknek az is nagy segítség a mindennapokban, ha van konkrét időbeosztásuk. Kellő törődéssel és odafigyeléssel csökkenthető náluk a negatív reakció, az oppozíciós zavar és a dühkitörés (Nagy Lehoczky & Patai, 2015).

A pedagógusok és a szülők szoros kapcsolattartása és együttműködése elengedhetetlen. Fontos az egymás tájékoztatása, órai munkákról, házi feladról, az esetleges kirívó történésekről. Otthon a szülő feladata ellenőrizni a gyermek táskáját, felszerelését, házi feladatát, mindemellett tanulni vele, vagy esetleg korrepetálásra vinni, ami plusz kiadást jelent a háztartás költségvetésében.

A tanár feladata a gyógyszeres kezelés alatt álló gyermek esetében, biztosítani a gyógyszer bevitelét, és megfigyelni annak hatásait. A koncentráció javulását, esetleg az okozott tompulást észre venni és jelezni a szülő vagy a gyermek orvosa felé a megfigyelt változásokat (Selikowitz, 2009).

3. A kutatás módszertani kerete

Dolgozatom empirikus megalapozásához, mindenekelőtt feltérképeztem az általam választott témában megjelent releváns kutatásokat és eredményeket, amelyek mintegy megalapozásként szolgáltak a primer kutatás megtervezéséhez és megvalósításához. A szekunder kutatásom során megvizsgáltam az ADHD típusait, jellemzőit és a legfőbb kihívásait. A gyermekeket érintő önértékelési zavarok, szociális funkciózavar, a deviáns viselkedés és a diszkrimináció, ami nagyban megnehezíti a gyermekek társadalmi és iskolai integrációját, ez persze nemcsak nekik, hanem a pedagógusoknak is nagy kihívást jelent. Bemutattam azokat a komorbid tüneteket, amelyek okozhatnak életvezetési nehézségeket, tanulási- és kapcsolatproblémákat, valamint munkahelyi zavarokat is, melyek mind-mind megnehezíthetik az életüket. Ezek társadalmi, és gazdasági következményeit is feltártam kutatásomban. Foglalkoztam a szülők mindennapi nehézségeivel, melyek viktimizálják őket, mint például az ítélkező társadalom megvetése, vagy a szülők hibáztatása a rossz nevelési módszereikért. Olyan szekunder adatokat mutattam be, amelyek szintén azt jelzik, hogy egyre több a diagnosztizált ADHD gyermek, és még mindig nagyon kevés a hozzáértő szakember és szülő.

Dolgozatom *célkitűzése*, megvizsgálni az ADHD-s gyermekek iskolai integrációját és feltárni annak esetleges nehézségeit. Az is érdekelt, hogy szülők hogyan látják a gyermek iskolai integrációját? Melyek azok a hatások, amik az iskolai kapcsolatok kialakulása közben érik a gyermeket, és ezek mennyiben befolyásolják a család mentális állapotát? Az iskolában a gyermekek, milyen emberi kapcsolatokat alakítanak ki, ami a beilleszkedés hatékonyságát elősegítheti. Valamint a pedagógiai szakszolgálat és az iskolai fejlesztőszolgáltatások mennyire hatékonyak az iskolai beilleszkedés asszisztenciájában?

Összesen 86 kérdőív került kitöltésre. A lekérdezés periódusa 2 hét volt. Ebből a 86 kérdőívből 86 érvényes kérdőívet dolgoztam fel. Az összegyűjtött adatokat Microsoft Excel táblázatba konvertáltam, majd SPSS programmal készítettem el a statisztikai képleteket. A diagramok elkészítéséhez Microsoft Excel programot használtam. Többnyire feleltválasztós kérdéseket tartalmaz a kérdőív, de nyílt kérdések is megtalálhatóak benne. A kutatásom nem reprezentatív, a lekérdezés hólabda módszerrel történt.

A dolgozatomhoz kapcsolódó kutatásomban az alábbi kutatási kérdések megválaszolása vezérelt:

K1: A szülők mennyire tájékozottak az ADHD tünetegyüttes ismeretanyagáról? A pedagógus és vagy fejlesztő szakember szülők jobban tájékozottak az ismeretanyagról?

K2: Milyen mentális helyzetben van a család, az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedése során?

K3: Többségében járnak vagy sem a gyerekek magánfejlesztésekre? Mennyit költenek a szülők magánfejlesztésekre, és mennyiben függ össze a magánfejlesztések költsége az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedésével?

K4: Kik azok a személyek vagy szervezetek, akiktől az iskolai integráció során segítséget várnak a szülők?

Kvantitatív kutatásom során három hipotézist állítottam fel.

H1: Feltételeztem, hogy az iskolai integráció során, ha kialakulnak a jó iskolai és emberi kapcsolatok, akkor sikeresebb az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedése.

H2: Feltételezem, hogy a sikeres iskolai integráció során, a megfelelő pedagógiai szakszolgálat hatékonysága, az iskolai fejlesztések, a tanári tolerancia és a gyermek iskolai problémájának megfelelő kezelése, pozitív hatással van a gyermek iskolai beilleszkedésére.

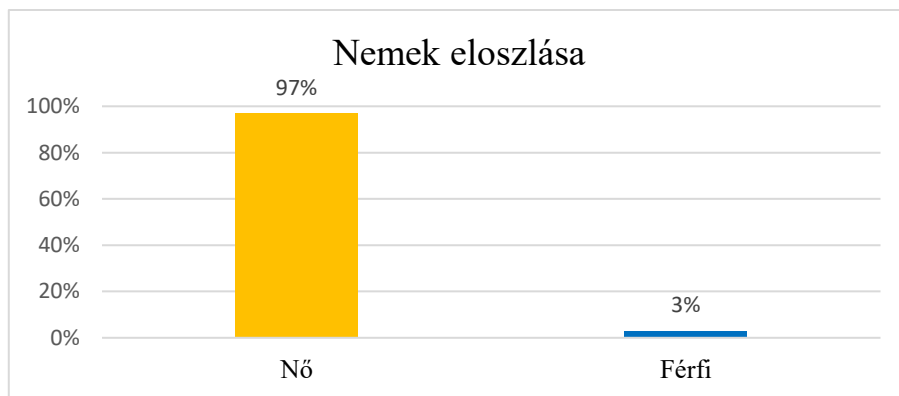
H3: Feltételezem, hogy a család mentális helyzetét, a gyermek iskolai integrációjának és beilleszkedésének minősége befolyásolja.

4. A kutatási eredmények

A kérdőív demográfiai és a fontosabb kérdéseinek elemzésére gyakoriság elemzést alkalmaztam. Ellenőrizve az adatok megfelelő eloszlását, a későbbi keresztábra elemzésekhez és a hipotézis vizsgálatokhoz. A **Frequencies – gyakoriság** vizsgálat egy leíró statisztika. Adathalmazunkból minden egyes változót egyenként megvizsgálunk, illetve egy változó jellemzőit bemutatjuk. Gyakorlatilag ide tartozik a megfigyelt egyedek egy változó (ismérv) szerinti eloszlásának jellemzése, a kutatás célcsoportjáról gyűjtött adatok rendszerezésére és leírására alkalmasak. Célja a minta adatainak áttekinthető formába történő rendezése, tömörítése, az adatok grafikus megjelenítése, ábrázolása és egyes jellemző értékeinek meghatározása. Amennyiben nem normál eloszlású a mintánk, de sok hasonló kategóriából állnak a változóink, abban az esetben átkódolást (recode) végezhetünk az adatainkkal³.

Ennek eredményeiből a következő megállapításokat vonhatjuk le.

A 86 válaszadóból 97% (N=84) nő, és 3% (N=2) személy férfi volt. Életkorukat tekintve 27-57 év közöttiek voltak, az átlag életkoruk 41,41 év, és átlagosan 2 gyermekük van.

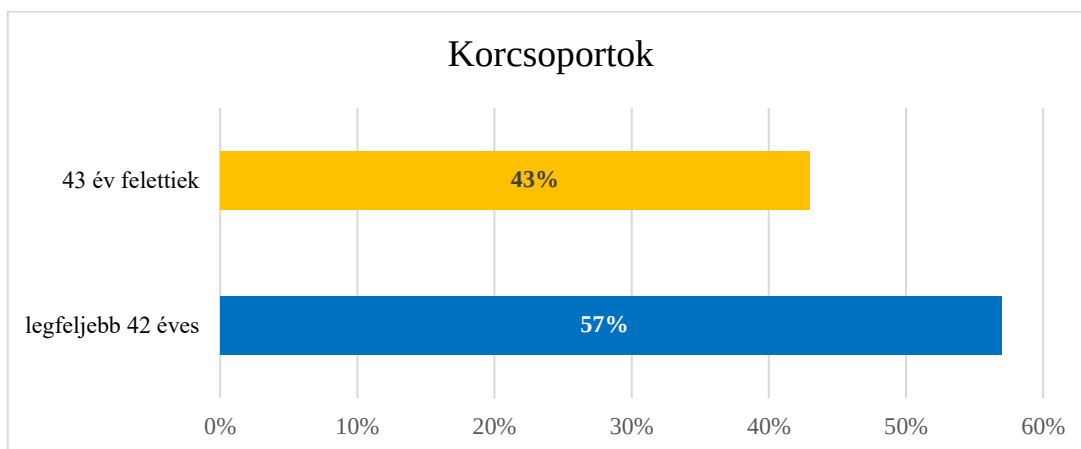


4. ábra Nemek eloszlása
Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók esetében, nyílt kérdést tettem fel a kérdőívben. Az így kapott válaszoknak (életkoroknak) megvizsgáltam a medián értékét, mely: 42 év volt, ezért a korosztályokat két csoportba konvertáltam. Az egyik korcsoport a *legfeljebb 42 évesek korosztálya* (=1) lett, a másik korcsoport a *43 év felettieket* (=2) foglalta magába. A kapott korcsoportokat, Frequencies vizsgálattal újra ellenőriztem, így a legfeljebb 42 évesek 57%-

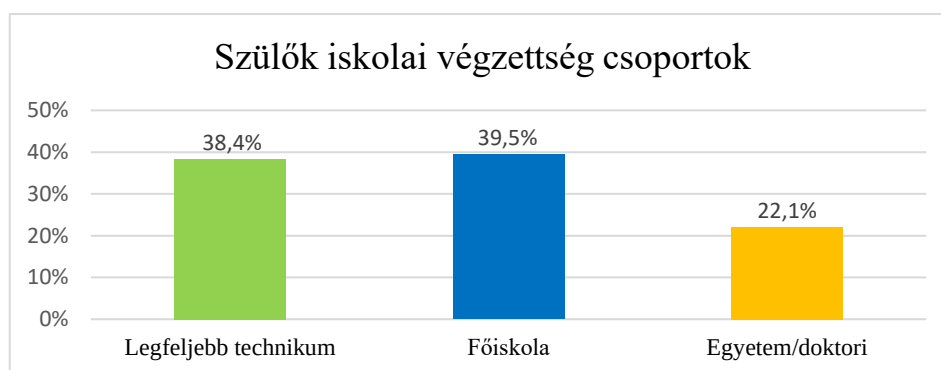
³ www.spssabc.hu (letöltve: 2024. 04. 10.)

a (N=49), a 43 év felettiek 43%-a (N=37) volt a válaszadóknak. Ezek az adatok normál eloszlásúak, így a továbbiakban fel lehet őket használni a statisztikai vizsgálatokhoz.



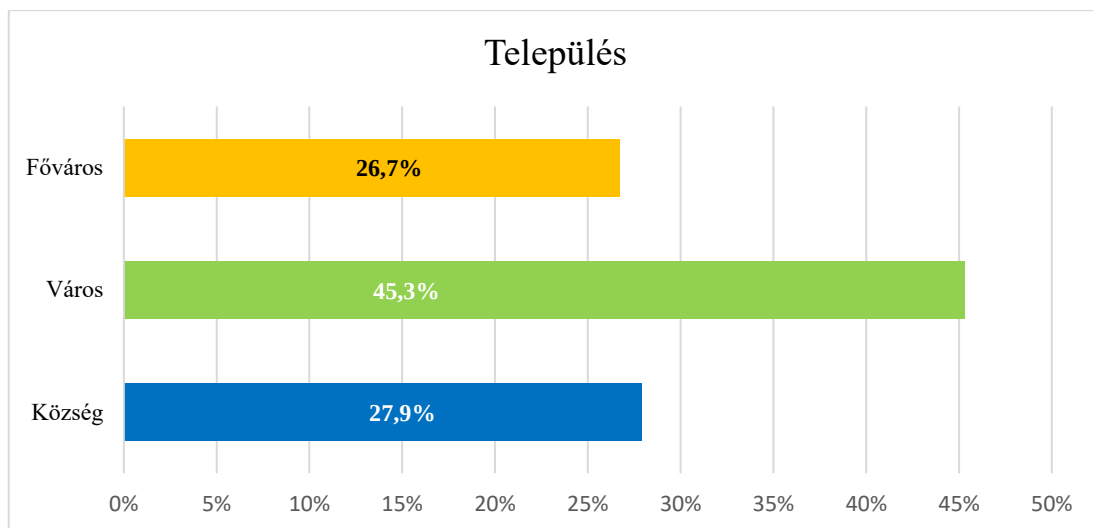
5. ábra Életkorok korcsoportosítása
Forrás: saját szerkesztés

Iskolai végzettségüket tekintve általános (8.osztály) 2,3% (N=2), szakképző, szakmunkásképző 2,3% (N=2), érettségi 23,3% (N=20), technikum 5,8% (N=5), OKJ szakképzettség 4,7% (N=4), felsőfokú képesítés (főiskola) 39,5% (N=34), egyetem/doktori 22,1% (N=19) végzettséggel rendelkeznek. Az aránytalan eloszlás miatt az iskolai végzettségeket három kategóriába csoportosítottam. Az egyik csoport lett a *legfeljebb technikumi végzettséggel rendelkezők* (=1) csoportja. Ebben az általános 8. osztály (1), a szakképesítés és szakmunkásképző (2), az OKJ (3), az érettségi (4) és a technikumi végzettségűek (5) szerepelnek, a többi csoport a *főiskola* (6)=2 és az *egyetem/doktori* (7)=3 csoport maradtak. Az így kapott gyakoriság elemzés alapján, a legfeljebb technikumi végzettségűek 38,4% (N=33), főiskola végzettségűek 39,5% (N=34), illetve egyetem/doktori végzettségűek 22,1% (N=19) szerepelnek. Ezzel az elvégzett csoportosítással és eredményekkel már lehet statisztikai elemzéseket elvégezni.



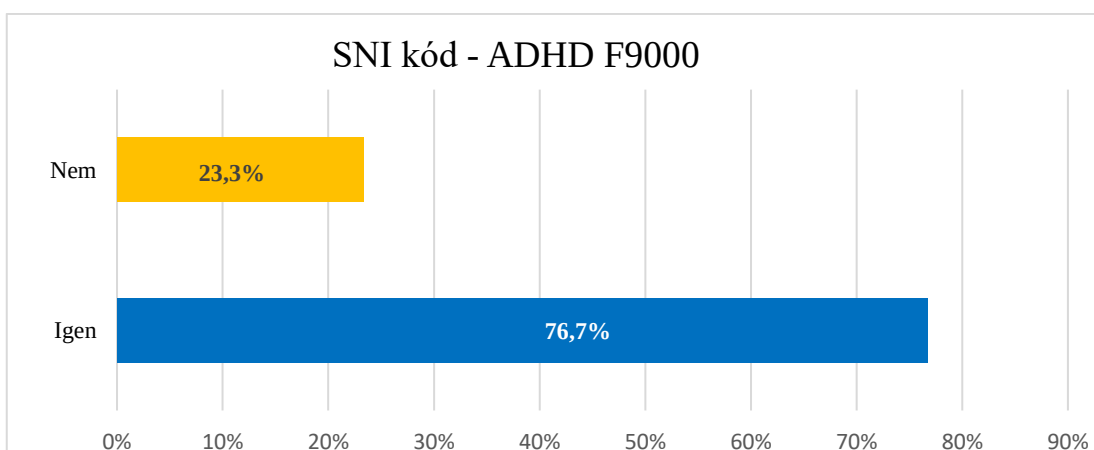
6. ábra Szülők iskolai végzettség csoportok
Forrás: saját szerkesztés

Lakóhely szerint, a válaszadók közül faluban (N=11) 12,8%, községben (N=13) 15,1%, nagyváros/városban (N=27) 31,4%, megyeszékhelyen (N=12) 14%, és fővárosban (N=23) 26,7% laknak. A változók kódolása: a falu (1) és a község (2) összevonásával, *község* változó lett (=1), a város/nagyváros (3) és megyeszékhely (4) változók összevonásával, *város* változó lett (=2) és a *főváros* (=3) kódolásával kaptam meg eredményeimet.



7. ábra Település szerinti lakhely csoportosítás
Forrás: saját szerkesztés

További Frequencies vizsgálattal határozom meg azt, hogy hány szülő választotta azt az opciót, hogy a gyermeke rendelkezik SNI kóddal, valamint mennyire ismeri jól az ADHD ismeretanyagát? Ennek eredményei szerint, a gyermekek 76,7%-a (N=66) *igen* rendelkezik SNI – ADHD kóddal (F9000), 23,3%-a (N=20) pedig *nem* rendelkezik.

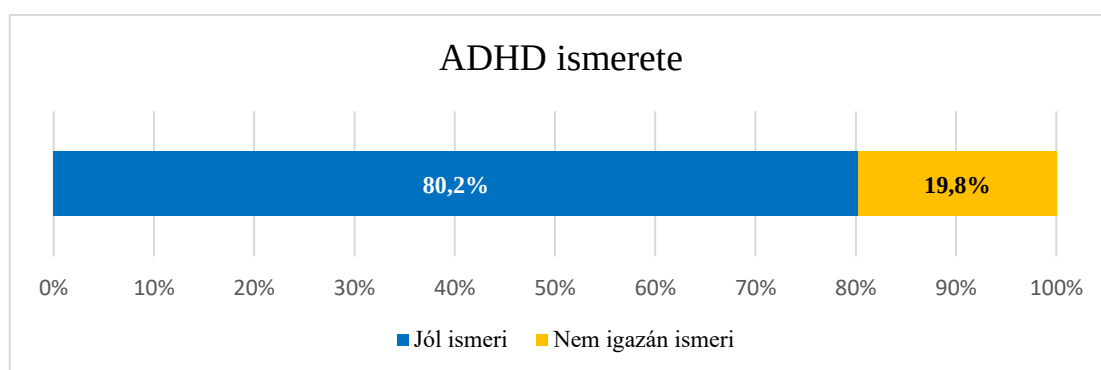


8. ábra SNI kód
Forrás: saját szerkesztés

Amikor egy gyermekről kiderül, hogy rendelkezik hiperkinetikus tünetekkel, és a szülőnek ez az információ egy teljesen új helyzetet teremt, az interneten vagy könyvekből

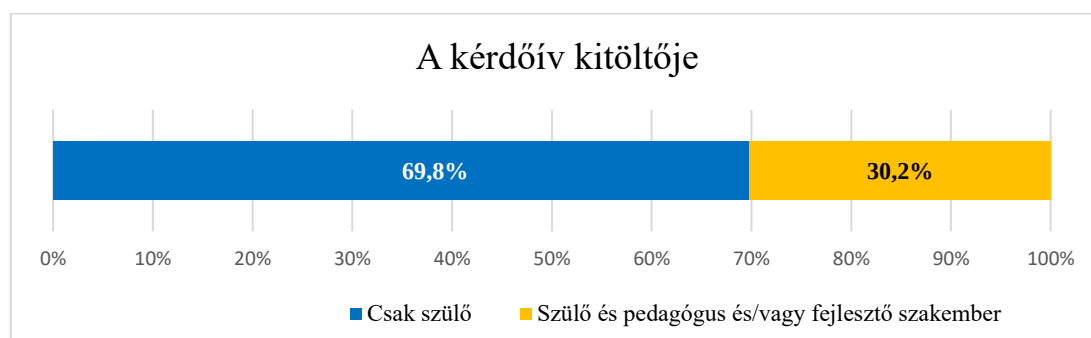
tudnak a leggyorsabban információhoz jutni, a kezeléséről, a lehetőségeiről és a továbbiakban ajánlott nevelési módszerekről. A kérdőívet kitöltő szülőktől, meg akartam tudni, hogy ők milyen ismeretanyaggal rendelkeznek az ADHD-ről. Ezt azért tartottam fontosnak, mert ehhez szorosan csatlakozik az a másik kérdés is, hogy csak szimplán szülő a szülő, vagy pedagógus és/vagy fejlesztő szakember szülő töltötte ki a kérdőívet?

Az ADHD ismeretanyagról szóló lehetséges válaszokat összevontam. Az egyáltalán nem (0), a nagyon keveset tud róla (1), a kicsit ismeri (2), a közepesen ismeri (3), a jól ismeri (4) és a nagyon jól ismeri (5) válaszokat két kategóriába csoportosítottam. A *jól ismeri* kategóriába (=1), a jól ismeri (4) és a nagyon jól ismeri (5) válaszokat tettem. A *nem igazán ismeri* kategóriába (=2) pedig, az egyáltalán nem (0), a nagyon keveset tud róla (1), a kicsit ismeri (2), a közepesen ismeri (3) válaszlehetőségeket vontam össze. Így kaptam az alábbi eredményeket. A kérdőív kitöltője 80,2%-a jól ismeri (N=69), és 19,8%-a (N=17) pedig nem igazán ismeri az ADHD ismeretanyagát. Ezáltal a változónk normál eloszlású lett.



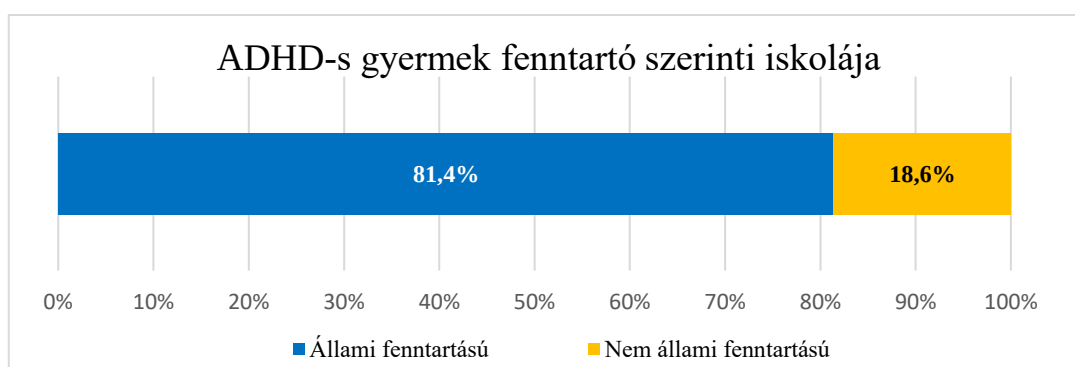
9. ábra ADHD ismeretanyag ismerete
Forrás: saját szerkesztés

Mindemellett gyakoriság vizsgálat alapján, a válaszadók 69,8%-a (N=60) *csak szülői* státusszal rendelkezik, és 30,2%-a (N=26) pedig olyan *szülő, aki pedagógus és/vagy fejlesztő szakember* képesítéssel rendelkezik, és van ADHD-s gyermeke.



10. ábra A kérdőív kitöltője (státusz)
Forrás: saját szerkesztés

Azt is megvizsgáltam, hogy többségében milyen iskolában tanulnak az ADHD-s gyermekek. Az adatok alapján, *állami fenntartású* (=2) intézménybe 81,4% (N=70), és nem állami fenntartású intézménybe 18,6% (N=16) jár, a kérdőívet kitöltő személy ADHD gyermeke. A *nem állami fenntartású* intézménynél (=1) összevonásra került az alternatív iskola (2), a magán iskola (3) és az egyházi iskola (4) válaszok.



11. ábra Fenntartó szerinti iskola
Forrás: saját szerkesztés

A gyakoriság vizsgálatok után, elsőként a kutatási kérdéseimre kerestem válaszokat. Ezeket többnyire Kereszt tábla, és ANOVA eljárással elemeztem.

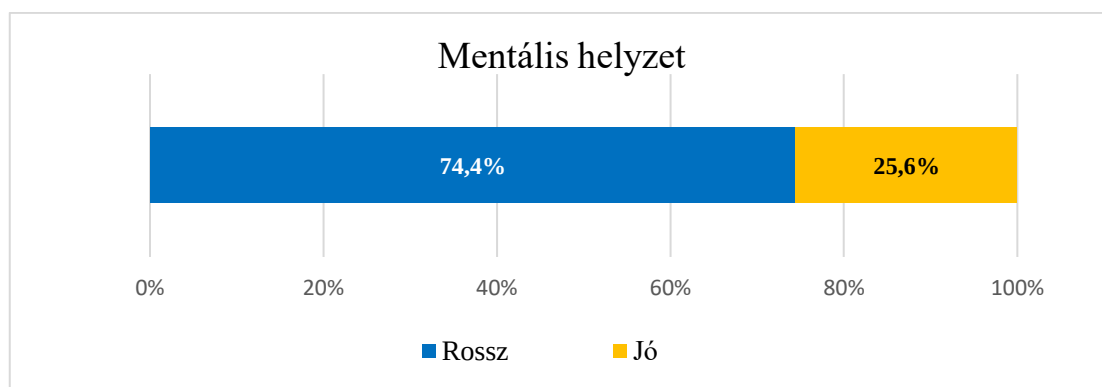
A Kereszt tábla (**Crosstabs**) alkalmazása során, két változónak a statisztikai szignifikancia kapcsolatát tudjuk megállapítani. A Pearson Khi-négyzet eredményeként kapott értékek mutatják meg, milyen erősségű összefüggés található a két változó között. Ha a szignifikancia szint $p < 0,05$, akkor van összefüggés a változók között, ha pedig $p > 0,05$, akkor nincsen összefüggés közöttük. A Khi-négyzet próba megerősítheti vagy cáfolhatja a szubjektív véleményünket (Babbie, 2017). Az elemzés elvégzése előtt, elsőként meg kell vizsgálni, a változók normál eloszlását, és ehhez Frequencies – gyakoriság vizsgálat elemzést kell végrehajtanunk mindegyik változónk esetében. Ha a feltételek nem teljesülnek, akkor nem lesz megbízható a Khi-négyzet próbánk. Amennyiben nem normál eloszlású a mintánk, de sok hasonló kategóriából állnak a változóink, abban az esetben átkódolást (recode) végezhetünk az adatainkkal.

A varianciaelemzés (**ANOVA**) két vagy több sokaság várható értékének összehasonlítására szolgál, és azt vizsgálja, hogy van-e különbség két (egyváltozós elemzés) vagy több (többváltozós elemzés) csoport átlaga között. A varianciaanalízis alkalmazásakor a független változó (Factor) kimenete (pl.: gyermek iskolai beilleszkedése), milyen hatással van a függő változó (Dependent List) értékére (pl.: magánfejlesztés költségei), átlagaira. Ha

ezek az átlagok szignifikánsan különböznek, akkor az azt jelenti, hogy a független változó érdemi hatással van a függő változóra.

K1: A szülők mennyire tájékozottak az ADHD tünetegyüttes ismeretanyagáról? A pedagógus szülők vajon jobban tájékozottak az ismeretanyagról? Kutatási kérdésem alapján kapcsolatot kerestem kérdőív kitöltőjének a státusza és, hogy mennyi ismeretanyaggal rendelkezik az ADHD-ról, változók között. Az ismeretanyag változó már korábban átkódolt (15.ábra) volt, a normál eloszlás érdekében. A kereszttábla elemzésem során, a Khi-négyzet próba szignifikancia szintje $p=0,207$ volt, így megállapítottam, hogy a két változó között nincsen összefüggés. Vagyis nem csak azok rendelkeznek több ismeretanyaggal, akik szülő és pedagógus és/vagy fejlesztő szakemberek, hanem azok is, akik csak szülők.

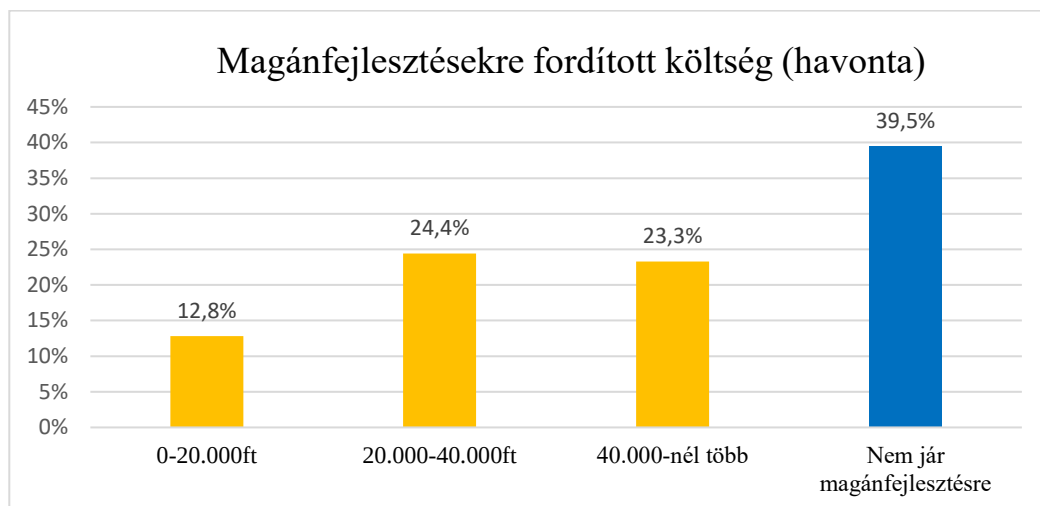
K2: Milyen mentális helyzetben van a család, az ADHD-s gyermek, az iskolai beilleszkedés során? Kutatási kérdésem során, Frequencies statisztikát alkalmazva, az adatok alapján a következőket állapítottam meg: rossz mentális helyzetben 74,4% ($N=64$), és jó mentális helyzetben 25,6% ($N=22$) vannak a válaszadók családjai. A mentális helyzetek összevonásra kerültek: kétségbeesett (1), a mentálisan kimerült (2) változó lett a rossz mentális helyzet (=1) változó és a nagyjából minden rendben van (3), jó (4), a minden rendben van (5) változó lett a jó mentális helyzet (=2) változó.



12. ábra Az ADHD-s gyermek családjának a mentális helyzete
Forrás: saját szerkesztés

A 74,4%-os rossz mentális helyzet főként azt jelzi, hogy az ADHD-s gyermeket nevelő családok, ki vannak merülve és kétségbeesettek. A nehezen kezelhető, túlpörgő gyermek mindennapi nevelése komoly problémát okoz a szülőknek és a családnak is egyaránt.

K3: Többségében járnak-e vagy sem a gyerekek magánfejlesztésekre? Mennyit költenek a szülők magánfejlesztésekre, és mennyiben függ össze a magánfejlesztések költsége az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedésével? Kutatási kérdésem alapján, elsőként a gyakoriság vizsgálatnál a következő eredményeket kaptam: 0-20.000ft közötti összeget 12,8% (N=11), 20.000-40.000ft közötti összeget 24,4% (N=21), 40.000ft-nál nagyobb összeget 23,3% (N=20) költ. Továbbá 39,5% (N=34) nem jár magánfejlesztésre.



13. ábra Az ADHD-s gyermeket nevelő család magánfejlesztésekre fordított költsége (havonta)
Forrás: saját szerkesztés

A gyermek beilleszkedése mennyiben függ össze azzal, hogy mennyi pluszköltséget költ a család a magánfejlesztésekre. Ezt a statisztikai számítást ANOVA – varianciaanalízissel oldottam meg. Az elvégzett SPSS→Analyse→CompareMeans→One-Way ANOVA statisztikai elemzésből, a következő értékeket kaptam. A Levene teszt homogeneity értéke: $0,033 > 0,05$, vagyis a szóráshomogenitás feltétele nem teljesült. Az ANOVA szignifikancia szintje $p=0,007$ volt. Megállapítottam, hogy a gyermek beilleszkedésének mértékei szignifikánsan különböznek, ezért a nullhipotézist elutasítom, azaz létezik legalább két olyan értéke a gyermek beilleszkedésének, amely szignifikánsan különbözik. Megvizsgáltam Post Hoc tesztel, hogy mely átlagok között van eltérés. A táblázatban csillaggal és sárga színnel megjelölésre kerültek azok a cellák, ahol a gyermek iskolai beilleszkedése között szignifikáns különbség adódott. A gyermek iskolai beilleszkedésének tulajdonságait fegyelembé véve vontam következtetéseket a magánfejlesztések költségeinek alakulásáról, azaz melyik gyermek iskolai beilleszkedése okoz szignifikáns különbséget.

3. táblázat Gyermek iskolai beilleszkedése és a magánfejlesztésekre fordított összeg átlagainak összefüggése

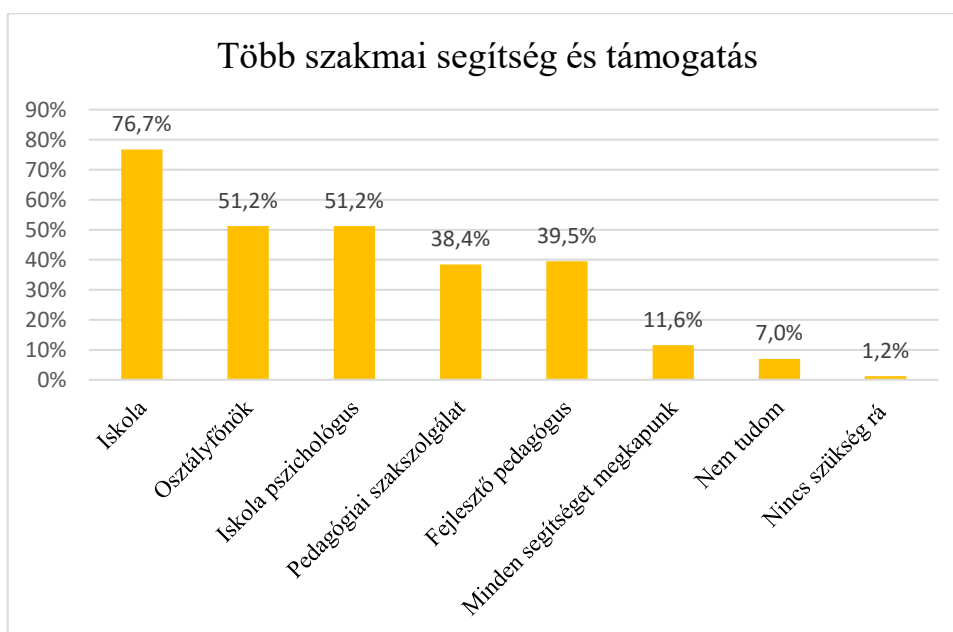
Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Maganfejlesztés költségei						
Tamhane						
(I) Gyermek iskolai beilleszkedése	(J) Gyermek iskolai beilleszkedése	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nagyon rossz	Rossz	0,44444	0,58343	0,998	-1,4892	2,3781
	Közepes	0,36111	0,41815	0,995	-1,1801	1,9023
	Jó	-0,5	0,41391	0,95	-2,0454	1,0454
	Tökéletes	0,71429	0,4738	0,824	-0,9303	2,3589
Rossz	Nagyon rossz	-0,44444	0,58343	0,998	-2,3781	1,4892
	Közepes	-0,08333	0,47908	1	-1,762	1,5953
	Jó	-0,94444	0,47539	0,536	-2,6232	0,7344
	Tökéletes	0,26984	0,52836	1	-1,5053	2,045
Közepes	Nagyon rossz	-0,36111	0,41815	0,995	-1,9023	1,1801
	Rossz	0,08333	0,47908	1	-1,5953	1,762
	Jó	-,86111*	0,24587	0,009	-1,576	-0,1462
	Tökéletes	0,35317	0,33708	0,978	-0,8131	1,5195
Jó	Nagyon rossz	0,5	0,41391	0,95	-1,0454	2,0454
	Rossz	0,94444	0,47539	0,536	-0,7344	2,6232
	Közepes	,86111*	0,24587	0,009	0,1462	1,576
	Tökéletes	1,21429*	0,3318	0,039	0,0481	2,3804
Tökéletes	Nagyon rossz	-0,71429	0,4738	0,824	-2,3589	0,9303
	Rossz	-0,26984	0,52836	1	-2,045	1,5053
	Közepes	-0,35317	0,33708	0,978	-1,5195	0,8131
	Jó	-1,21429*	0,3318	0,039	-2,3804	-0,0481
* The mean difference is significant at the 0.05 level.						

Forrás: saját szerkesztés

K4: A szülők véleménye szerint, kik azok a személyek vagy szervezetek, akiktől az iskolai integráció során segítséget várnak a szülők? Kutatási kérdésem alapján, Frequencies (gyakoriság) vizsgálatomban elemeztem az adatokat. Az eredmények: nincs szükség rá (1), iskola (2), osztályfőnök (3), iskola pszichológus (4), pedagógiai szakszolgálat (5), minden segítséget megkapunk (6), fejlesztő pedagógus (7) és a nem tudom (8) válaszok közül lehetett kiválasztani a véleményüket a szülőknek. Mivel több válasz is megjelölhető volt, ebben az esetben a kódolásnál 1-es értéket kapott, amikor kiválasztotta a változót, és 0 értéket, ha nem választotta ki a változót a kitöltő személy. Az eredmények alapján, az iskola (2) 76,7% (N=66), az osztályfőnök (3) 51,2% (N=44), az iskola pszichológus (4) 51,2% (N=44), a pedagógiai szakszolgálat (5) 38,4% (N=33), a fejlesztő pedagógus (7) 39,5% (N=34), a minden segítséget megkapunk (6) 11,6% (N=10), a nem tudom (8) 7% (N=6), illetve a nincs szükség rá (1) 1,2% (N=1) válaszokat kaptuk.

Ez alapján kijelenthetjük, hogy az iskolai beilleszkedés során a legtöbben (76,7%) N=66, az iskolától várják el a legtöbb segítséget és támogatást a szülők, illetve legfőképpen az

osztályfőnöktől (51,2%) és az iskola pszichológustól (51,2%). Ez a szakirodalmi kutatásokkal összehasonlítva, annyiban jelent gondot, hogy az osztályfőnök pedagógusok leterheltsége így is magas – 20-30 fős osztály, több SNI gyermek az osztályban – és az iskola pszichológusok hiánya, a szülői elvárásokkal szemben egyfajta ambivalens elvárást tükröznek.

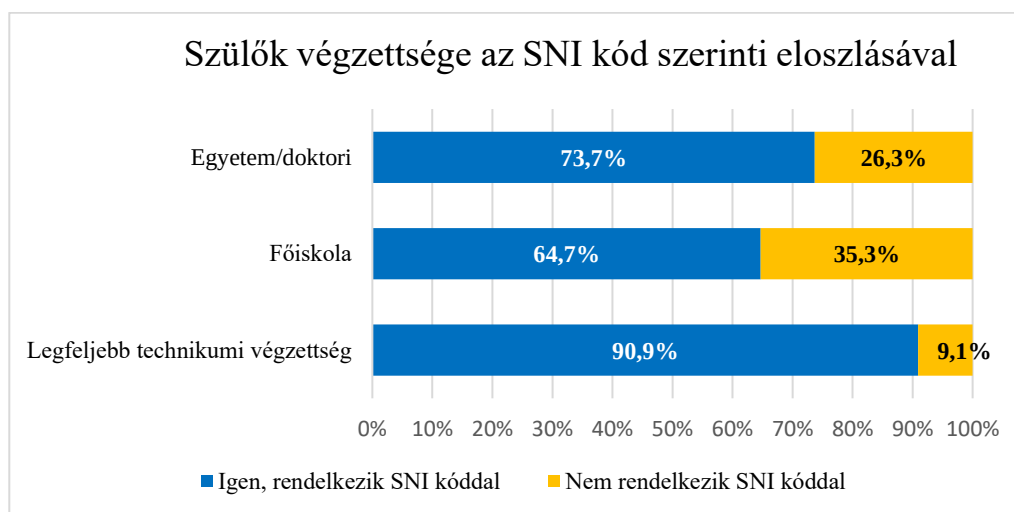


14. ábra Több szakmai segítség és támogatás
Forrás: saját szerkesztés

Kutatási kérdéseim elemzése után, további vizsgálatomban a szülők végzettségének vonatkozásaival foglalkoztam. Arra voltam kíváncsi, hogy van-e összefüggés a *szülők iskolai végzettsége* (1.változó), és a *mennyi ismeretanyaggal rendelkeznek az ADHD-val kapcsolatban* (2. változó) között. Átkódolás után, amiben a végzettséget csoportosítottam (13. ábra), illetve az ismeretanyag változó átkódolása (17. ábra) után is, a Pearson Khi-négyzet teszt szignifikancia szintje semmilyen összefüggést nem mutatott a két változó között. Értéke nagyobb volt, mint 0,05 ($p > 0,05$), tehát a két változó között nincsen kapcsolat.

Kerestem másik összefüggést is, például a szülők végzettsége és a gyermeke SNI kódja között. Keresztábra elemzésemben a Pearson Khi-négyzet szignifikancia szintje ebben az esetben kapcsolatot mutatott: $p = 0,037$. Ez azt jelenti, hogy a *legfeljebb technikumi végzettségű* szülők gyermekének (1) 90,9%-ban van SNI kódja, illetve a magasabb végzettségű szülők gyermekeinek nagyobb százalékban nincsen kódja. A *főiskolai végzettség*nél (2) 35,3%, *egyetem/doktori* (3) végzettségűeknél 26,3%-nak. Vagyis alacsonyabb végzettségű embereknél nagyobb a valószínűsége, hogy az ADHD gyermekük

SNI kóddal rendelkezik. A Cramer's V eredménye ($=0,037$) alapján 37% a kapcsolat szorossága a két változó között, ami egy közepes erősségű kapcsolatot mutat.



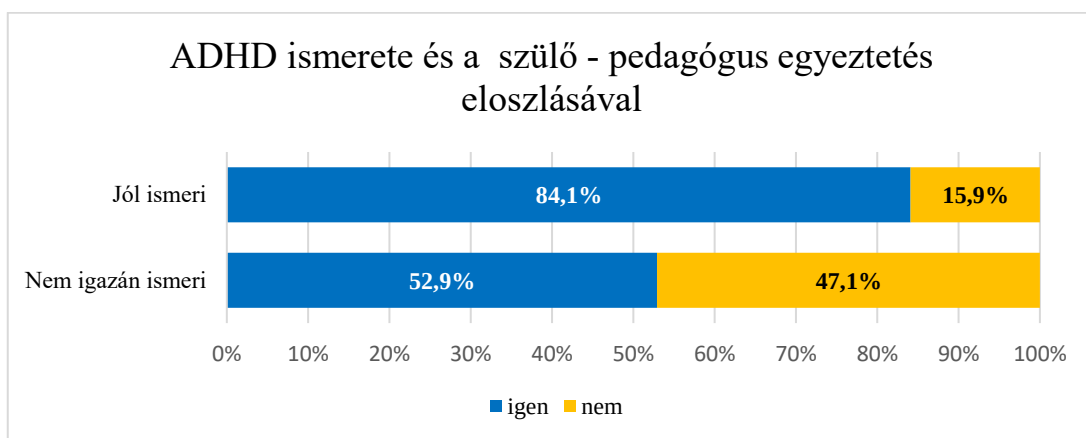
15. ábra Szülők végzettsége az SNI kód szerinti eloszlásával
Forrás: saját szerkesztés

Ha már a szülők végzettsége és az SNI kód között kapcsolatot találtam, érdemesnek tartottam megvizsgálni a szülők végzettsége és a gyógyszeresedés közötti összefüggést is, de az elvégzett a keresztábra elemzésben ($p < 0,477$), nem találtam összefüggést a két változó között.

Továbbá megvizsgáltam, hogy a szülők életkora és az ADHD ismeretanyag tudása között milyen kapcsolatot találok. Valószínűsítettem, hogy az idősebb korcsoport jobban ismeri az ADHD ismeretanyagát, de ebben a keresztábra elemzésben sem mutatott szignifikancia szintet a Khi-négyzet ($p < 0,878$), tehát a két változó között nincsen összefüggés.

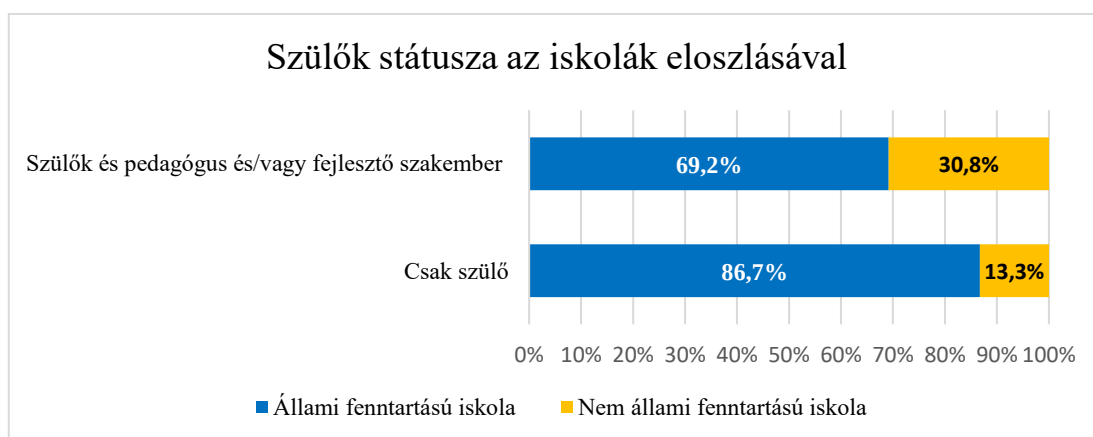
Az ADHD ismeretanyaga és a szülő-pedagógus egyeztetés változók között is elvégeztem a keresztábra Khi-négyzet próbát, és kapcsolatot találtam a két változó között. Az ADHD ismeretét már korábban kódoltam (15.ábra). A szülő pedagógus egyeztetés változóit: igen (1), hamarosan lesz (2) összevonva: *igen* ($=1$) változóra kódoltam. A nem, mert felesleges (3), a nem szeretnék (4), nem (5) összevonva: *nem* ($=2$) változóra kódoltam át. A Pearson-féle Khi-négyzet szignifikancia szintje $p > 0,006$ értéket mutatott. Vagyis a két változó között a Cramer's V ($0,006$), tehát a kapcsolat 6%-os, ami gyenge erősségű kapcsolatnak számít. Aki részt vett szülő – pedagógus egyeztetésen és *nem igazán ismeri* 52,9% ($N=9$) és, ugyanezen ismeretanyaggal rendelkező, aki *nem volt* egyeztetésen 47,1% ($N=8$). Aki jól ismeri az ADHD-t és *nem volt* egyeztetése 15,9% ($N=11$). Ezen adatok

alapján megállapítható, hogy aki jól ismeri az ADHD ismeretanyagát, azok 84,1%-a (N=58) az iskolai integrációt segítő és támogató szülő – pedagógus egyeztetésen már részt vettek.



16. ábra ADHD ismerete és a szülő-pedagógus egyeztetés
Forrás: saját szerkesztés

Az iskolák és a kérdőív kitöltőjének a státusza közötti is kerestem kapcsolatot. A keresztábra elemzésem, a két változó között összefüggést mutatott. A Pearson Khi-négyzet próba szignifikancia szintje $p=0,056$ értékű volt. Elemzésem során arányaiban megállapítottam, hogy azok a szülők akik, szülők és pedagógus és/vagy fejlesztő szakemberek is egyben, nagyobb arányban viszik nem állami fenntartású iskolába az ADHD-s gyermeküket.



17. ábra Szülők státusza az iskolák eloszlásával
Forrás: saját szerkesztés

Tovább elemezve az adataimat megvizsgáltam, hogy a gyermek beilleszkedése kapcsolatban van-e azzal, hogy a kérdőív kitöltője mennyi ismeretanyaggal rendelkezik az ADHD-ról. A gyermek beilleszkedése változónál a nem mérhető (0) értéket: missing-be helyeztem (nem használtam az elemzés során), a *nagyon rossz* (1), *rossz* (2), *közepes* (3), *jó*

(4), *tökéletes* (5) értékkel dolgoztam tovább. Keresztábra elemzésem során nem találtam összefüggést a két változó között. A Pearson Khi-négyzet szignifikancia szintje $p < 0,549$ értékű volt, tehát a két változó között nincsen összefüggés. A gyermek iskolai beilleszkedése nem függ az ADHD ismeretanyag tudásától.

4.1. Hipotézisek ellenőrzése

Kutatási kérdéseim mellett 3 hipotézist fogalmaztam meg, és többváltozós lineáris regresszió elemzéssel vizsgáltam meg őket. A lineáris regresszió formái lehetnek két – vagy többváltozós, ez azt jelenti, hogy egy vagy több független változó hatását vizsgálja egy függő változóra. Választ próbál adni arra, hogy a független változók egységnyi változása, a függő változó milyen mérvű megváltozását vonhatja maga után. Az R^2 a kapcsolat erősségét jelzi arra vonatkozóan, hogy a független változók, mekkora mértékben jelzik előre a függő változót. Szignifikancia szintje $p < 0,05$, ha ez teljesül, akkor van ráhatása a független változónak a függő változóra. A táblázatban a béta együttható adja meg a külön-külön az egyes változók hatását, hogy milyen mértékben befolyásolják a függő változót⁴.

H1: Feltételeztem, hogy az iskolai integráció során, ha kialakulnak a jó iskolai és emberi kapcsolatok, akkor sikeresebb az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedése.

Elsőként az emberi kapcsolatok és a gyermek beilleszkedése változókkal végeztem *többváltozós lineáris regresszió* elemzést. A célváltozót vagyis a függő változót (dependent variable) egy vagy több független változót (independents) lineáris függvényként elemeztem. Függő változónak a *gyermek beilleszkedése változót* tettem, hiszen ez függ a kapcsolatok minőségétől. Független változóknak az *osztályfőnök – szülő kapcsolatot*, *osztályfőnök – gyermek kapcsolatot*, *gyermek – osztály kapcsolatot* helyeztem be. Mindegyik változónk normál eloszlású, ordinális skála és minőségi változó.

Az emberi kapcsolatoknál bevont változók közül, az eredményekből megállapítható, hogy a legrelevánsabb a *gyermek – osztály kapcsolata* változó. Itt a lineáris regresszió szignifikancia szintje $p > 0,000$. Az R négyzet 0,651. Ez arra ad magyarázatot, hogy a bevont

⁴ www.spssabc.hu

magyarázó változók (független), 65,1% mértékben képesek befolyásolni a gyermek iskolai integrációja során a beilleszkedését. Összesítve: a mérési skálán (x tengely), ha 1 egységnyi lépéssel javul az ordinális skála válaszája (nagyon rossz-rossz-közepes-jó-tökéletes), akkor az (y tengely) 0,651 mértékben emelkedik, vagyis ebben az arányszámban javítja a szülők véleményét a gyermek integrációjáról. Minél jobb a gyermek – osztály kapcsolata, annál jobb a gyermek beilleszkedése az iskolába. A béta együttható adja meg a külön-külön az egyes változók hatását, hogy milyen mértékben befolyásolják a függő változót. A gyermek – osztály kapcsolata béta értéke: 0,709. Tehát a *gyermek – osztály kapcsolatának* egy egységgel való elmozdulása 0,709-nyi egységgel növeli a gyermek iskolai beilleszkedését.

4. táblázat Gyermek iskolai beilleszkedése és az emberi kapcsolatok közötti hatás összefüggése

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	
1	,814 ^a	,663	,651	,707	
Dependent Variable: gyermek iskolai beilleszkedése	Unstandardized B	Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t.	Sig.
(Constant)	,183	,275		,666	,507
osztályfőnök-szülő kapcsolat	,094	,108	,099	,868	,388
osztályfőnök-gyermek kapcsolat	,101	,116	,105	,871	,387
gyermek-osztály kapcsolat	,709	,068	,731	10,382	,000

Forrás: saját szerkesztés

H2: Feltételezem, hogy a sikeres iskolai integráció során, a megfelelő pedagógiai szakszolgálat hatékonysága, az iskolai fejlesztések, a tanári tolerancia és a gyermek iskolai problémájának megfelelő kezelése, pozitív hatással van a gyermek iskolai beilleszkedésére.

A következő *többsváltozós lineáris regresszió* elemzésben, a második hipotézisemnél az iskolai kapcsolatokat vizsgáltam meg. Függő változónak a *gyermek beilleszkedése* változót tettem, hiszen ez függ a kapcsolatok minőségétől. Független változóknak a *pedagógiai szakszolgálat hatékonyságát, iskolai fejlesztő pedagógus és fejlesztések hatékonyságát, gyermek iskolai problémáinak kezelését és a tanári tolerancia és elfogadás* változót helyeztem be. Mindegyik változónk normál eloszlású, ordinális skála és minőségi változó.

Az iskolai kapcsolatoknál bevont változók közül, az eredményekből megállapítható, hogy a legrelevánsabb a *gyermek iskolai problémáinak kezelése* változó. Itt a lineáris regresszió szignifikancia szintje $p > 0,009$. Az R négyzet 0,164. Ez arra ad magyarázatot, hogy a bevont magyarázó változók (független), 16,4% mértékben képesek befolyásolni a gyermek iskolai integrációja során a beilleszkedését. Összesítve: a mérési skálán (x tengely), ha egy lépéssel javul az ordinális skála válaszája (nagyon rossz-rossz-közepes-jó-tökéletes), akkor az (y tengely) 0,164 mértékben emelkedik, vagyis ebben az arányszámban javítja a szülők véleményét a gyermek integrációjáról. Minél jobb a gyermek iskolai problémáinak kezelése az iskolában, annál jobb a gyermek beilleszkedése, vagyis az iskolai integrációja. A béta együttható adja meg a külön-külön az egyes változók hatását, hogy milyen mértékben befolyásolják a függő változót, ebben az esetben ennek az értéke: 0,350. Tehát a *gyermek iskolai problémáinak kezelése* 1 egységgel való elmozdulása 0,350-nyi egységgel növeli a gyermek iskolai beilleszkedését.

5. táblázat Gyermek iskolai beilleszkedése és az iskolai kapcsolatok közötti hatás összefüggése

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	
1	,451 ^a	,204	,164	1,093	
Dependent Variable: gyermek iskolai beilleszkedése	Unstandardized B	Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t.	Sig.
(Constant)	1,847	,344		5,368	,000
Pedagógiai szakszolgálat hatékonysága	,093	,101	,102	,917	,362
Iskolai fejlesztő pedagógus és fejlesztések hatékonysága	-,001	,104	-,001	-,010	,992
Gyermek iskolai problémáinak kezelése az iskolában	,350	,131	,402	2,676	,009
Tanári tolerancia és elfogadás	,017	,121	,020	,139	,890

Forrás: saját szerkesztés

H3: Feltételezem, hogy a család mentális helyzetét, a gyermek iskolai integrációjának és beilleszkedésének minősége befolyásolja.

Többváltozós lineáris regresszió elemzést alkalmaztam a harmadik hipotézisemnél is. Az család mentális helyzetét és az iskolai integráció kapcsolatát megvizsgáltam meg. Függő változónak a *család mentális helyzete (eredeti, nem kódolt)* változót tettem, hiszen ez függ a kapcsolatok minőségétől. Független változóknak a *gyermek iskolai beilleszkedése, a gyermek iskolai problémáinak kezelése és a tanári tolerancia és elfogadás* változót helyeztem be. Mindegyik változónk normál eloszlású, ordinális skála és minőségi változó.

Az gyermek integrációjánál bevont változók közül, az eredményekből megállapítható, hogy a legrelevánsabb a *gyermek iskolai beilleszkedése* változó. Itt a lineáris regresszió szignifikancia szintje $p > 0,001$. Az R négyzet 0,198. Ez arra ad magyarázatot, hogy a bevont magyarázó változók (független), 19,8% mértékben képesek befolyásolni a szülők mentális helyzetét a gyermek iskolai integrációja során. Összesítve: a mérési skálán (x tengely), ha egy lépéssel javul az ordinális skála válaszája (nagyon rossz-rossz-közepes-jó-tökéletes),

akkor az (y tengely) 0,198 mértékben emelkedik, vagyis ebben az arányszámban javítja a szülők mentális helyzetét a gyermek integrációja. Minél jobb a gyermek iskolai gyermek beilleszkedése az iskolában, annál jobb a szülők és a család mentális helyzete. A béta együttható adja meg a külön-külön az egyes változók hatását, hogy milyen mértékben befolyásolják a függő változót, ebben az esetben ennek az értéke: 0,349. Tehát *gyermek iskolai gyermek beilleszkedése az iskolában* 1 egységgel való elmozdulása 0,349-nyi egységgel növeli a szülők és a család mentális helyzetét.

6. táblázat Család mentális helyzetének változása az iskolai integráció hatására

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	
1	,445 ^a	0,198	0,167	0,84675	
Dependent Variable: Milyen a család mentális helyzete?	Unstandardized B	Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t.	Sig.
(Constant)	0,727	0,356		2,041	0,045
Gyermek iskolai beilleszkedése	0,349	0,103	0,38	3,381	0,001
Gyermek iskolai problémáinak kezelése az iskolában	0,008	0,151	0,01	0,055	0,956
Tanári tolerancia és elfogadás	0,104	0,13	0,138	0,799	0,426

Forrás: saját szerkesztés

5. Összegzés

Dolgozatom vizsgálatának középpontjában, az ADHD tünetegyüttessel élő gyermekek, az iskolai integrációjának nehézségeit helyeztem. Melyek azok a lehetséges problémák, amik átalakítják a családok mindennapi életét, és a gyermekek iskolai szocializációját. Kutatásom során megvizsgáltam az ADHD típusait, jellemzőit és a legfőbb kihívásait. A gyermekeket érintő önértékelési zavarok, szociális funkciózavar, a deviáns viselkedés és a diszkrimináció, ami nagyban megnehezíti a gyermekek társadalmi és iskolai integrációját, ez persze nemcsak nekik, hanem a pedagógusoknak és a társadalomnak is nagy kihívást jelent. Bemutattam azokat a komorbid tüneteket is, melyek okozhatnak életvezetési nehézségeket, tanulási- és kapcsolatproblémákat, valamint munkahelyi zavarokat is, melyek mind-mind megnehezíthetik az életüket. Ezek társadalmi, és gazdasági következményeit is feltártam kutatásomban. Foglalkoztam a szülők mindennapi nehézségeivel, melyek viktimizálják őket, mint például az ítélkező társadalom megvetése, vagy a szülők hibáztatása a rossz nevelési módszereikért. Egyre több a diagnosztizált ADHD gyermek, és még mindig nagyon kevés a hozzáértő szakember és szülő. Fontosnak tartottam, hogy megismerjük valójában mi is az az ADHD hiperkinetikus zavar. Hiszen sokan még nem ismerik, vagy csak hallották már valahol. Esetleg magát az elnevezést nem ismerik, de találkoztak már „eleven” gyermekkel, és ezt egyszerűen rossz szülői nevelésnek könyvelik el.

Kutatási kérdéseimben, arra kerestem a válaszokat, hogy a szülők mennyire tájékozottak az ADHD tünetegyüttes ismeretanyagáról, és meg akartam állapítani, hogy a pedagógus és vagy fejlesztő szakember szülők jobban tájékozottak róla. Arra is kerestem a válaszokat, hogy a család mentálisan milyen helyzetben van, az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedése során. A magánfejlesztésekről és azok költségeiről is válaszokat vártam, és azt is meg akartam tudni, hogy mennyiben függ össze a magánfejlesztések költsége a gyermek iskolai beilleszkedésével? Pszichiáternél a diagnosztizálás – SNI kód – után a szülő több helyről is várja a segítséget, hiszen egy ADHD-s gyermeknek az iskola lesz a következő kihívás az életében. Arra kerestem a választ, hogy mely személyektől vagy szervezetektől várják a szülők ezt a segítséget. Elsősorban az ADHD gyermek szüleinek véleménye alapján térképeztem fel az iskolai helyzetüket, és ezeknek attitűdjeit kívántam dolgozatomban bemutatni, ezáltal lehetőséget nyújtva, hogy egy átfogó képet kapjunk a család, illetve a

gyermek iskolai helyzetéről. Javaslatokat tegyünk a pozitív változások elérésére érdekében, és az ADHD-s gyermekek esélyegyenlőségeik javításában.

Választásom mögött nemcsak a saját érintettségem áll, hanem anyaként is szerettem volna jobban megismerni a hiperkinetikus tünetegyüttest, ennek kapcsán a gyermekek és más családok életét, kihívásait, problémáit és esélyeit. Bemutatásra kerülhetett szociológiai szempontból az is, hogy az ilyen hiperkinetikus zavarral küzdő gyermekeknek és szüleiknek milyen fajta mindennapi kihívással kell szembenéznük.

Dolgozatom első felében megvizsgáltam az empirikus, szekunder szakirodalmat, ami szakmai könyvekből, szakmai kivonatokból és egyetemi kutatásokból állt. Az elméleti fejezetben megismertettem az ADHD fajtáit és tüneteit. Bemutattam a történelmi előzményeket, a kórkép kialakulásának fontosabb állomásait, majd az etiológiájával kapcsolatos kutatásokkal igazolom a genetikai meghatározottságát. Megismertetem a komorbid diagnózisait, hogy milyen pszichiátriai zavarok társulnak az ADHD mellé. Ezeknek a betegségeknek a részletes kifejtésére nem térek ki a dolgozatban.

Ezt követően a kutatás módszertani kidolgozásával készítettem el a dolgozat negyedik nagy fejezetét. Kvantitatív kutatásom, online kérdőívezéssel, anonim és önkéntes kitöltőkkel, a GoogleForms felületén történt. Összesen 86 kérdőív került kitöltésre. A lekérdezés periódusa 2 hét volt. Ezekből a kérdőívekből 86 érvényes kérdőívet dolgoztam fel. Elsődleges kérdéscsoportok a szülők demográfiai adataira, a család mentális állapotára és a magánfejlesztésekre fordított kiadásaira irányultak. További kérdésekben a szülők véleményét kérdeztem, az asszisztens szervezetekről, az SNI kódról, és az iskolai integráció megvalósulásáról tettem fel. Célcsoportom az ADHD-s gyermekek szülei voltak.

A 86 válaszból 97% (N=84) nő, és 3% (N=2) személy férfi volt. Életkorukat tekintve 27-57 év közöttiek voltak, az átlag életkoruk 41,41 év, és átlagosan 2 gyermekük van. Iskolai végzettségüket tekintve általános (8.osztály) 2,3% (N=2), szakképző, szakmunkásképző 2,3% (N=2), érettségi 23,3% (N=20), technikum 5,8% (N=5), OKJ szakképzettség 4,7% (N=4), felsőfokú képesítés (főiskola) 39,5% (N=34), egyetem/doktori 22,1% (N=19) végzettséggel rendelkeznek, illetve 69,8%-a (N=60) csak szülői státusszal rendelkezik, és 30,2%-a (N=26) pedig olyan szülő, aki pedagógus és/vagy fejlesztő szakember képesítéssel rendelkezik. Lakóhely szerint, a válaszadók közül faluban (N=11) 12,8%, községben (N=13) 15,1%, nagyváros/városban (N=27) 31,4%, megyeszékhelyen (N=12) 14%, és fővárosban (N=23) 26,7% laknak. A gyermekeik 76,7%-a (N=66) rendelkezik SNI – ADHD kóddal (F9000), 23,3%-a (N=20) pedig nem rendelkezik. A szülők

80,2%-a jól ismeri (N=69), és 19,8%-a (N=17) pedig nem igazán ismeri az ADHD ismeretanyagát.

Kutatási kérdésem alapján kapcsolatot kerestem kérdőív kitöltőjének a státusza és, hogy mennyi ismeretanyaggal rendelkeznek az ADHD-ról (K1). Eredménye, hogy nem csak azok rendelkeznek több ismeretanyaggal, akik szülő és pedagógus és/vagy fejlesztő szakemberek, hanem azok is, akik csak szülők. A szülők és a család mentális helyzetét is megvizsgáltam (K2): rossz mentális helyzetben 74,4% (N=64), és jó mentális helyzetben 25,6% (N=22) vannak a válaszadók. A 74,4%-os rossz mentális helyzet főként azt jelzi, hogy az ADHD-s gyermeket nevelő családok, ki vannak merülve és kétségbeesettek. A nehezen kezelhető, túlpörgő gyermek mindennapi nevelése komoly problémát okoz a szülőknek és a családnak is egyaránt. A magánfejlesztésekre költött összegről is megkérdeztem a szülőket (K3). Az eredmények: magánfejlesztésekre 0-20.000ft közötti összeget 12,8% (N=11), 20.000-40.000ft közötti összeget 24,4% (N=21), 40.000ft-nál nagyobb összeget 23,3% (N=20) költenek. Továbbá 39,5% (N=34) nem jár magánfejlesztésre. Ezeket az eredményeket, abban az összefüggésben is megvizsgáltam, hogy a gyermek beilleszkedése mennyiben függ össze azzal, hogy mennyi pluszköltséget költ a család a magánfejlesztésekre. Eredmények szerint, ahol az iskolai beilleszkedése a gyermeknek jobb minőségű, ott többen nem járnak magánfejlesztésre. A szülők akiktől segítséget várnak, az eredmények alapján: az iskola 76,7% (N=66), az osztályfőnök 51,2% (N=44), az iskola pszichológus 51,2% (N=44), a pedagógiai szakszolgálat 38,4% (N=33), a fejlesztő pedagógus 39,5% (N=34), akik minden segítséget megkapnak 11,6% (N=10), a nem tudom 7% (N=6), illetve a nincs szükség rá 1,2% (N=1). Ez a szakirodalmi kutatásokkal összehasonlítva, annyiban jelent gondot, hogy az osztályfőnök pedagógusok leterheltsége így is magas – 20-30 fős osztály, több SNI gyermek az osztályban – és az iskola pszichológusok hiánya, a szülői elvárásokkal szemben egyfajta ambivalens elvárást tükröznek. Megvizsgáltam, hogy az ADHD ismerete milyen összefüggésben van az iskolai integrációt segítő és támogató szülő – pedagógus egyeztetés megvalósulásával. Ezen adatok alapján megállapítható, hogy arányaiban magasabb azok száma, akik jól ismerik az ADHD ismeretanyagát 84,1%-a (N=58) és már részt vettek rajta, mint akik nem ismerik és nem vettek részt a szülő – pedagógus egyeztetésen.

Kvantitatív kutatásom során három hipotézist állítottam fel.

H1: Feltételeztem, hogy a sikeres iskolai integráció során, a megfelelő iskolai és emberi kapcsolatok, pozitív hatással vannak a gyermek iskolai beilleszkedésére. Ez a hipotézisem

beigazolódott, hiszen minél jobb a gyermek – osztály kapcsolata, annál jobb a gyermek beilleszkedése az iskolába.

H2: Feltételeztem, hogy a sikeres iskolai integráció során, a megfelelő pedagógiai szakszolgálat hatékonysága, az iskolai fejlesztések, a tanári tolerancia és a gyermek iskolai problémájának megfelelő kezelése, pozitív hatással van a gyermek iskolai beilleszkedésére. Ez a hipotézisem is beigazolódott, mert minél jobb a gyermek iskolai problémáinak kezelése az iskolában, annál jobb a gyermek beilleszkedése, vagyis az iskolai integrációja.

H3: Feltételeztem, hogy a család mentális helyzetét, a gyermek iskolai integrációjának és beilleszkedésének minősége befolyásolja. Ez a hipotézisem is beigazolódott, hiszen minél jobb a gyermek iskolai gyermek beilleszkedése az iskolába, annál jobb a szülők és a család mentális helyzete.

Javaslatomban elsőként az iskola felelősségére hívnám fel a figyelmet! Hiszen az általános iskolák még nagyobb felelősséggel tartoznak a kiskorúakkal szemben. Ez a gyermek életében a másodlagos szocializációs színhely. Az iskola mellett igen jelentős szocializációs szerepe van a kortárs csoportnak is. Jobban oda kell figyelni egy ADHD-s gyermek iskolai kapcsolataira, viselkedésére és érzéseire. Nem kell őket a társadalom peremére kitaszítani, mert szerintük nem odavaló. Az iskolának több érzékenyítő és tájékoztató előadással kell ellátniuk az intézmény tanulóit. A pedagógusoknak fel kell ismerniük a tüneteket és jelezni az illetékes szakszolgálatnak és a szülőknek is egyaránt. Mindenképpen szakemberek képzésére, vagy meghívására kellene törekednie az intézményeknek, és be kellene építeni az iskola órai kereteken belülre. Ami szintén fontos lenne, hogy az országban több SNI iskolát kellene létrehozni, mert nagyon kevés van belőlük. Sajnos anyagi vonzata miatt, nehezen kivitelezhető ez a terv.

A szülők szempontjából, ahol a család az első számú és legfontosabb szocializációs színhely, sajnos a túlhajszolt világban a szülők egy vagy két munkahelyen is dolgozva próbálnak meg mindent megadni gyermeküknek. Az ebben rejlő veszélyeket viszont nem látják. Ezeknek a gyerekeknek a szeretet és az elfogadás a legfontosabb. Az otthoni feszült légkör csak még agresszívvá teheti őket. Javaslatom még az ADHD-s gyermekek viselkedési zavarainak és kezelésének lehetőségeire is vonatkozik. Meg kell tanítani a szülőknek az ADHD-s gyermekekkel való bánásmódot, a differenciált viselkedésterápiát (jutalmazó ösztönzés), és a következetes nevelést. Ehhez létre lehetne hozni egy valódi

ADHD szülői közösséget vármegyénkként, amiben a szülők is tarthatnának rövid specifikus előadásokat, ezáltal több „sorstárs” szülő és gyermek találkozhatna egy kikapcsolódásra és információcserére. Bár ennek a kivitelezésének a veszélyei közé tartozik a szülők viktimizációja. Bármennyire szeretnék, nagy a valószínűsége, hogy nem fognak elmenni az eseményre, mert titokban tartják a gyermek ADHD, vagy esetleg halmozott komorbid betegségeit.

Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer*. Oriold és társai.
- Andorka, R. (2000). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Babbie, E. (2017). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassa Kiadó.
- Bourdieu, P. (2008). *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. General Press Kiadó.
- Cantwell, D. (1996). A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, 978-987.
- Colman, P., & Karraker, K. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Develop Rev*, 47-85.
- Csik, M. D. (2017). *ADHD Magyarország Alapítvány*. Forrás: <https://www.adhd-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf>
- Dollard, J. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale UP. Forrás: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10022-000>
- DuPaul, G., McGoey, K.E., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 508-515. Forrás: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11349694/>
- Elia, J., & mtsai. (2010). Rare structural variants found in attention-deficit hyperactivity disorder are preferentially associated with neurodevelopmental genes. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 637-646.
- Gádos, J. (2001). A magatartászavar kezeléséről. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 10.évfolyam 3. szám 1. oldal.
- Gádos, J., & Balázs, J. (2005). Komorbiditás a gyermekpszichiátriában: Valóban olyan gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psychiatria Hungarica*, 293-298.
- Galán, C., Humphreys, K., & Chardée, A. (2018). ADHD és szerhasználat: aktuális bizonyítékok és terápiás megfontolások. *Psychiatric & Neurology Times Magyar Kiadás*.
- Giddens, A. (2008). *Szociológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Huh, Y., Choi, I., Song, M., King, S., Hong, S., & Young, Y. (2011). A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry investigation*, 8(2), 95-101.
- Jávorné, K. J. (1999). Tanulási és viselkedési zavarok kezelése az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 45-49.
- Kertesi, G. (2005). *A társadalom peremén*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Klassen, A., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 541-547. Forrás: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0844>

- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder across the life span. *Psychological Medicine*(44(10)), 2223–2229.
- Miklósi, M. (2015). A kognitív érzelem-szabályozás szerepe a stresszre adott reakciókban. *Doktori Értekezés*, 31.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 387-396. Forrás: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x>
- Nagy Lehoczky, Z., & Patai, I. (2015). Hiperaktív gyermek az osztályban. *Különleges Bánásmód*, I. évfolyam 2015/2. 49-58.
- Pulay, A. J. (2017. 04 03). *Felnőttkori ADHD: tünettan, komorbiditás, kórlefolyás és terápia*. Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Felnőtt ADHD Ambulancia.
- Selikowitz, M. D. (2009). *ADHD a hiperaktivitás - figyelemzavar tünetegyüttese*. (O. U. Press, Szerk.) Szentendre: Geobook Hungary Kiadó.
- Sófi, G., & Mattiassich-Szokoli, E. (2022). A gyermek- és serdülőkorú figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) okozta nemzetgazdasági problémák és azok lehetséges kezelése. *IME- Az egészségügyi vezetők szaklapja- Tudományos folyóirat*, 41-47.
- Szücs, M. (2002). A hiperkinetikus zavarokkal küzdő gyermeket nevelő szülők problémái. *Új Pedagógiai Szemle*, 211-222.
- Tanyi, Z. (2019). Autizmussal élő gyermeket nevelő szülők mentális egészsége. *Psychologia Hungarica* , 27-39.

Hivatkozások

- <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>
- <https://mdpszichiatria.olo.hu/cikkek/adhd-es-szerhasznalat-aktualis-bizonyitek-es-terapias-megfontolasok?t=68a3d56d208a3078ee83a9e5df53dcc5566b7478fb39c8f92cbd75b2a3d044c9>
- <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/alt-iskola2021/index.html#asajtosnevelsiignytanalulkszasarnyatovbbemelkedett>
- <https://real.mtak.hu/143303/1/7690-Cikkszovege-38240-1-10-202205302.pdf>
- <https://www.adhdcentre.co.uk/successful-people-with-adhd-superpowers/>
- <https://emberijogok.hu/hiperaktivitas-figyelemzavar-pszichiatriai-betegsegek-e-valojaban/>
- www.spssabc.hu

Ábrajegyzék

1. ÁBRA A SZERHASZNÁLAT ELKEZDÉSÉNEK, AZ ABÚZUSNAK/FÜGGŐSÉGNEK A BECSÜLT KOCKÁZATI HÁNYADOSA (OR) ADHD-VAL ÉLŐ GYERMEKEKNÉL	9
2. ÁBRA AZ ÁLTALÁNOS ISKOLAI SNI TANULÓK SZÁMA	10
3. ÁBRA KIADÁSOK ÉS VESZTESÉGEK ÉVES SZINTEN	10
4. ÁBRA NEMEK ELOSZLÁSA	22
5. ÁBRA ÉLETKOROK KORCSOPORTOSÍTÁSA	23
6. ÁBRA SZÜLŐK ISKOLAI VÉGZETTSÉG CSOPORTOK	23
7. ÁBRA TELEPÜLÉS SZERINTI LAKHELY CSOPORTOSÍTÁS	24
8. ÁBRA SNI KÓD	24
9. ÁBRA ADHD ISMERETANYAG ISMERETE	25
10. ÁBRA A KÉRDŐÍV KITÖLTŐJE (STÁTUSZ)	25
11. ÁBRA FENNTARTÓ SZERINTI ISKOLA	26
12. ÁBRA AZ ADHD-S GYERMEK CSALÁDJÁNAK A MENTÁLIS HELYZETE	27
13. ÁBRA AZ ADHD-S GYERMEKET NEVELŐ CSALÁD MAGÁNFEJLESZTÉSEKRE FORDÍTOTT KÖLTSÉGE (HAVONTA)	28
14. ÁBRA TÖBB SZAKMAI SEGÍTSÉG ÉS TÁMOGATÁS	30
15. ÁBRA SZÜLŐK VÉGZETTSÉGE AZ SNI KÓD SZERINTI ELOSZLÁSÁVAL	31
16. ÁBRA ADHD ISMERETE ÉS A SZÜLŐ-PEDAGÓGUS EGYEZTETÉS	32
17. ÁBRA SZÜLŐK STÁTUSZA AZ ISKOLÁK ELOSZLÁSÁVAL	32

Táblázatjegyzék

1. TÁBLÁZAT ADHD FAJTÁI ÉS JELLEMZŐ TÜNETEI	7
2. TÁBLÁZAT ADHD KEZELÉSI MÓDSZEREK	12
3. TÁBLÁZAT GYERMEK ISKOLAI BEILLESZKEDÉSE ÉS A MAGÁNFEJLESZTÉSEKRE FORDÍTOTT ÖSSZEG ÁTLAGAINAK ÖSSZEFÜGGÉSE	29
4. TÁBLÁZAT GYERMEK ISKOLAI BEILLESZKEDÉSE ÉS AZ EMBERI KAPCSOLATOK KÖZÖTTI HATÁS ÖSSZEFÜGGÉSE	34
5. TÁBLÁZAT GYERMEK ISKOLAI BEILLESZKEDÉSE ÉS AZ ISKOLAI KAPCSOLATOK KÖZÖTTI HATÁS ÖSSZEFÜGGÉSE	36
6. TÁBLÁZAT CSALÁD MENTÁLIS HELYZETÉNEK VÁLTOZÁSA AZ ISKOLAI INTEGRÁCIÓ HATÁSÁRA	37

Abstract

Zsanett Pahanovné Egri

Faculty of Humanities and Social Sciences
University of Miskolc

Consultant Dóra Kinga Szabó-Tóth

Director of the Institute, Associate Professor

Difficulties in school socialisation and integration of children with ADHD from the perspective of parental attitudes

The most common psychiatric disorder among children is ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). In my thesis, I have focused on providing a detailed understanding of the disorder and the main challenges faced by families and educators. Children's daily self-esteem problems, social dysfunction, deviant behaviour and discrimination make it very difficult for them to integrate into society and school, which is a challenge not only for them but also for teachers. Currently, there are more undiagnosed persons than diagnosed persons in our country. In addition, untreated ADHD can lead to comorbid symptoms that make life even more difficult for society, families and children. Self-esteem disorders can be associated with depression, anxiety, panic disorders, which can lead to problems with life management, learning and relationship problems and workplace difficulties. Young people with ADHD may become delinquent and later become criminals or substance abusers. Moreover, there are not only social but also economic consequences. As a result of their learning disability, they may have lower educational attainment, which may even lead to unemployment and social exclusion. The victimisation of parents is exacerbated by the contempt of a judgmental society, blaming parents for their poor parenting practices.

The choice of topic is driven by my own involvement, as well as its importance to society. My quantitative research, using an online questionnaire with anonymous and voluntary respondents, was carried out using Google Forms. The questionnaire consists of 21 self-structured questions. Statistical analyses were carried out using IBM SPSS software, and Microsoft Excel was used to create the charts. My target group were parents of children with ADHD. Primary questions focused on parents' demographics, family mental health, and spending on private development. Additional questions asked parents' opinions on the

effectiveness of developmental services, the SNI code, and the achievement of school integration.

Based on my main research question, I will investigate what parents think has a greater impact on their child's integration in school: school relationships, human relationships, or the effectiveness of the specialised educational services and school development services? I will also examine the extent to which the mental situation of the family is influenced by the integration of the child.

The results of this thesis, in addition to providing perspectives for children and families with ADHD, can enrich the scientific and social discourse.

Melléklet

Kérdőív

Kedves Válaszadó!

Pahanovné Egri Zsanett a Miskolci Egyetem Szociológia Mesterszakos végzős hallgatója vagyok. Kutatásomban a ADHD gyermekek iskolai szocializációjának és integrációjának nehézségeivel, a szülői attitűdök szempontjából megközelítve vizsgálom. Jelen kérdőív a dolgozatomhoz kapcsolódó kutatási témámhoz szolgáltat adatokat.

A kutatásban való részvétel önkéntes. A kérdőív kitöltése maximum 5 percet vesz igénybe. A kérdőív anonim, az eredményeket kizárólag kutatási célokra, összesítve használom fel.

Ha bármilyen további kérdése, észrevétele van a kérdőívvel kapcsolatban, keressen bizalommal, és forduljon hozzám az alábbi elérhetőségen: ezsanett78@gmail.com

Köszönöm, hogy az idejéből áldozott a kérdőívem kitöltésére, ezzel segítve diploma munkám elkészítését!

Pahanovné Egri Zsanett

Neme *

☐

Nő

☐

Férfi

Életkora *

Saját válasz

A kérdőív kitöltője *

- ☐ Csak szülő vagyok
- ☐ Szülő és pedagógus és/vagy fejlesztő szakember is vagyok

Mi az Ön legmagasabb végzettsége? *

- ☐ Általános (8.osztály)
- ☐ Szakképző, szakmunkásképző
- ☐ OKJ-s képzés
- ☐ Érettségi (gimnázium, szakgimnázium)
- ☐ Technikum
- ☐ Főiskola
- ☐ Egyetem/doktori

Földrajzilag hol él? *

- ☐ Falu
- ☐ Község
- ☐ Főváros
- ☐ Megyeszékhely
- ☐ Nagyváros/város

Gyermekeinek száma *

Saját válasz

Hány éves(ek) az iskolás ADHD-s gyermeke(i)? (Ha nincs 2. és 3. gyermek, akkor *
a sor végén jobbra a "NEM RELEVÁNS" pöttyöt lehet jelölni)

	5-7 éves	8-10 éves	11-13 éves	14-16 éves	17év feletti	Nem releváns
1. gyermek	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. gyermek	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. gyermek	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Milyen iskolába jár az ADHD gyermeke? *

- ☐ Állami fenntartású iskola
- ☐ Alternatív iskola
- ☐ Magán iskola
- ☐ Egyházi iskola

Milyen típusú oktatásban részesül? *

- ☐ Integrált oktatás
- ☐ Szegregált oktatás
- ☐ Magán tanuló

Mennyire ismeri az ADHD tünetegyüttes ismeretanyagát? *

- | | | | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nem ismeri | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Nagyonjól ismeri |

Van az ADHD-s gyermekének szakértői bizottság által diagnosztizált SNI diagnózisa (F9000 kódja)?*

- ☐ Igen
- ☐ Nincsen
- ☐ Nem szeretnénk, hogy legyen
- ☐ Folyamatban van

Ön szerint, mennyi előnye vagy hátránya van az SNI kódoknak? *

	Semmi	Kevés	Közepes	Sok	Nincs kódunk
Előnye	☐	☐	☐	☐	☐
Hátránya	☐	☐	☐	☐	☐

Kap az ADHD-s gyermeke gyógyszeres kezelést? *

- ☐ Igen, kapja iskolai időben
- ☐ Igen, kapja otthon is, nyáron is
- ☐ Gyógyszerellenesek vagyunk
- ☐ Még nem, de hamarosan szeretnénk
- ☐ Nem

Ön, az ADHD kezelésére melyik módszert tartja a leghatékonyabbnak? *

	Leghatékonyabb	Hatékony	Kicsit hatékony	Nem hatékony	Nem tudom
Iskolai fejlesztések	☐	☐	☐	☐	☐
Magán fejlesztések	☐	☐	☐	☐	☐
Gyógyszeres kezelés	☐	☐	☐	☐	☐
Mindegyik kombinációja	☐	☐	☐	☐	☐

Értékelje az alábbiakat! *

0- Nem mérhető 1-Nagyon rossz 2-Rossz 3-Közepes 4-Jó 5-Tökéletes

Gyermek iskolai
beilleszkedése

☐☐☐☐☐☐

A szülő-iskola
kapcsolata

☐☐☐☐☐☐

Osztályfőnök-
szülő kapcsolata

☐☐☐☐☐☐

Osztályfőnök- gyermek
kapcsolata

☐☐☐☐☐☐

Gyermek- osztály
kapcsolata

☐☐☐☐☐☐

Szülő-többi szülő
kapcsolata

☐☐☐☐☐☐

Pedagógiai
szakszolgálat hatékonysága

☐☐☐☐☐☐

Iskolai fejlesztő pedagógus
és a fejlesztések
hatékonysága

☐☐☐☐☐☐

Gyermek iskolai
problémáinak kezelése
az iskolában

☐☐☐☐☐☐

Tanári tolerancia
és elfogadás

☐☐☐☐☐☐

Történt-e szülő-pedagógus egyeztetés az iskolában, a gyermek iskolai integrációjának segítségével és támogatásával kapcsolatban?*

- ☐ Igen
- ☐ Hamarosan lesz
- ☐ Nem, mert felesleges
- ☐ Nem szeretnénk
- ☐ Nem

Jár-e a gyermek valamilyen magán fejlesztésre? (neurofeedback, alapozó torna, TSMT, viselkedésterápia...stb) Ha igen, írja le mire?

Saját
válasz

Mennyit költenek magán fejlesztésekre havonta a család költségvetéséből? (egy gyermekre) *

- ☐ 0- 20.000Ft
- ☐ 20.001- 40.000Ft
- ☐ 40.001Ft-nál magasabb összeg
- ☐ Nem jár magán fejlesztésre

Kitől kellene nagyobb szakmai segítséget, támogatást kapniuk az ADHD-s gyermek iskolai beilleszkedése során? (*több válasz is jelölhető)

*

- ☐ Nincs szükség rá
- ☐ Iskola
- ☐ Osztályfőnök
- ☐ Iskola pszichológus
- ☐ Pedagógiai Szakszolgálat
- ☐ Minden segítséget megkaptunk
- ☐ Fejlesztő pedagógus
- ☐ Nem tudom

Ön szerint hatékonyan kezelik az intézmények az ADHD-s gyermeket? Ha, nem a válasza, akkor Ön szerint mi az oka annak, hogy az intézmények nem igazán tudják hatékonyan kezelni az ADHD problémáját? (*több válasz is megjelölhető)

- ☐ Nem, mert kevés a megfelelő szakember az iskolában
- ☐ Nem, mert nincs szervezettség benne
- ☐ Nem, mert az ADHD témában széleskörű ismeretanyag hiányzik
- ☐ Nem, mert a szülők érdektelenek
- ☐ Nem, mert szülőket nem vonják be

Milyen a család mentális helyzete az ADHD-s gyermek iskolába kerülése óta? *

- ☐ Kétségbeesett
- ☐ Mentálisan kimerült
- ☐ Nagyjából minden rendben
- ☐ Jó
- ☐ Minden rendben van