

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
JUHÁSZ GYULA PEDAGÓGUSKÉPZŐ KAR
GYÓGYPEDAGÓGUS-KÉPZŐ INTÉZET

TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI DOLGOZAT

Értelmileg akadályozott gyermek a családban. A krízishelyzet hatása a szülők nevelési
stílusára

Témavezető:
Gál Zita
tanársegéd

Készítette:
Kardos Dóra
SZTE-JGYPK
Gyógypedagógia BA

TARTALOMJEGYZÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	3
ÁBRÁK JEGYZÉKE	4
1 BEVEZETÉS	5
1.1 Témaválasztás indoklása	5
2 ELMÉLETI ALAPOK	5
2.1 Értelmi fogyatékoság	5
2.2 Értelmi akadályozottság	7
2.3 A család	8
2.3.1 A család fogalma, funkciója, célja	8
2.3.2 A család mint rendszer	9
2.4 A krízis	10
2.4.1 A krízis fogalma	10
2.4.2 A krízisállapot szakaszai	10
2.4.3 A krízisállapot lefolyása, időtartama, kimenetele	11
2.5 Fogyatékos gyermek a családban	13
2.5.1 Az anya-gyerek kapcsolat torzulása	13
2.5.2 A szülők közti kapcsolat torzulása	15
2.5.3 A szülő és a többi gyermek, illetve a testvérek közti kapcsolat torzulása	16
2.5.4 Krízishelyzetek a családban	16
2.5.5 A diagnózis közlése, a megmondás módja	17
2.5.6 Gyászreakciók	18
2.6 Nevelési stílusok, attitűdök	19
3 HIPOTÉZISEK	23
4 A KUTATÁS	24
4.1 A vizsgálati személyek bemutatása	24
4.1.1 A kutatás háttéradatainak bemutatása	26
4.2 A vizsgálat és a vizsgálati módszerek bemutatása	28
4.3 A kérdőív ismertetése	28
5 A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA	30

5.1	Az értelmileg akadályozott gyermeket nevelő szülők és a tipikus fejlődésmentű gyermekek szülei által alkalmazott nevelési stílusok összehasonlítása	30
5.1.1	A megküzdési módokra vonatkozó háttérkérdőív összehasonlítása a nevelési dimenziókkal értelmileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők esetében	33
6	ÖSSZEGZÉS	40

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: Az értelmi fogyatékosok súlyossági csoportjai a BNO-10 szerint (Hatos 2008: 30)	6
2. táblázat: A fogyatékosok feldolgozásának folyamata és szintjei (Radványi 2013: 73).....	19
3. táblázat: Maccoby és Martin-szülői viselkedésminták kétdimenziós osztályozása (Cole, Cole 2006: 435).....	21
4. táblázat: Baumrind megfigyelési szempontjai 1971 (Cole, Cole 2006: 436)	29
5. táblázat: A szülői nevelést befolyásoló nyolc dimenzió	30
6. táblázat: Szülő- gyermek kapcsolat támogató attitűd eredménye az egyszempontos varianciaanalízis során	31
7. táblázat: Szabályok alkalmazása	31
8. táblázat: A krízis szignifikáns korrelációja a tagadással	34
9. táblázat: A diagnózis közlésénél teremtett légkör szignifikáns korrelációja a tagadással ...	34
10. táblázat: A tagadás és a szakember felkészültségének összefüggése	35
11. táblázat: A juttatások, kedvezmények szignifikáns korrelációja más dimenziókkal	35
12. táblázat: A szülő önértékelésének szignifikáns korrelációja más dimenziókkal.....	36
13. táblázat: A szülő-környezet kapcsolatának szignifikáns korrelációja a szabadidő dimenziójával	36
14. táblázat: A szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd szignifikáns korrelációi más dimenziókkal	37
15. táblázat: Az önállóság dimenziójának szignifikáns korrelációi más dimenziókkal	37
16. táblázat: A jutalmazás, büntetés szignifikáns korrelációi más dimenziókkal	38
17. táblázat: Normák, értékek dimenziójának szignifikáns korrelációi más dimenziókkal	38
18. táblázat: A szabadidő dimenziójának szignifikáns korrelációja más dimenziókkal	39

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: Hirschowitz krízis modellje (1973) (Hajduska, 2008. 24.o.)	11
2. ábra: Ranschburg Jenő-féle szülői nevelési stílusok modellje (Ranschburg 2004: 128)	20
3. ábra: Az értelmileg akadályozott gyerekeket nevelő-, és a tipikus fejlődésmenetű gyerekeket nevelő szülők iskolai végzettsége százalékos megoszlásban	24
4. ábra: Fiúk életkori eloszlása a mintacsoportban és a kontrollcsoportban	25
5. ábra: Lányok életkori eloszlása a mintacsoportban és a kontrollcsoportban	26
6. ábra: Szülők eloszlása párkapcsolat alapján.....	26
7. ábra: Mennyi könyvvel rendelkeznek a szülők	27
8. ábra: Kirándulások gyakorisága	27
9. ábra: Testvérek száma az értelmileg akadályozott gyermekek körében	32
10. ábra: A diagnózis óta eltelt idő.....	33

1 BEVEZETÉS

1.1 Témaválasztás indoklása

Egyetemi tanulmányaim megkezdése előtt két évig gyógypedagógiai asszisztensként a gyakorlatomat Debrecenben töltöttem egy olyan szociális intézményben, amely nappali ellátást biztosított értelmileg akadályozott-, illetve halmozottan sérült felnőttek számára. Az itt eltöltött két év alatt nem csak az intézmény gondozottjait, de a fiatalok családját is megismertem.

A mindennapok során szembesültem különböző nevelési stílusokkal, illetve elhárító mechanizmusokkal, amelyeket a szülők alkalmaztak. Több egyedülálló édesanyának nehéz volt egyedül cipelnie a terhet, mivel az édesapa kilépett a kapcsolatból a sérült gyermek megszületése után, így a megélhetés is komoly gondot jelentett. Nem minden esetben jelent azonban biztonságot egy társ jelenléte. Volt olyan család, ahol az édesanya komoly depresszióval, míg az édesapa alkoholizmussal küzdött. Az idősebb generációra jellemző volt, hogy nem vállaltak második gyermeket, nehogy ő is valamilyen rendellenességgel szülessen, míg a második generáció tagjai között több olyan szülő is volt, aki a fogyatékos gyermeke születése után még vállalt.

Mivel nagy eltérések voltak a szülők által alkalmazott módszerek között, elkezdett a figyelmem arra irányulni, hogy ennek mi lehet az oka, mi befolyásolhatja ezt, van-e a krízis megélésének szerepe ebben.

Ezek voltak azok a családok, akiknek az élete, az általuk alkalmazott nevelési módszerek olyan mély benyomást tettek rám, hogy ösztönöztek a dolgozatom megírására.

2 ELMÉLETI ALAPOK

2.1 Értelmi fogyatékoság

Az értelmi fogyatékoságot az idők folyamán sokan és sokféleképpen próbálták meghatározni, azonban nem lehet egyetlen, minden tudományterület kritériumrendszerét kielégítő definícióval leírni. „A gyógypedagógia a speciális oktatásra való kiválogatás szempontjából határozta meg, melynek központjában az „iskolai meg nem felelés állt”. A pszichiátria az értelmi fogyatékos emberre úgy tekintett, mint „kóros magatartási tulajdonságok hordozójára”, illetve, „mint abnormális létforma reprezentánsa”. Ez a megfogalmazás a betegséget hangsúlyozza. Az igazságügy a társadalom szempontjából

vizsgálja az értelmi fogyatékos egyén beszámíthatóságát és cselekvőképességét, melyeket korlátozottnak tekintenek. Végül, a pszichológia, amely az intellektuális képesség szerint osztályozza a személyeket (Lányiné 2009: 37).

Illyés Gyuláné 1968-as meghatározásában az értelmi fogyatékoság olyan állapot, mely a „neuroendokrin rendszer csökkentértékűségén vagy sérülésén, illetve funkciózavarán alapszik”. Kialakulásában szerepet játszhatnak bizonyos genetikai rendellenességek, illetve a pre-, peri-, és posztnatális ártalmak, sérülések. Ez az állapot visszafordíthatatlan (irreverzibilis), illetve nem csak az intellektus, hanem az „egész személyiség zavarát hozza létre”, tehát pervazív (Lányiné 2009: 54; Hatos 2008).

Az AAMR (American Association on Mental Retardation) újra és újra definiálta az értelmi fogyatékoságot, mint fogalmat. 2002-es, többdimenziós modellre épülő definíciójában az értelmi képességek csökkentértékűségét, az adaptív viselkedés zavarát emeli ki, illetve, hogy ez az állapot a személy 18 éves kora előtt keletkezik (Hatos 2008).

Az orvosi és pszichológiai eredetű megközelítésekben a sérülés súlyosságát kifejező csoportokat alkottak. A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) jelenleg így csoportosítja az értelmi fogyatékoságot (Hatos 2008):

Az értelmi fogyatékoság súlyossági csoportjai	Megközelítőleges IQ érték	BNO-10 kódjai	Arányuk az értelmi fogyatékosok között
Enyhe mentális retardáció	50-69	F.70	80%
Közepes mentális retardáció	35-49	F.71	12%
Súlyos mentális retardáció	20-34	F.72	7%
Igen súlyos (extrém) mentális retardáció	> 20	F.73	≤1%

1. táblázat: Az értelmi fogyatékoság súlyossági csoportjai a BNO-10 szerint (Hatos 2008: 30)

Az értelmi fogyatékoság diagnosztizálásához azonban nem elegendő az alacsonyabb IQ érték (Speck 1999, idézi Hatos 2008). Az intelligencia faktor mellett értékelnünk kell az egyén szociális teljesítményét is (Hatos 2008).

Az értelmi fogyatékossgot nevelhetőségi szempontból két csoportra osztották: tanulásban akadályozottság, értelmileg akadályozottság (Hatos 2008).

2.2 Értelmi akadályozottság

A fogyatékossg mint kifejezés a személy csökkent, módosult funkcionális képességére, utal, ezzel szemben az akadályozottság a sérülésből, fogyatékossgból adódó szociális hátrányokat helyezi előtérbe (Kálmán, Könczei 2002).

„Értelmileg akadályozottak azok a gyermekek és felnőttek, akiknek fejlődését, szociális kapcsolatait, tanulását és felnőttkori élethelyzetét jelentősen befolyásolja az értelmi akadályozottság” (Mesterházy 2001: 79).

Az értelmi akadályozottság formái etiológiailag több tényezőtől függenek. Három alapjellemzőt szükséges kiemelni: adaptív funkciók gyengesége, beszűkülése, az állapot 18 éves kor előtt jelentkezik, illetve a környezetnek befolyásoló szerepe van (Hatos 2000).

A fogalomhasználatban 2007. január 1-jén változás történt, amikor is már említett AAMR nevét AAIDD-re (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) változtatta. A névváltozás kifejezi, hogy a szakemberek az érintett populáció esetében „a legjelentősebb tünetnek az intelligenciának, mint átfogó képességnek a zavarát tartják” (Lányiné 2009: 101).

A gyermek korai életszakaszában már érzékelhető a fejlődés meglassúbbodása. A fejlődési fordulópontok ideje kitolódik, így a fejlődés harmóniája felborul. Ez megnyilvánul:

- szenzomotoros funkciók terén,
- a kommunikáció és beszéd fejlődésében,
- a megismerő-, és a kognitív funkciók csökkentértékűségében és
- a szociális készségek hiányosságaiban, zavaraiiban (Hatos 2000).

Mivel dolgozatom témája a családi nevelés, ezért elsősorban a szociális készségek fejlődését, illetve annak zavarait, nehézségeit szeretném kiemelni.

Vigotszkij a kulturális-szociális készségek fejlesztésének kiemelt jelentőséget tulajdonít, mivel ezáltal fejlődnek a magasabb rendű pszichikus funkciók. A fogyatékossg megzavarja ezt a fejlődést, ezért ezek a gyermekek, felnőttek nehezebben illeszkednek be a

társadalmukba, annak a norma-, és szabályrendszerét nehezebben értelmezik, továbbá a kultúrát is nehezebben sajátítják el. Ezért a gyógypedagógia egyik elsődleges célja a fogyatékossgal élő személyek eredményes társadalmi integrációja (Hatos 2000).

Szociális fejlődésükre jellemző, hogy az éntudatuk megkésetten, hiányosan alakul ki. Ennek fejlesztésének érdekében a gyermeknek szüksége van, hogy környezetével minél több interakciót alakítson ki. Nagy különbségek lehetnek az egyes gyermekek között. A Down-szindrómás gyermekek kiváló szociális készségekkel rendelkeznek, míg az autizmus spektrumzavarral élő gyerekekre jellemző az interakciók kezdeményezésének hiánya, vagy másik esetben a közeledés kritikátlanlansága (Hatos 2008).

A cél, hogy az értelmileg akadályozott gyermek aktívan reagáljon környezetére, befolyásolja azt, képessé váljon kapcsolatot építeni a másik emberrel. Fontos, hogy felismerje a szociális környezet összefüggéseit, ezekhez alkalmazkodjon. Végül, de nem utolsó sorban, el kell sajátítaniuk a megfelelő kommunikációs képességeket, illetve azt, hogy hogyan értelmezzék mások, és hogyan fejezzék ki saját érzelmeiket (Vágó 2006).

2.3 A család

2.3.1 A család fogalma, funkciója, célja

A gyermek fejlődésének szempontjából a családnak kitüntetett szerepe van (Radványi 2013). Eltérő fejlődésmenetű gyermek esetében a gyermekre irányuló beavatkozások a családtagokra is hatással van. Ez a folyamat kétirányú, kölcsönös, ezért nagyon fontos a család támogatása (Bailey et al. 1990, 1993, idézi Radványi 2013)

A család fogalmának értelmezésére is számtalan definíció áll rendelkezésünkre. Bowlby szerint az a konstrukció, amely a családtagok egymás iránti ragaszkodása nyomán alakul ki. Winnicot felelősségteljes szövetségként írta le, mely az anyák és az apák között áll fenn az utódjaikért (Kálmán, Könczei 2002).

A szocializáció szempontjából a család a legfontosabb szocializációs színtér a gyermek számára, csak ezt követik majd az iskola, baráti kör, munkahely és más egyéb közösségek. E folyamat során az egyén elsajátítja a saját közösségének, társadalmának normáit, érték-, szokás-, és kommunikációs rendszerét (Farkas 2006).

Robert Le Vine (1988) antropológus különböző kultúrákban végzett megfigyelései alapján három célt fogalmazott meg, amely általánosan igaz az összes szülőre a világon:

1. Túlélési cél: biztosítani gyermekük életben maradását, egészségét, biztonságát.
2. Gazdasági cél: hozzásegíteni gyermekeiket azokhoz a képességekhez, amelyek nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy gazdaságilag eredményes felnőttek legyenek.
3. Kulturális cél: lehetővé tenni, hogy a gyerekek elsajátítsák a saját kultúrájuk értékeit, normáit (Cole, Cole 2006).

Úgy gondolom, hogy azok a családok, akik értelmileg sérült gyermeket nevelnek, akadályozva vannak e célok megvalósításában. A gyermek sérüléséből adódóan a szülőknél jelentkezik egyfajta büntudat. Gazdaságilag sem lesz önálló a gyermek, hiszen a teljesen önálló életvezetés sem valósítható meg. Végül, a sérült szociális készségeik miatt az adott társadalom kultúráját, norma- és szabályrendszerét egyáltalán nem, vagy csak részben tudják elsajátítani.

2.3.2 A család mint rendszer

A család egy bonyolult rendszer, amelyben minden tag kölcsönösen hat a másikra (Kálmán 1995). Nem csak szocializációs színtérnek lehet érteni, hanem mint személyre irányuló rendszer. „A személyre orientáltság megnyilvánul a családi belső intim reakciókban és kommunikációkban (...)” (Farkas 2006: 44) .

A családban társas viszonyok uralkodnak, amelyek elsősorban rokoni kapcsolat határoz meg. Ez azt jelenti, hogy akkor működik jól egy család, ha nem a társadalmi alá-fölé rendeltség irányítja, hanem a társas kapcsolatok (Farkas 2006).

Ebben a rendszerben minden tagnak meg van a saját szerepe: férfi-nő, férj-feleség, apa-anyja, fiú és lány. A család külső egysége a tágabb rokonság, például a nagyszülők. Ezeknek a szerepeknek, külső rendszereknek az összhangja határozza meg, hogy milyen a család mentálhigiénéje és szociális helyzete. Ezért is reagál ez a rendszer érzékenyen, ha személyi változás történik, például: válás, halál (Farkas, 2006). Nem csak a gyermekeknek, de a felnőtteknek is szükségük van a személyi állandóságra, amely támaszt, biztonságot nyújt.

2.4 A krízis

2.4.1 A krízis fogalma

A II. világháborút követően a pszichológiával, pszichiátriával, szociológiával foglalkozó szakemberek megfigyelték, hogy a katonák - akik testileg és lelkileg egyaránt sérültek - sokkal hamarabb, „kevesebb következménnyel járó pszichés tünettel gyógyultak” (Hajduska 2008: 10), amikor a traumát követően részesültek mentálhigiénés ellátásban. Lindeman ugyanezt a jelenséget tapasztalta egy tragikus tüzeset után a sérülteknél és a halálos áldozatok hozzátartozóinál (Hajduska 2008).

Caplan, a krízisintervenciók tapasztalatait integrálva megalkotta a kríziselméletet. Hangsúlyozza a krízisek, traumák átélése utáni minél hamarabb történő segítségnyújtást. Krízishelyzetnek határozta meg azt a lélektanilag kritikus állapotot, amely az egyén számára érzelmileg kiemelten fontos, elkerülhetetlen, és amely az addig használt problémamegoldó módszerekkel is leküzdhetetlen. A krízishelyzetnek két típusát különítette el. Az egyik típus a normatív krízis, mely az ember fejlődési szakaszaihoz köthető. Ezek a szakaszok mindenképpen lezajlanak, függetlenül attól, hogy kedvező vagy kedvezőtlen hatással lesznek az egyénre. A másik típus az akcidentális krízis, mely véletlenszerű, sorscsapásként bekövetkező események, melynek „lényeges eleme a tárgyvesztés, vagyis az érzelmileg kitüntetetten fontos személy, dolog, érzés, ügy, testi épség, egészség stb. elvesztése”. Ebbe a csoportba sorolható pl.: *a rablás, katasztrófa, haláleset, válás, súlyos betegség* (Hajduska 2008: 13).

2.4.2 A krízisállapot szakaszai

A krízisállapot több szakaszra osztható. Az első szakasz a készenlét. Megjelennek a jellegzetes vegetatív tünetek egy-egy szorongást, stresszt kiváltó esemény során, *például a vérnyomás és a pulzus megemelkedik, a tenyér nedvessé válik, szaporává válik a légzés, a pupillák kitágulnak*. Minden pszichés funkciónk az egyensúly helyreállítására fókuszál (Hajduska 2008).

Amennyiben ez nem történik meg, akkor következik a második fázis, a küzdelem. A próbálkozások a rend helyreállítására vagy eredményre vezetnek, és csökken a feszültség, vagy pedig hibába ütközik az egyén. Ekkor a feszültség nő, érzelmileg instabillá válik, cselekedetei indulatvezéreltté válnak (Hajduska 2008).

Harmadik szakasz a kapkodás. A személy elveszti racionalitását, az újabb megoldási módok kipróbálását már indulatosság, görcsösség jellemzi. Ez a szakasz már veszélyes, hiszen az impulzív cselekedetek másokra is veszélyt jelenthetnek (Hajduska 2008).

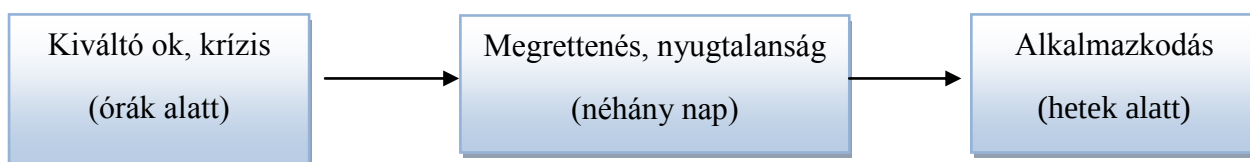
A negyedik szakasz az összeomlás. Ebben a szakaszban az egyén már nem képes alkalmazkodni. Itt is megjelennek az indulatvezérelt cselekedetek, érzelmi kitörések, destruktív magatartás. Felléphet másokra vagy saját magára irányuló agresszió, akár öngyilkosság. Külső segítség nélkül a személy nem képes visszanyerni eredeti állapotát, „regresszív állapot, esetleg pszichózis is bekövetkezhet” (Hajduska, 2008: 23).

Lazarus azokat a próbálkozásokat, amelyek a stresszhelyzet leküzdésére, a probléma megoldására irányultak, megküzdésnek (coping) nevezte (Hajduska 2008).

2.4.3 A krízisállapot lefolyása, időtartama, kimenetele

A krízisek lefolyását időben be tudjuk határolni, hat-nyolc hét alatt lezajlanak. Ezután a következményeit érezzük. Általában alkalmazkodási zavar lép föl, amely fél évig is eltarthat. Pszichés tünetek akkor léphetnek föl, ha ez a tartós állapot nem oldódik (Hajduska, 2008).

Azok a modellek, amelyek leírják a krízisállapotot, megegyeznek abban, hogy ez az állapot órák alatt kialakul. Abban az esetben, amennyiben a személy nem megfelelő megküzdési stratégiákat alkalmaz, a krízishelyzet hetekig is fennállhat, miközben a személyiség egyensúlya labilissá válik. Az újabb frusztráló események ezt az időszakot meghosszabbíthatják, miközben az egyén kimeríti érzelmi és energiatartalékait (Hajduska 2008). Ez alapján Hirschowitz a következő modellt írta le:



1. ábra: Hirschowitz krízis modellje (1973) (Hajduska, 2008. 24.o.)

A krízishelyzet kimenetelének kétféle lehetősége van. Az első, amikor az egyén egyensúlyi állapota úgy áll vissza, hogy valamilyen diszfunkcionális működés merül föl,

például alkohol-, drog- és egyéb függőség; alkalmazkodási zavar; szorongásra, depresszióra, pszichoszomatikus zavarra utaló jelek (Hajduska 2008).

Anna Freud dolgozta ki azokat a stratégiákat, amelyek az én belső egyensúlyának helyreállítását célozták meg. Ezek segítségével az én vagy a felettes én számára provokatív események nem kerülnek be a tudatba. Így viselkedhetünk ezekben a helyzetekben racionálisan. „Ilyen elhárító mechanizmusok például: a tagadás, az elfojtás, az ellentétben fordítás, a projekció, az azonosítás, a szublimáció” (Hajduska, 2008: 25). Ez esetben nem meglepő, ha a történések lezajlása után jelentkeznek a pszichoszomatikus tünetegyüttesek (Hajduska 2008).

Pálhegyi Ferenc szerint a megzavart anyai viselkedés - a gyermek eltérő fejlődésmenete, fogyatékosága miatt - háromféle módon nyilvánulhat meg. Legrosszabb esetben a szülők nyíltan elutasítják a gyermeket, nem hajlandók elfogadni a fogyatékoság tényét. Nem tudnak örülni a gyermeknek, nem tudják szeretni. Ebből ered a konfliktus, a belső feszültség, miszerint egy gyermeket szeretni kell, másrészt a környezet elvárásainak is meg kell felelnie. Ideális esetben viszont teljesen elfogadják. Ez a viselkedési forma külső beavatkozás nélkül ritkán valósul meg. Ennek a spontán bekövetkezése függ az anya személyiségétől, érzelmi tartalékaitól, az őt körülvevő támogató környezettől, *például házastárs, rokonok, barátok, ismerősök jelenlététől* (Pálhegyi 1990).

Rejtett elfogadás esetében azonban a szülő emocionális magatartása nincs összhangban a külső megnyilvánulásokkal. Tehát, a szülő nem képes elfogadni gyermekét, viszont a félelem a társadalmi és a felettes én megítélésétől arra készíteti őt, hogy a negatív érzéseit elfojtsa magában, hogy ezáltal fenntartsa önbecsülését (Pálhegyi 1990). Úgy gondolom, hogy a szülőnek egy olyan társadalom számára kell megfelelnie, amely a mai napig peremhelyzetre szorítja azokat a személyeket, akiknek valamilyen akadályozottságot kell nap mint nap megtapasztalniuk a társadalmi életben (*például értelmileg akadályozott vagy látássérült személyek*). Ilyen esetben a szülők elhárító mechanizmusokat alkalmaznak. Amikor letagadják a fogyatékoságot, akkor a szülő nem hajlandó beismerni, hogy baj van a gyerekkel, de ez függ a gyermek állapotától is. Jellemző még a bagatellizálás, amikor nem látja olyan súlyosnak a helyzetet, mint amilyen valójában (Pálhegyi 1990).

A szülők átháríthatják a felelősséget másra, melynek célja a büntudat csökkentése. Úgy érzi a szülő, hogy gyermeke állapotáért más a felelős, *például az orvos vagy a házastársa, partnere* (Pálhegyi 1990).

A gyógypedagógus-szülő közt sok konfliktust okozhat, amikor a szülők felruházzák gyermeküket nem létező képességekkel, illetve a meglévőket felnagyítják. Megjelenik még a reakcióképzés folyamata is, amelynek megnyilvánulási formája a gyermek túlfeltése, túlgondozása. Ezzel, a szülő megakadályozza gyermekét a különböző területeken történő *(például önkiszolgáló tevékenységek)* fejlődésében (Pálhegyi 1990).

Végül, gyakori a szülő önbüntető életstílusa, amikor lemond azokról a dolgokról, amelyek eddig fontos szerepet játszottak az életében, például a hivatásáról, igényes megjelenéséről. Úgy is mondhatjuk, hogy feláldozza önmagát gyermekéért (Pálhegyi 1990).

2.5 Fogyatékos gyermek a családban

2.5.1 Az anya-gyerek kapcsolat torzulása

A legtöbb szülő életének legboldogabb periódusa az a kilenc hónap, amely során felkészülnek a gyermekük születésére. A gyermekvállalás általában tudatos döntés és csak extrém esetekben merül fel annak a lehetősége, hogy lemondanak róla (Kálmán, Könczei 2002).

Általában, ha megkérdezzük a szülőket, hogy kisfiút vagy kislányt szeretnének jobban, akkor azt válaszolják, hogy nem számít, a lényeg, hogy egészséges legyen (Kálmán 1995). Egy egészséges magzat születése is krízissel jár, hiszen a szülőknek stabilizálódniuk kell az új identitásukban. Kritikussá akkor válik ez a szerep, ha fogyatékos gyermeke születik a párnak. Ebben az esetben az anya-gyerek kapcsolat sérül, nehezebben indul az egymásra való hangolódás (Hajduska 2008).

Pálhegyi Ferenc az anya-gyerek kapcsolatot ösztönhelyzetnek írta le. Ennek több oka is van. Egyrészt, a viselkedésük „genetikus program alapján megy végbe” (Pálhegyi 1990: 65). A csecsemő minden megnyilvánulása olyan reakció, amely veleszületett és az édesanyának szól. Az erre válaszoló anyai reakció is ösztönös. Másrészt, a köztük lévő kapcsolatnak feszültségoldó hatása van. Az anya gyönyörködik gyermekében, figyelemmel kíséri gyermeke fejlődését, örömmel fogadja az aktivitás jeleit. Gondozza, biztonságot nyújt gyermeke számára, ez a lelki fejlődéshez elengedhetetlen (Pálhegyi 1990).

Ezt a folyamatot, kapcsolatot a fogyatékoság tényén kívül több tényező is befolyásolja. Elsősorban a sérülés természete, amely lehet értelmi, érzékszervi fogyatékoság,

mozgásszervi sérülés, egy időben jelen lévő kettő vagy annál több sérülés esetén halmozott fogyatékoság vagy autizmus spektrumzavar (Kálmán 1995).

A sérülés súlyossága meghatározza, hogy szükség van-e gyógyszerekre; állandó, napi huszonnégy órás felügyeletre; speciális terápiákra, segédeszközökre stb. Esetenként nagy eltérések lehetnek, hiszen a különböző etiológiai kórképekhez eltérő tünetek társulhatnak. Ez befolyásolja a sérülés szembetűnő voltát. Némely fogyatékosági típusnál a sérülésnek szemmel látható jelei vannak (pl.: *faciális diszmorfia*; *végtaghiány*) már az első naptól kezdődően. Emiatt a családnak sokszor meg kell küzdeniük a társadalom megvetésével. Nem elhanyagolható továbbá, hogy esetleges betegségnek milyen a lefolyása. Nagyon fontos a krízis megélése szempontjából, hogy ez egy stagnáló állapot, esetleg várható-e javulás vagy éppen progrediáló (Kálmán 1995; Lányiné 2009). Ezért szüksége van a családnak anyagi erőforrásokra. Egy-egy speciális terápia, segédeszköz, amely a gyermek fejlődését elősegíti, nagy anyagi megterhelést jelenthet a család számára. Ezeknek az elérést a rendelkezésre álló információk mennyisége, felhasználhatósága is meghatározza. Kiemelten fontos, hogy a szülők gyermekük állapotáról megfelelő mennyiségű információt kapjanak kompetens szakembertől/ szakemberektől. Sok szülő orvostól-orvosig hordja gyermekét (medical shopping), míg mások megelégszenek azzal az információmennyiséggel, amit közvetlenül a diagnózis után kapnak (Kálmán 1995).

Fontos tényező a sérülés bekövetkezésének időpontja. A család könnyebben tud alkalmazkodni a gyermek állapotához, ha az a születésétől kezdve fennáll, azzal szemben, mint amikor egy baleset, súlyos fertőzés miatt válik fogyatékosá egy idősebb gyermek (Kálmán 1995).

Kálmán Zsófia (1995) szerint a szülők különbséget tesznek a különböző nemű gyermekek között, és az aranyos, kedves értelmi fogyatékos kislányokat könnyebben, kisebb fájdalommal fogadják.

A testvérek száma és egészségi állapota is fontos tényező. Könnyebb az elfogadás, ha a sérült gyermek mellett a szülőnek van tipikus fejlődésmenetű, egészséges gyermeke. Ehhez kapcsolódik a születési sorrend fontossága, hiszen első gyermek születésénél a szülő bizonytalan a szerepében, ezért a kudarcélmény erősebb (Kálmán 1995).

A szülők életkora és a család aktuális életszakaszát is figyelembe kell vennünk. Az idősebb szülők kevésbé mernek újabb gyermeket vállalni, nagyobb az esélyük arra, hogy például Down-szindrómás lesz a gyermek (Kálmán 1995).

Amikor fogyatékos gyermek születik, a szülőknek szüksége van a többi családtagra, a támogató környezetre. A nagyobb család több odafigyelést, törődést igényel, ugyanakkor a szülők számára fontos érzelmi forrás. Ideális esetben a tágabb családi kör támogató, segíti a szülők mindennapjait, földrajzilag is közel helyezkednek el egymáshoz. Ideális esetben a szülőknek a gyermekén kívül nem kell más rokonról gondoskodnia, például beteg nagyszülőkről (Kálmán 1995).

Továbbá ezt a folyamatot befolyásolhatja a szülők iskolai végzettsége. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők nagy reményeket fűztek a gyermekükhöz. Előfordulhat, hogy nehezebben birkóznak meg az érzelmeikkel, mint azok a szülők, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (Kálmán 1995).

Végül, de nem utolsó sorban, további tényezőként megjelenhet még a családnak a valláshoz való viszonya, a család életstílusa és értékrendszere (Kálmán 1995).

2.5.2 A szülők közti kapcsolat torzulása

A fentiekből kiderült, hogy a tipikustól eltérő fejlődésmentű gyermek elfogadásához a szülőknek nagy érzelmi tartalékra van szükség, amit a társuk jelenlétéből és a támogató környezetből nyerhetnek (Kálmán 1995). Ideális esetben a szülők boldog kapcsolatban élnek, és ez a krízis jobban összeköti őket, végig támogatják egymást. Azonban ez nem minden esetben valósul meg.

A születés utáni időszakot a tipikusan fejlődő gyermekek esetében is nehezen viselik az édesapák. Ilyenkor úgy érezhetik, hogy háttérbe szorulnak, míg az anya-gyerek között úgynevezett duálunió jön létre (Kálmán, Könczei 2002).

Sérült gyermek születése után általában az anya az, aki gyermeke rezdüléseit figyel, megnyilvánulásait értelmezi. Az apák hajlamosak a munkába temetkezni, nem csak azért, mert a gyermek nevelés többletkiadásokkal jár, hanem mert nem találják otthon a helyüket ebben a megváltozott rendszerben. Nem csak szellemileg, fizikailag, de érzelmileg is kimerültté válnak. Ezért lemondanak arról a lehetőségről, hogy megismerjék gyermeküket, úgy érzik, hogy az édesanya kezében jobb helyen van a gyermek (Kálmán, Könczei 2002).

Sokszor a párnak nem jut elég ideje egymásra, elvész a kettejük közti intimitás, a kommunikáció a kapcsolatukból. Az érzelmi elszigeteltség, a vádaskodások, a ki nem mondott gondolatok ezért tönkretelhetik a párkapcsolatot. A szakemberek felelőssége is, hogy ez ne következzen be, ezért fontos szerepe a van a családterápiának (Kálmán, Könczei 2002).

2.5.3 A szülő és a többi gyermek, illetve a testvérek közti kapcsolat torzulása

„A családban felnövő többi gyermek életét alapvetően befolyásolja, még pontosabban meghatározza a sérült testvér jelenléte” (Kálmán, Könczei 2002: 391). Eltérő képet kapunk, ha a testvérsorban első a sérült gyermek. Ilyen esetben a többi gyermek fejlődését aggodalommal, szorongással követik. Amikor megnyugodtak, hogy minden rendben van a fejlődést illetően, akkor megvonhatják tőle a figyelmüket, hiszen velük a természet bőkezű volt. Ezért a szülő később büntudatot fog érezni. Ezt csak erősíteni fogja az, amikor az átlagos fejlődésű gyermek segítségét egyre többször fogja igénybe venni, ezért ezek a gyerekek hamar felnőnek, gyermekéveik megrövidülnek (Kálmán, Könczei 2002).

Ezek a gyermekek felnőttként valószínűleg nem fogják vállalni sérült testvérük gondozását. Ezzel szemben azok a felnőttek, akik gyerekként nem voltak háttérbe szorítva, elvállalják ezt a feladatot, amikor idős szüleik már nem tudnak gondoskodni róla (Kálmán, Könczei 2000).

2.5.4 Krízishelyzetek a családban

Természetesen nincs két egyforma család, ahogy két egyforma ember sem. Mindenki másképp dolgozza fel az őt ért traumát. Viszont a családok életében mégis találunk meghatározó krízisidőszakokat, amelyekkel kénytelenek szembenézni (Kálmán 1995):

Első krízis akkor éri a családot, amikor a sérült gyermek megszületik. Ezt a szakaszt a heves érzelmek, fájdalom, kétségbeesés, düh, félelem jellemzi. Keresik az okokat, a felelőst a történetekért. Ezt a szakaszt a beletörődés a megváltoztathatatlan helyzetbe, illetve a diagnózis közlése zárja le (Kálmán 1995).

Második krízis akkor következik be, amikor a szülő szembesül azzal, hogy a gyermeke fejlődésmenete évekként kitolódik. Óvodáskorú értelmileg akadályozott gyermek esetében még nem elvárható a szobatisztaság és a tényleges verbális kommunikáció. A szülőknél erősödhet a szégyenérzet és a csalódottság. Megindul a szakemberekkel folyó küzdelem is, hogy a gyermeke milyen intézménybe kerüljön, milyen ellátásban részesüljön (Kálmán 1995).

Harmadik krízis a gyermek huszonegy éves korára tehető, amikor is kikerülnek az oktatási intézményekből. A családnak újabb megoldást kell arra találniuk, hogy hogyan oldható meg, az immáron felnőtt gyermek ellátása. Szembesülnek újra azzal a ténnyel, hogy a testileg felnőtt gyermekük sosem lesz képes a teljesen önálló életvezetésre, a szülőről való leválás nem következik be (Kálmán 1995).

A negyedik krízis a szülők időskorában következik be, amikor elkezdenek szorongani a jövőtől. Egyre többet gondolnak a saját halálukra, illetve a gyermekük sorsára, hogy ki fog vigyázni rá. Adják bentlakásos szociális intézménybe élete végéig, vagy esetleg terheljék a döntés felelősségével az ép gyermeküket? Azok a testvérek vállalják sérült testvérük ellátását, akik gyermekkorukban nem érezték magukat elhanyagoltnak amiatt, hogy több figyelem összpontosul szüleik részéről a fogyatékos testvérré. Ez a szakasz hosszú évekig is elhúzódhat (Kálmán 1995; Kálmán, Könczei 2002).

2.5.5 A diagnózis közlése, a megmondás módja

A szülés, annak a körülményei mélyen nyomot hagynak az anyában. Ezért kiemelten fontos, hogy a szakemberek milyen módon közlik, hogy az újszülött nem egészséges. Ahhoz, hogy ezt a tényt a szülő, szülők minél kisebb krízisként éljék meg, az orvosoknak pszichológia tudás szükséges. Sajnos, a képzésük során erre nem fektetnek kellő hangsúlyt (Lányiné 2009).

Célszerű, ha a megmondás azonnali (initial telling), vagyis a szülést követő hat órán belül megtörténik. Az általános tájékoztatás a szülészorvos, a neonatológus, illetve specifikus szindrómák esetén (például Down-szindróma, Williams-szindróma) a genetikus vagy a szindrómaszakértő feladata (Lányiné 2009).

A tájékoztatáshoz mindkét szülőnek joga van. Ehhez olyan feltételeket kell biztosítani, amely lehetővé teszi a bizalmas beszélgetést, távol a többi betegtől és újdonsült szülőktől. A közlés során a szakembernek nem ajánlatos a távoli jövőről beszélni, a fejlődés végkimeneteléről. Nem lehet előre megjósolni a gyermek fejlődésmenetét, hiszen ezt rengeteg tényező befolyásolja még az évek során. A szakember részéről nem elegendő az empátia, érezniük kell a szülőknek, hogy jól felkészült, megértő és segítőkész (Lányiné 2009).

Sok orvos beleesik abba a hibába, hogy a diagnózist titkolja, esetleg másra hárítja ennek a terhét, hiszen számára is feszültséget is jelent egy ilyen szituáció. Előfordulhat az is, a megmondás monológyszerű, továbbá személyes értékítéletet közvetítő (Lányiné 2009).

2.5.6 Gyászreakciók

A megmondást követően olyan természetes gyászreakció indul be a szülőknél, mint amikor elveszítenek valakit, hiszen minden reményüket elvesztették, hogy gyermekük egészségesen fog fejlődni. Habár nincs két olyan ember, aki ugyanúgy dolgozza fel a történetet, mégis egyfajta hosszú gyázmunka indul el. Ha ez a folyamat nem indul el, mert elfojtják a fájdalmat, akkor az a veszteség az egyén egész életét befolyásolni fogja (Lányiné 2009; Polcz 2000).

Különböző kultúrákban a gyermekérték más és más. A nyugati kultúrában a gyermeknek kitüntetett helye van a család életében. Fogytékosság felmerülése esetén a szülők gyásza nem egyezik meg azzal, amit haláleset okoz. A halál után az elhunyt már nincs jelen fizikálisan a család életében, csak az emlékekben őrzik őt. Ezzel szemben a sérült gyermek nap mint nap jelen van, ezáltal a szülőknek minden nap szembesülniük kell az elvesztett idealizált jövőképpel. A folyamatot nehezíti a bűntudat, jövőtől való aggodalom, félelem (Lányiné 2009).

Ezt igazolja, hogy nem elég az egyszeri diagnózisközlés, hiszen a szülő több forrástól gyűjt információkat, amelyekről szakemberek véleményét kéri ki. Továbbá keresik az okot, amely ehhez az állapothoz vezetett. Ilyenkor hajlamosak a szülők bűnbakot keresni, amely sok esetben az érzelmi feszültség megnyilvánulása. Ellenkező esetben tagadják a fogytékosság tényét és több szakembert felkeresnek, több szolgáltatást, eljárást próbálnak ki (medical shopping), hogy megcáfolják a diagnózist. Ezen a folyamaton csak akkor fognak túljutni a szülők, ha realizálódik a gyermekről, a velük szemben támasztott elvárásokról alkotott képük (Lányiné 2009).

A fogytékos gyermek elfogadása, a szülők reakciói összefüggésben állnak a gyász fázisaival a megküzdés tekintetében. Hiszen mindkét esetben jelen van a tagadás, harag, alkudozás, depresszió és az elfogadás (Radványi 2013).

Hardman, Drew, Egan (1996) a fogytékosság feldolgozásának folyamatát így írta le (Radványi 2013):

Szülői reakció:	Szintek:	A segítség lehetőségei:
Szégyen, bűntudat. Értéktelenség érzése.	Sokk, tagadás	Együttérző meghallgatás. Aktív figyelem.
Eluralkodik a harag érzése. A korai megsegítést végző szakember sértegetése.	↓ Harag	A szülő bátorítása Pozitív szülő-gyermek interakciók modellezése
A tények intellektuális elfogadásának halogatása. Konok eltökéltség a pozitív változást illetően.	↓ Alkudozás	Empatikus megértés. A szülőket segíteni érzéseik elfogadásában. Őszinte kommunikáció.
Tehetlenségérzet. „Ennek meg mi értelme?” érzés. Gyász a „normális” gyermek elvesztése miatt.	↓ Depresszió, elkedvetlenedés	A pozitívumokra fókuszálni. Sikerélményt biztosítani a gyermekkel kapcsolatos tevékenységekben. Biztosítani a professzionális tanácsadás.
Annak a megértése, hogy valamit mégis tenni kell. Az életstílus ráhangolódik a helyzetre. Hajlandóság gyakorlati dolgok megtételére.	↓ Elfogadás	Vigasz más szülőktől. Új interakciós technikák tanítása. Szülőket dicsérni, ha a gyermekük fejlődést mutat.

2. táblázat: A fogvatékosság feldolgozásának folyamata és szintjei (Radványi 2013: 73)

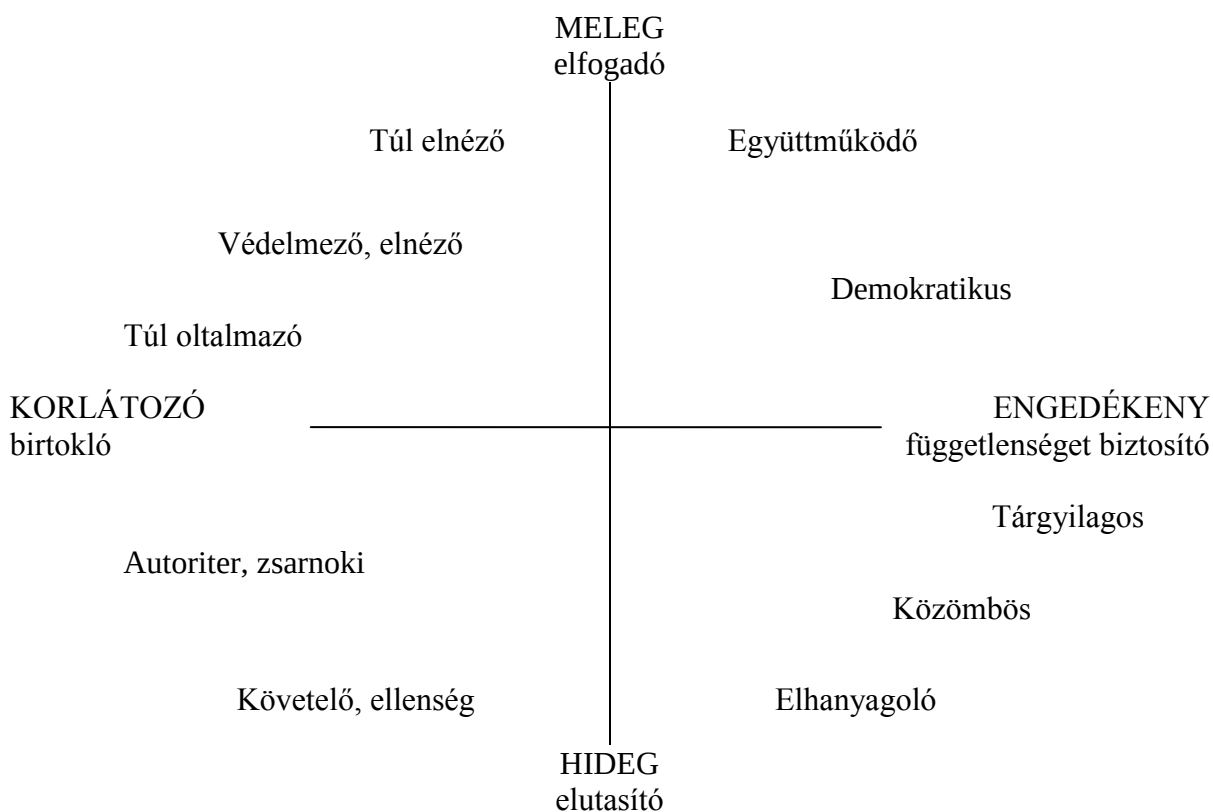
A gyászfolyamat során először a kezdeti sokk és a tagadás merül föl, a hozzátartozók képtelenek elfogadni a helyzetet. Ezt követi a harag és az alkudozás, majd tudatosan a személy, jelen esetben a „normális gyermek”, az idealizált jövőkép elvesztése, amely egy depresszív állapotot idéz elő. Végül, a hozzátartozók elfogadják a megváltoztathatatlan állapotot (Radványi 2013).

2.6 Nevelési stílusok, attitűdök

A személyiség kialakulásáról sokféleképp gondolkodnak. Egyes kutatók szerint, a gyermek személyisége születésétől kezdődően meghatározott, míg mások szerint a gyermeket körülvevő környezet, a szülői magatartás határozza meg. Ezek azonban kölcsönhatásban állnak egymással, tehát a nevelés, a szülő-gyermek kapcsolat nem más, mint interakciók sorozata (Ranschburg 2004).

Azoknak a módszereknek az összességét, amelyeket a nevelők, szülők alkalmaznak a nevelői folyamat során, nevelési stílusoknak nevezzük (Vajda, In: Báthory, Falus 1997).

A nevelési stílusokat két dimenzióban szokták ábrázolni. Az első dimenzió a gyermek testi-lelki szabadságára vonatkozik, vagyis, hogy mennyire engedékenyek, vagy éppen korlátozóak vele szemben. A másik dimenzió a nevelő emocionális beállítottságát jelzi. Az meleg pólus jelképezi az elfogadó szülői magatartást, míg a hideg pólus az elutasítást szimbolizálja (Ranschburg 2004).



2. ábra: Ranschburg Jenő-féle szülői nevelési stílusok modellje (Ranschburg 2004: 128)

A „meleg” nevelői stílust alkalmazó szülők, nevelők ritkán használnak fizikai büntetést, helyette meleg, elfogadó légkört teremtenek. Következetes nevelése során döntéseit, tetteit megindokolja, a gyermek közeledését pozitívan fogadja, ellentétben a „hideg” nevelői attitűddel (Ranschburg 2004).

A „korlátozó” nevelő szabályrendszert alkalmaz, amelyet következetesen alkalmaz, merev, míg az „engedékeny” nevelő teret enged a gyermek autonómiájának (Ranschburg 2004).

A modell alapján négyféle nevelési stílust különböztet meg Ranschburg (2004). A hideg-korlátozó szülői magatartásra jellemző, hogy a gyermek érzelmi szükségleteit nem

elégíti ki; verbális vagy fizikális büntetést alkalmaz. Ennek oka lehet, hogy a szülő elkeseredett, mert valamilyen fogyatékossgal rendelkezik a gyermek, az ezzel járó csalódottsága pedig ilyen formában nyilvánul meg. Ezzel szemben a meleg-korlátozó szülői magatartás során a szülő életének középpontjában a gyermek áll, akit hajlamos túlgondolni, mindentől óvni, ezzel akadályozva a gyermek önállóságának a fejlődését (Ranschburg 2004).

A hideg-engedékeny szülői magatartás tanúsításakor a gyermek nem kapja meg a neki járó figyelmet és szeretetet. A szülő előtérben helyezi a saját érdekeit, szabályokat, normákat nem közvetít a gyermek felé, ellentétben a meleg engedékeny szülői magatartással, amely a legideálisabb a gyermek számára. Ebben az esetben a gyermek felé irányuló elvárások összhangban vannak a gyermek saját törekvéseivel, nem kételkedik szülei szeretetében (Ranschburg 2004; Kolozsváry 2002).

Maccoby és Martin (1983) két dimenzióban ábrázolták a nevelési stílusokat. Az első a korlátozás mértéke, a második pedig a szülők érzelmi viszonya a gyermekeikhez. Ezek alapján határoztak meg négy nevelési stílust, amely nagymértékben hasonlít Ranschburg (2004) modelljéhez (Cole, Cole 2006).

	Elfogadó, érzékeny gyermekközpontú		Elutasító, érzéketlen. szülőközpontú
Parancsoló, kontrolláló	Irányító- kölsönös kétirányú kommunikációt igénylő	↔	Tekintélyelvű, hatalmát érvényesítő
Nem követelő, kevésbé korlátozó	Elnéző	↔	Gondatlan, elhanyagoló, közömbös érdektelen

3. táblázat: Maccoby és Martin-szülői viselkedésminták kétdimenziós osztályozása (Cole, Cole 2006: 435)

Diana Baumrind és munkatársai óvodákban végeztek megfigyeléseket, ahol feljegyezték a gyermekek viselkedését a tevékenységek alatt. A megfigyeléseket 72 szempont alapján végezték. Ezek után interjút készítettek a szülőkkel a gyermeknevelési szokásaikról, elveikről. Az értékelés után a szülői nevelési stílusoknak három csoportját különítették el (Baumrind 1971, idézi Cole, Cole 2006):

1. Tekintélyelvű nevelési stílus: határozott elképzeléseink vannak a gyermek neveléséről. Normákat és szabályokat állítanak fel, gyermekük viselkedését különböző mértékű büntetéssel fékezik meg. Az ilyen szülők gyermekeire jellemző, hogy kevésbé igénylik a

szociális kapcsolatokat, nem érdeklődőek, döntéshelyzetben külső segítségre, megerősítésre várnak.

2. Irányító nevelési stílus: olyan szabályokat állítanak, amelyeket elmagyaráznak és következetesen betartatnak, továbbá ösztönzik a gyermekeket független tevékenységekre. Empátiát is tanúsítanak, képesek arra, hogy a világot a gyermek szemszögéből lássák. Ezek a gyerekek megértik és elfogadják a társas szabályokat, mivel mindig tudják, hogy miért kapják a jutalmazást vagy a büntetést; nagyobb önállóságot tanúsítanak, szociálisan is nyitottabbak, mint a tekintélyelvű szülők gyermekei.
3. Engedékeny nevelési stílus: nem állítottak a gyermekkel szemben magas elvárásokat, kevésbé korlátozták cselekedeteiket, ezáltal a gyermekek a saját tapasztalataik útján tanulhattak. Ennek eredményeképp jelentős hiányosságaik mutatkoznak az önkontroll terén, illetve nehezebben vállalják a felelősséget, illetve nem elég önállóak (Baumrind 1971, idézi Cole, Cole 2006).

A szakirodalmi háttérrel összegezve, a család életére, működésére nagy hatással van az értelmileg akadályozott gyermek születése. Ezek a szülők a krízis átélése során olyan gyászreakciókat mutatnak, mint azok a személyek, akik örökre elvesztették szeretteiket (Radványi 2013).

Ennek oka az, hogy elvesztették a jövőről szőtt idealizált képüket, hiszen gyermekük életútja eltér a tipikus fejlődésmentű gyermekekétől. Ezek a gyermekek sohasem fognak teljesen önálló életet élni, teljesen nem fognak szüleiktől függetlenedni. Ezáltal a szülők életében négy krízisidőszak figyelhető meg. Az első krízis akkor jelentkezik, amikor a fogyatékos gyermek megszületik, ezt követi az az időszak, amikor a szülőkben tudatosul, hogy speciális szolgáltatásokat kell igénybe venniük. A harmadik krízis akkor jelentkezik, amikor a gyermek kikerül az oktatási intézményekből, és a szülőknek újra egyensúlyba kell állítaniuk családjuk életét. Végül, az idősödő szülőknek gondoskodniuk kell a gyermekük sorsáról, el kell dönteniük, hogy kire bízzák, esetleg beadják-e egy olyan szociális intézménybe, ahol eltölti hátralévő életét (Kálmán 1995).

Ennek a folyamatnak a során a szülők különböző megküzdési stratégiákat alkalmaznak, illetve nevelésük során különböző nevelési módszereket használnak fel.

Vizsgálati módszeremmel az értelmileg akadályozott gyermekeket, illetve a „többségi” gyermekeket nevelő szülők nevelési stílusát hasonlítottam össze. Tudomásom szerint, eddig erre vonatkozóan nem készültek empirikus vizsgálatok. Kutatási témám fontosságát és

aktualitását abban látom, hogy a gyógypedagógusok átfogó képet kapjanak arról, hogy a szülők milyen elvek alapján, milyen módszerekkel nevelnek. Fontosnak tartom továbbra azt is, hogy megtudjuk, ez a krízis hatással van-e ezekre a módszerekre, eltérőek-e a tipikus fejlődésmentű gyermekeket nevelő szülőkétől, akik ilyen krízist nem éltek át.

3 HIPOTÉZISEK

A szakirodalom alapján megfogalmazott hipotéziseim a következők:

- I. Az értelmileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők és a tipikus fejlődésmentű gyermekeket nevelő szülők nevelési stílusa között különbség van.
- II. Az értelmileg akadályozott lányokkal és fiúkkal alkalmazott nevelési stílusok eltérőek.

Mindkét hipotézisem irány nélküli, mivel a kutatásom feltáró jellegű. Feladata a nevelési stílusok irányának meghatározása értelmileg akadályozott gyerekeket nevelő szülők körében.

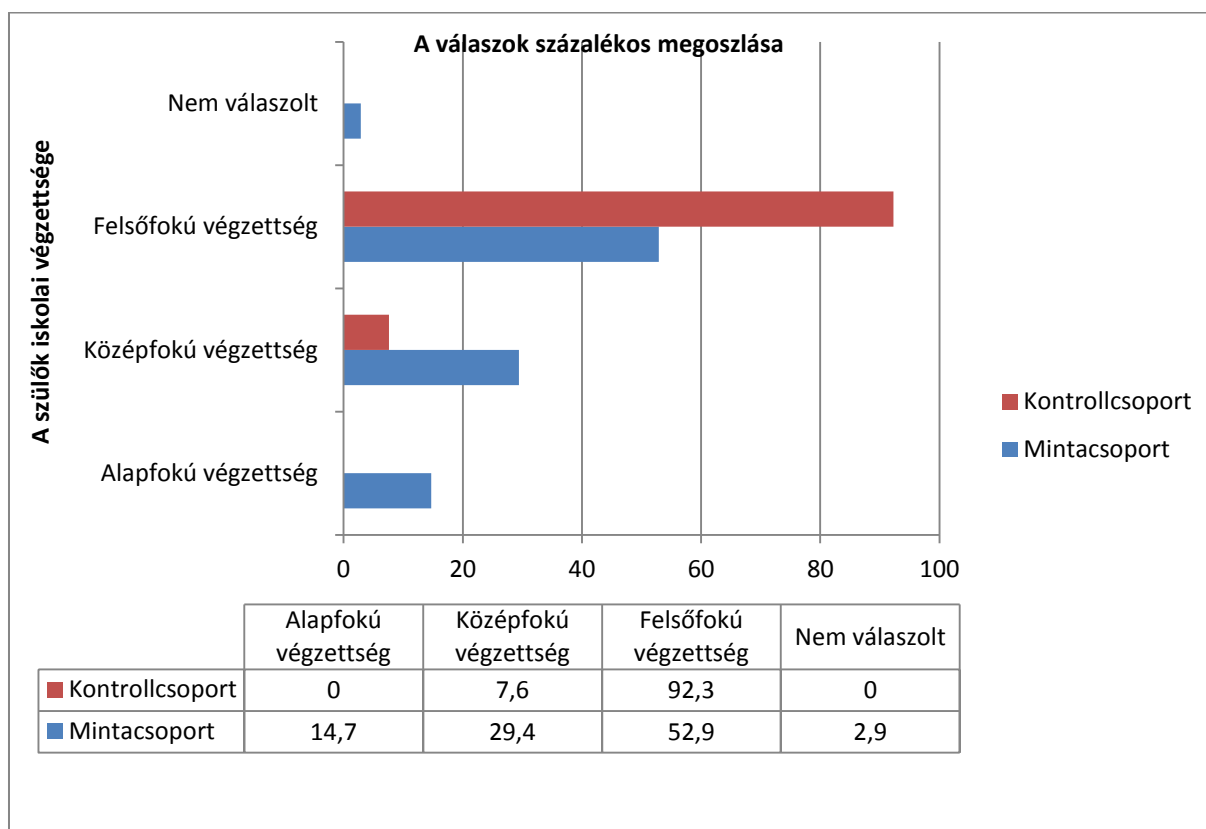
4 A KUTATÁS

4.1 A vizsgálati személyek bemutatása

A kérdőíves kutatásom célcsoportja 8-14 éves közép súlyos értelmi fogyatékos gyermekeket nevelő szülők voltak. Úgy gondoltam, hogy ezek az életkorú gyermekek többségében rendelkeznek olyan értelmi és szociális képességekkel, amelyek alapján az őket nevelő szülők ki tudják tölteni a kérdőívet. Ebbe a vizsgálatba 34 szülőt tudtam bevonni, 18%-uk férfi, 82%-uk pedig nő volt, akiknek az átlagos életkora 40 év volt. A kontrollcsoportot az értelmileg akadályozott gyermekek neméhez és életkorához illesztve választottam ki.

A kontrollcsoportba tartozik az az 53 szülő, akiknek a gyermeke tipikus fejlődésű. Ezeknek a szülőknek 15%-a férfi, 85%-a nő volt, átlagéletkoruk pedig 41 év volt.

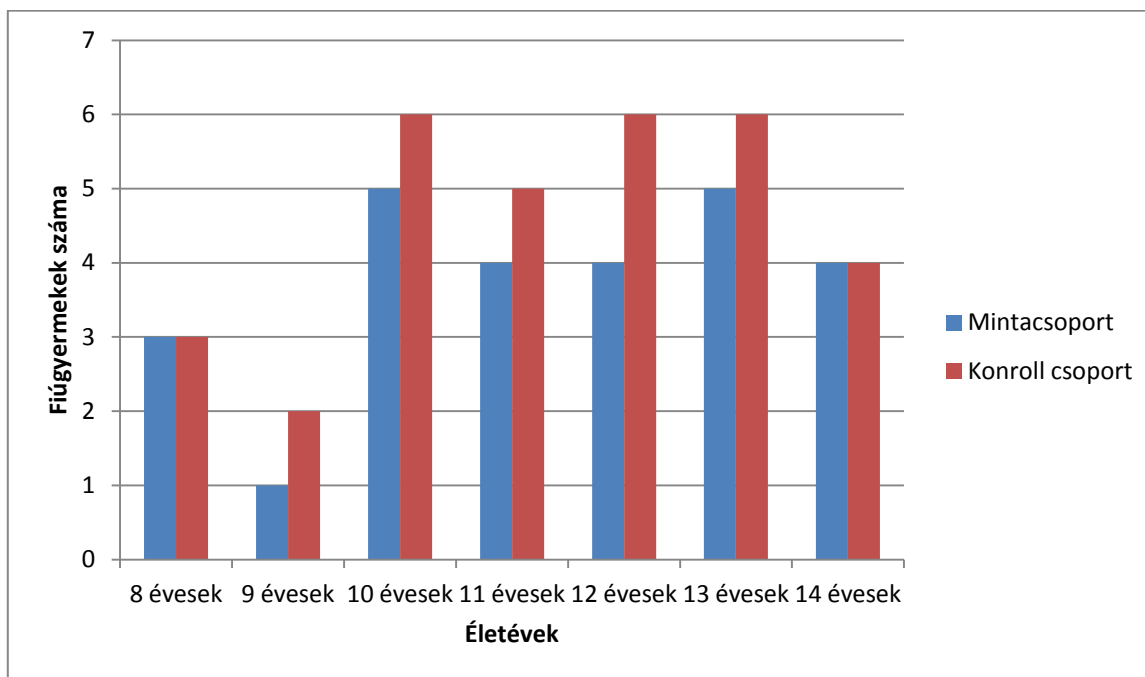
A két csoportban lévő szülők iskolai végzettsége a következőképp alakult:



3. ábra: Az értelmileg akadályozott gyerekeket nevelő-, és a tipikus fejlődésű gyerekeket nevelő szülők iskolai végzettsége százalékos megoszlásban

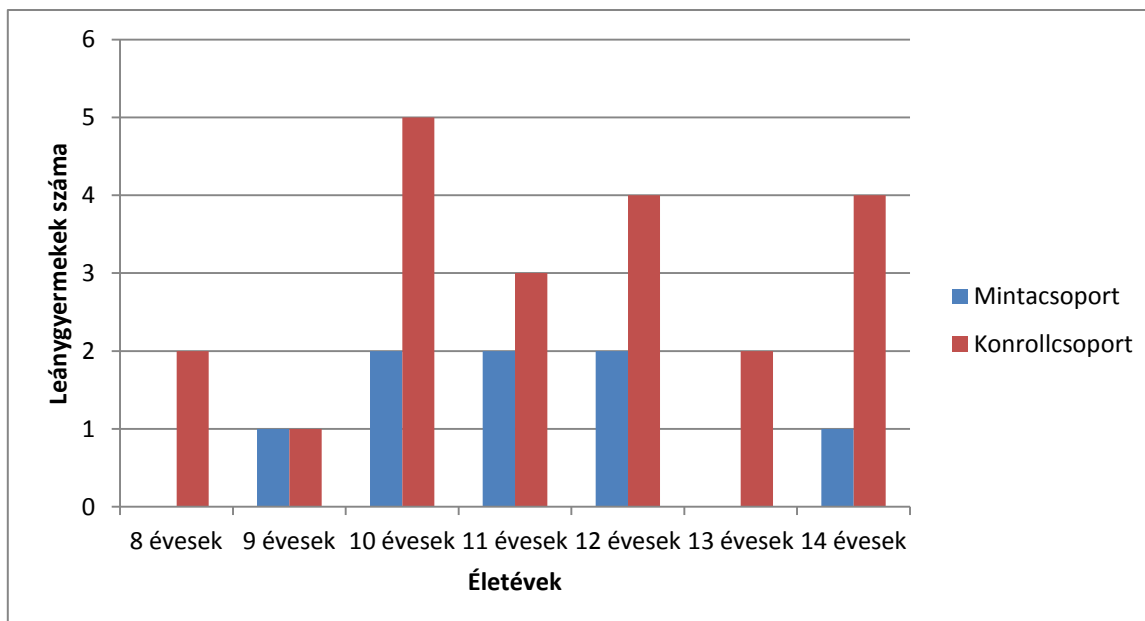
Habár a két csoportba tartozó szülők száma kiegyenlített volt, mégis megfigyelhető, hogy nagyobb számban rendelkeznek főiskolai végzettséggel azok a szülők, akik a kontrollcsoportba tartoznak.

A mintacsoportba tartozó fiúk átlagéletkora 11,4 év, míg kontrollcsoportba tartozó fiúgyermek átlagéletkora 10,7 év. A nemük szerinti eloszlásukat a különböző életcsoportokban a diagram szemlélteti:



4. ábra: Fiúk életkori eloszlása a mintacsoportban és a kontrollcsoportban

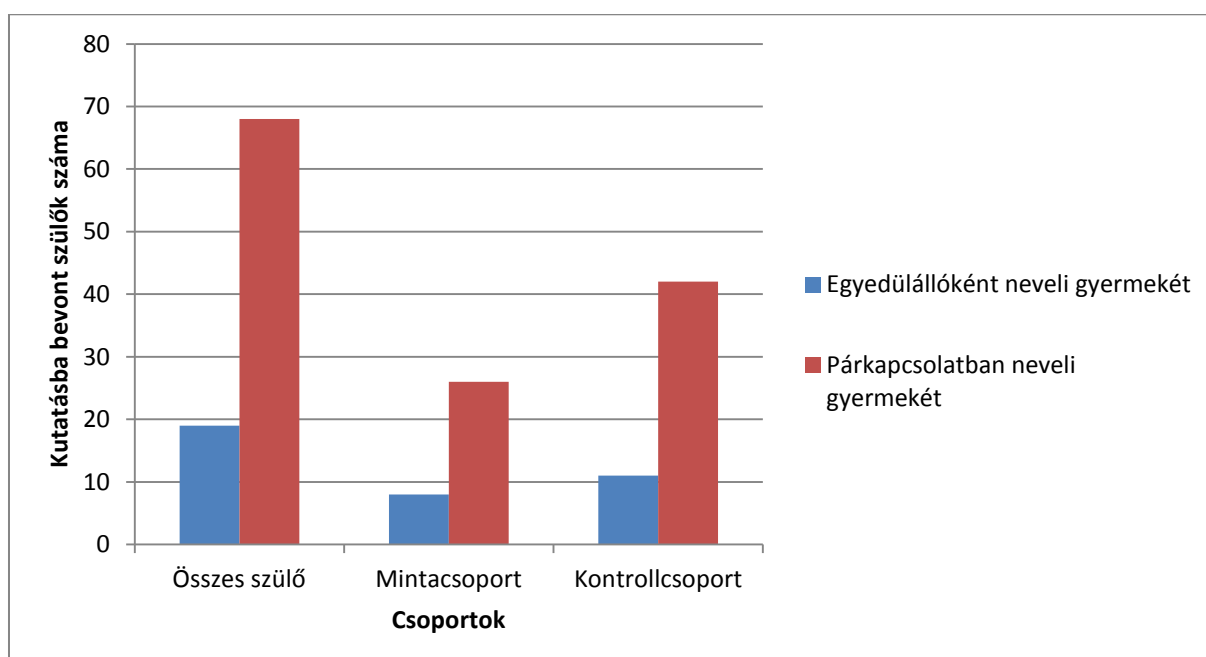
A mintacsoportban a lányok átlagéletkora 11 év, míg a kontrollcsoportba tartozóké is szintén 11 év. A nemük szerinti eloszlásukat a különböző életcsoportban az 5. ábra szemlélteti:



5. ábra: Lányok életkori eloszlása a mintacsoportban és a kontrollcsoportban

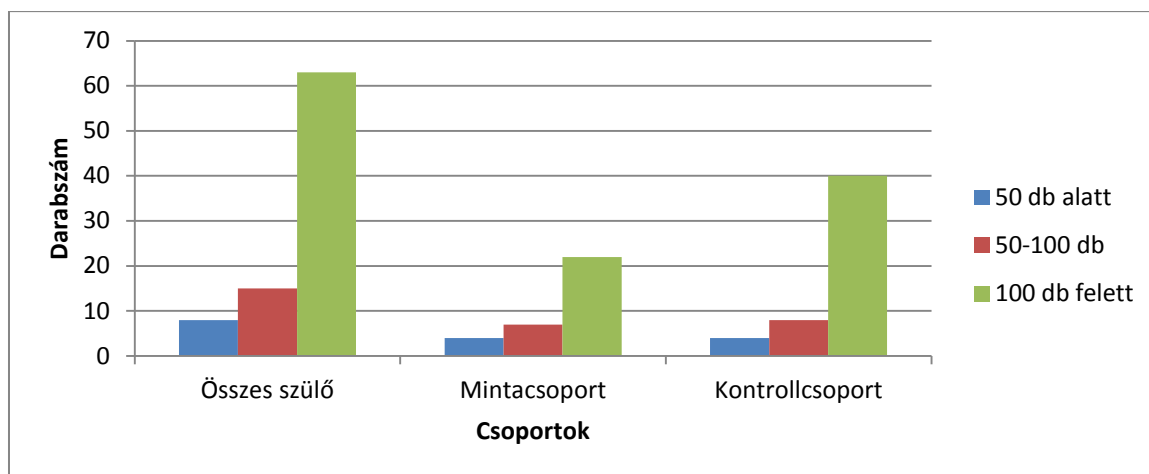
4.1.1 A kutatás háttéradatainak bemutatása

A kutatásba bevont 87 szülő családi állapotát két csoportra osztottam. Az elsőbe kerültek azok a szülők, akik egyedül nevelik gyermekeiket (19 fő), a második csoportot pedig a párkapcsolatban élő szülők alkották (68 fő). Az összes szülő, illetve a mintacsoport, és kontrollcsoport családi állapotát a 6. ábra szemlélteti:



6. ábra: Szülők eloszlása párkapcsolat alapján

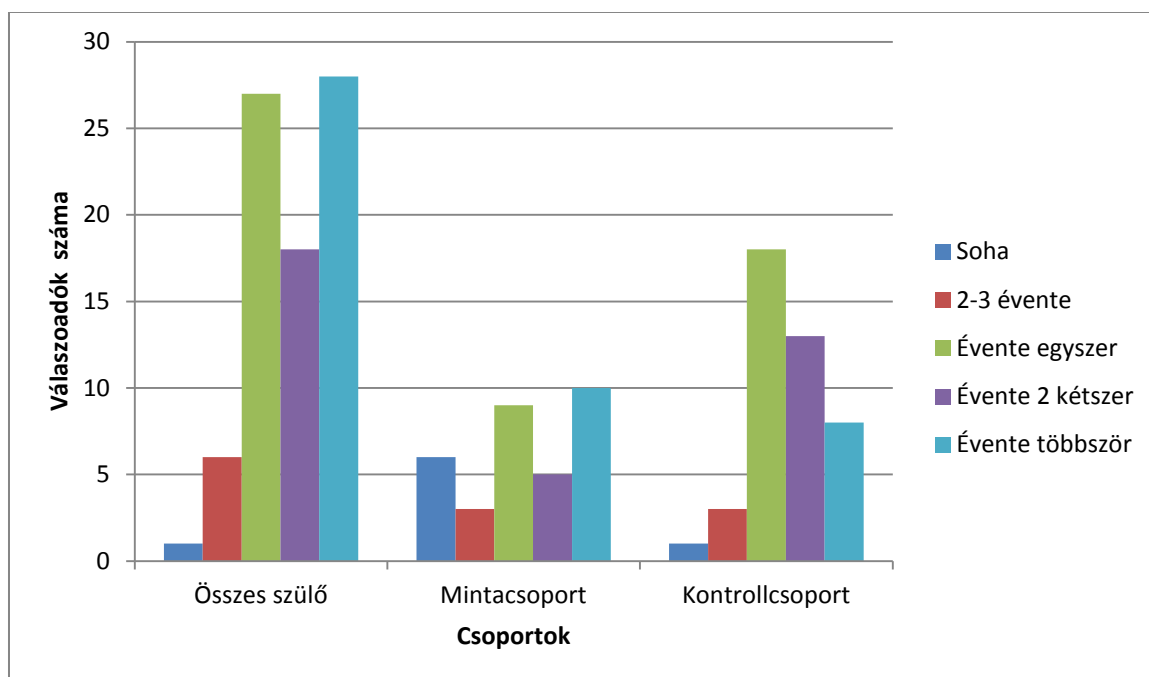
A demográfiai adatokon kívül az is érdekelt, hogy a szülők mennyi könyvvel rendelkeznek, illetve van-e számítógép otthon.



7. ábra: Mennyi könyvvel rendelkeznek a szülők

Továbbá arról is megkérdeztem a szülőket, hogy van-e otthon számítógép. A mintacsoportban csak 3 család nem rendelkezett számítógéppel, míg a kontrollcsoport tagjai körében minden családnak rendelkezésére állt.

Végül, azt is megtudtam, hogy a családok egy évben hányszor tudnak kirándulni, feltöltődni. Az eredményeket a 8. ábra szemlélteti:



8. ábra: Kirándulások gyakorisága

A háttéradatokat összegezve megállapítható, hogy a kontrollszemélyek magasabb számban reprezentáltak abban a csoportban ahol a szülők párkapcsolatban nevelik gyermeküket/gyermeküket, illetve ezek azok a szülők, akik a legtöbb könyvvel rendelkeznek a háztartásban. Az utóbbi eredményt annak tulajdonítom, hogy abban a populációban többen rendelkeztek felsőfokú végzettséggel. Ami a rekreációt illeti, szerencsére a mintacsoport 29,41 %-ának lehetősége nyílik arra, hogy évente többször közösen kikapcsolódjanak, utazzanak, ezáltal minőségi időt tölthetnek együtt.

4.2 A vizsgálat és a vizsgálati módszerek bemutatása

Kutatásomban kvantitatív módszerrel dolgoztam (Szokolszky 2004), melynek során két kérdőívet használtam fel, amelyeknek az elkészítése, továbbá az eredmények értelmezése pszichológus szupervíziójával történt. Ezeket személyesen, illetve postai úton juttattam el a gyermekek pedagógusaihoz, akik továbbították azokat a szülőknek. A mintában szereplő gyermekek nevelését, oktatását végző intézmények kiválasztása tudatos döntés volt. Olyan intézményeket kerestem, amelyben már jártam és/vagy a Gyógypedagógus-képző Intézetünk partnerintézményei. Ezek alapján számítottam rá, hogy szívesen segítenek a kutatásomban, illetve nagyobb számú szülői mintát tudnak biztosítani. A kontrollcsoportban szereplő szegedi intézményeket ezzel szemben véletlenszerűen választottam ki.

4.3 A kérdőív ismertetése

Kutatásom egyik feladata az volt, hogy olyan mérőeszközt készítsek, amely mindkét populációnál alkalmazható.

A mintában szereplő személyeknek szóló kérdőív három részből állt:

1. a demográfiai adatokra vonatkozó kérdések, amelyek mindkét csoport esetében azonosak voltak,
2. a krízis megélésre és a diagnózis közlésére vonatkozó kérdések, melyek az értelemileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők számára háttérkérdőívként szerepeltek a kutatásban,
3. illetve a fő részben a szülők nevelési stílusára vonatkozó állítások

A nevelési stílusokra vonatkozó állításokat Diana Baumrind kutatásában (1971, 1980; idézi Cole, Cole 2006) a szülői viselkedés megfigyelésére felhasznált szempontokat alkalmaztam, azokat csoportosítottam és bővítettem Kálmán Zsófia (1995) szerint a család életét befolyásoló hatásokkal, melyeket az elméleti részben összefoglaltam.

Baumrind a szempontjai a következők voltak (Cole, Cole 2006):

Rendszeresen feladatokat ad Elvárja a gyerektől, hogy játékát elrakja Intellektuálisan gazdag környezetet teremt Normákat állít a gyerek elé Erősen korlátozza a tévénézést Mindig azonos időben fekteti le a gyereket Az anya független életet él Támogatja a más felnőttekkel való érintkezést Érett étkezési szokásokat vár el Világos példaképet ad a gyerekeknek Stabil, szilárd nézetek Nem hagyja a gyerektől kényszeríteni magát Büntetést alkalmaz, ha a gyermek szembeszáll vele Mindig szembeszáll, ha a gyerek nem engedelmeskedik A szülő igényei elsőbbséget élveznek Kompetens embernek tartja magát Ösztönzi az önálló cselekedeteket Kikéri a gyermek véleményét Utasításait magyarázattal kíséri Ösztönzi az önálló cselekedeteket Kikéri a gyermek véleményét Utasításait magyarázattal kíséri Ösztönzi a szóbeli egyezkedéseket Visszafogja idegességét, türelmetlenségét, amikor a gyerek piszmog vagy bosszantó Elzárkózik, amikor elégedetlen Nem képes empátiára
--

4. táblázat: Baumrind megfigyelési szempontjai 1971 (Cole, Cole 2006: 436)

Ezen megfigyelési szempontok alapján az állításokat nyolc dimenzióba rendeztem, melyekben egységesen hét tétel szerepelt. Ezek a dimenziók a következők voltak:

A nevelési stílus dimenziói	Példa a dimenzióban szereplő tételekre	A dimenzió Cronbach Alpha értéke
1. A szülő önértékelése	Empatikus embernek tartom magam	0,677
2. A szülő kapcsolatrendszer	A családom, barátaim, ismerőseim mindenben támogatnak	0,745
3. Szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd	Ösztönzőm, hogy kortársai közül minél több barátot szerezzen	0,794
4. A gyermek önállóságának elősegítése	Gyermekeket önálló cselekedetekre ösztönzőm	0,843
5. Szabályok	Étkezésnél elvárom gyerekeimtől az étkezési szokások betartását	0,890
6. Jutalmazás, büntetés	Gyermekeim pozitív megnyilvánulásait, eredményeit tárgyakkal jutalmazom	0,645
7. Normák, értékek	Gyermekeket valamilyen vallási meggyőződés alapján nevelem	0,788
8. Szabadidő eltöltése	Fontosnak tartom a gyermekeim számára a szabadidő hasznos eltöltését	0,570
A teljes mérőeszközhöz vonatkozó érték:		0,942

5. táblázat: A szülői nevelést befolyásoló nyolc dimenzió

A különböző dimenziókra, illetve a mérőeszköz egészére vonatkozó Cronbach alpha eredmények azt bizonyítják, hogy az eszköz reliábilis, tehát stabil mérési eredmények prezentálásra alkalmas.

A szülők ötfokú Liker-skálán jelölhették az állítások érvényességét (1=egyáltalán nem igaz; 2=részben igaz; 3=igaz; 4= többségében igaz; 5=teljes mértékben igaz).

5 A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA

5.1 Az értelmileg akadályozott gyermeket nevelő szülők és a tipikus fejlődésmentű gyermekek szülei által alkalmazott nevelési stílusok összehasonlítása

Az értelmileg akadályozott gyermekek szülei és a kontrollcsoport szüleinek nevelési stílusa között hat dimenzióban nem mutatkozott szignifikáns különbség, míg két dimenzióban

tendencia jellegű különbséget találtam a kétmintás t-próba eredményei alapján. A szülők támogató attitűd dimenziójában az értelmileg akadályozott gyermekek szüleinek átlageredménye (átlag=27,62, szórás=5,081) és a kontrollcsoport szüleinek átlageredménye (átlag=29,52, szórás=4,094) között tendencia jellegű különbség mutatkozik ($t(84)=-1,913$; $p=0,059$). Mindez arra utal, hogy a kontrollcsoport gyermekeinek szülei, a gyermekeiknek adott támogatásában tendenciaszinten magasabb értéket mutatnak.

	Mintacsoport	Kontrollcsoport	Szignifikancia
Átlag	27,62	29,52	$p=0,059 > 0,05$
Szórás	5,081	4,094	

6. táblázat: Szülő- gyerek kapcsolat támogató attitűd eredménye az egyszempontos varianciaanalízis során

Másik, szintén tendencijellegű különbség a szabályok dimenziójában mutatkozik a két csoport között, ahol az értelmileg akadályozott gyerekek szüleinek átlageredmény (átlag=26,41, szórás=6,556) és a kontrollcsoportban szereplő gyerekek szüleinek átlageredménye (átlag=28,83, szórás=6,243) között tendencia jellegű különbség mutatkozik ($t(84)=-2,415$; $p=0,089$). Ezek alapján, az első hipotézisem nem igazolódott be, miszerint eltérés van a két szülőcsoport nevelési stílusa között, hiszen az eredmények nem szignifikánsak.

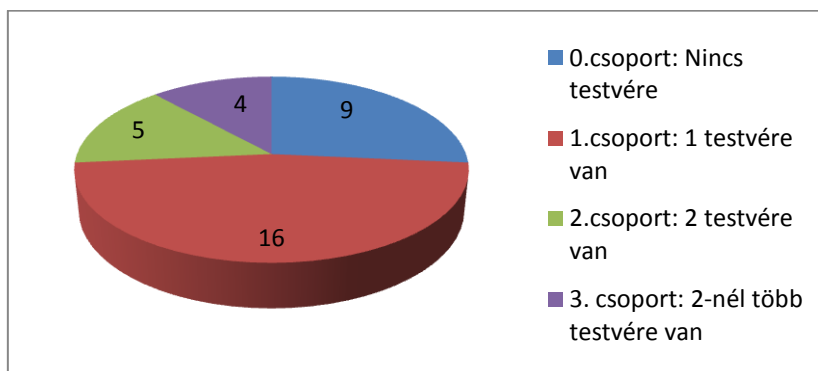
	Mintacsoport	Kontrollcsoport	Szignifikancia
Átlag	26,1	28,83	$p=0,081 > 0,05$
Szórás	6,5560	6,23	

7. táblázat: Szabályok alkalmazása

Mindkét csoport eredményeit megvizsgálva nem találtam szignifikáns különbséget a gyermekek neme között a nevelési stílusok alapján. Ennek oka feltételezhetően az, hogy a

mintában szereplő gyermekek, és a gyermekek neme kiegyenlítetlen. Későbbi kutatások során az alminták kiegyenlítése szükséges.

Fontosnak tartottam megvizsgálni a mintacsoportnál, hogy befolyásolja-e a szülő nevelési stílusát, ha több gyermeke van. Az értelmileg akadályozott gyermekeket négy csoportba rendeztem aszerint, hogy nincs testvére, egy testvére, két testvére vagy kettőnél több testvére van.

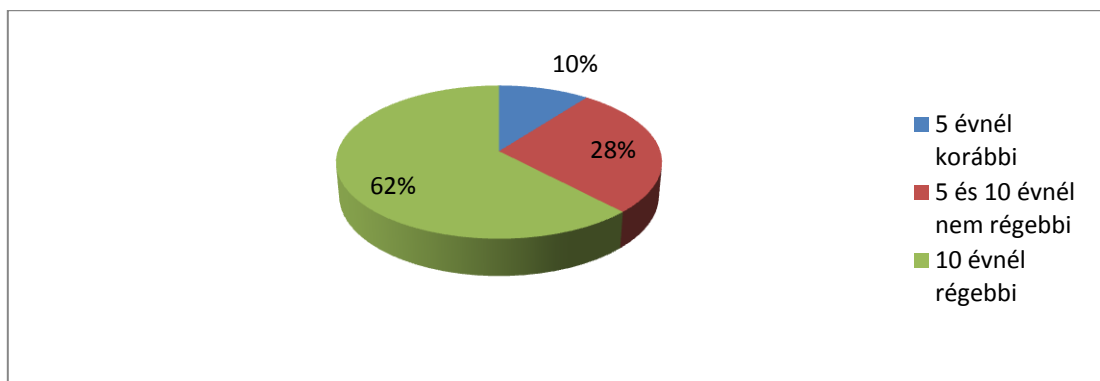


9. ábra: Testvérek száma az értelmileg akadályozott gyermekek körében

Az egyszempontos varianciaanalízis alapján a jutalmazás, büntetés dimenziójában a testvérek száma alapján kialakított csoportok között szignifikáns különbség mutatható ki ($F(3)=3,597$; $p=0,025$). Az arányos jutalmazás és arányos büntetés következetes alkalmazásában magasabb átlagértéket (átlag=25,33, szórás=5,454) értéket értek el azok az eltérő fejlődésmenetű gyermekeket nevelő szülők, akik nem vállaltak több gyermeket. Az LSD utómérés során látható, hogy ezeknek a szülőknek az átlageredménye ugyanebben a dimenzióban szignifikánsan eltér ($p=0,003$) azoknak a szülőknek az átlagértékétől (átlag=17,25, szórás=3,862), akik az értelmileg akadályozott gyermekeken kívül kettőnél több gyermeket is neveltek. Szintén LSD utómérés során kapott eredmények alapján azoknak a szülőknek az átlagértéke (átlag=23,31, szórás=3,420), akinek összesen két gyermeke van, szignifikánsan különbözik ($p=0,014$) ebben a dimenzióban azoknak a szülőknek az átlagértékétől (átlag=17,25, szórás=3,862), akiknek az értelmileg akadályozott gyermekén kívül még kettőnél több gyermekük van.

A 29 szülői válasz alapján a diagnózis közlésétől eltelt időt a következő módon csoportosítottam: 5 évnél korábbi, 5 és 10 évnél nem régebbi, illetve 10 évnél régebbi. Ezt összehasonlítottam az értelmileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők nevelési stílusával,

illetve háttérkérdőívében szereplő tételekkel, de szignifikáns különbséget egyik esetben sem találtam. Ennek az oka feltételezhetően az, hogy az értelmileg akadályozott gyermekek 62%-ánál a diagnózis már régebbi, mint 10 év.



10. ábra: A diagnózis óta eltelt idő

Megvizsgáltam azt is, hogy a szülők családi állapota és a nevelési dimenziók között van-e eltérés, de szignifikáns különbséget itt sem találtam.

5.1.1 A megküzdési módokra vonatkozó háttérkérdőív összehasonlítása a nevelési dimenziókkal értelmileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők esetében

5.1.1.1 A megküzdésre vonatkozó állítások összehasonlítása

Mivel a minta- és a kontrollcsoport eredményei között kevés összefüggést találtam, ezért megvizsgáltam a háttérkérdőívet és a nevelési dimenziókat.

A szülők arra a kérdésre adott válasza, miszerint a gyermekük születésénél életük legnagyobb krízisén mentek át, pozitív mérsékelt összefüggést mutat azzal, hogy gyakran mondogatják maguknak, hogy ez nem velük történik meg ($r=0,363$; $p=0,041$). Ugyanerre a kérdésre adott válasz szintén pozitív mérsékelt összefüggésben áll azzal az állítással, miszerint gyermekük születése teljesen megváltoztatta addigi életstílusukat ($r=0,392$; $p=0,024$). Ebből kiderül, hogy azok a szülők, akik magasabb átlagértéket értek el a krízis megélésével kapcsolatban, nehezen tudják elfogadni, hogy értelmileg akadályozott gyermekük született.

Dimenzió	Krízis megélésének mértéke	
Gyakran mondogatja magának, hogy ez nem vele történik meg	$r=0,390$	$p=0,024$

8. táblázat: A krízis szignifikáns korrelációja a tagadással

A diagnózis közlésénél, amely szerint a szakember nyugodt, támogató környezetet teremtett, pozitív közepes korrelációban áll azzal, hogy a szülők gyakran mondogatják maguknak, hogy ez nem velük történhet meg ($r=0,457$; $p=0,009$).

Dimenzió	Tagadás	
Diagnózis közlésénél teremtett légkör	$r=0,390$	$p=0,024$

9. táblázat: A diagnózis közlésénél teremtett légkör szignifikáns korrelációja a tagadással

A szakirodalomból is kiderült, hogy mennyire fontos a diagnózis közlésénél, hogy a szakember hol és milyen módon közli a szülővel. Ehhez az állításhoz kapcsolódóan feltettem egy nyitott kérdést, a szülői válaszokból érezhető, hogy a szakemberek számára az empátia és a nyugodt légkör kialakítása nem elsődleges.

Kérem, néhány mondatban foglalja össze, hogy hol és hogyan közölték Önnel a gyermeke diagnózisát.

„Közvetlenül szülés után. A gyerekorvossal a csapóajtónál találkoztam, és ott közölte velem.”
49 éves Édesanya

„Egyéves koráig részinformációkat kaptunk, majd közölték, hogy törődjünk bele, kerekesszékekben lesz egész életében, és kb. annyit tud majd, mint egy cserép virág.” 42 éves Édesanya.

A második nyitott kérdésben arra kérdeztem rá, hogy mit érzett a szülő a diagnózis közlésénél.

Mit érzett a diagnózis közlésének pillanatában?

„Összeomlott a világ, úgy éreztem akkor, hogy ez biztos valami tévedés. Szavakba nem lehet foglalni, hogy mit érez ilyenkor egy anya.” 31 éves Édesanya

„(...) úgy éreztem, mintha kihúznák a lábam alól a talajt, majdnem elájultam. Rettenetesen féltem attól, hogy hogyan fogom felnevelni. Ő volt az első gyermekem. Attól tartottam, hogy nem leszek elég jó anya neki.” 35 éves Édesanya

A szülők válaszaiból érezhető a fájdalom és a kétségbeesés. A második válaszban megjelenik az a motívum, miszerint a szülő első gyermekénél még nem stabilizálódott a szerepében.

A szakemberek felkészültsége pozitív mérsékelt kapcsolatban áll azzal, hogy a szülők gyakran mondják, ez nem velük történik meg ($r=0,374$; $p=0,035$).

Dimenzió	Tagadás	
Szakemberek felkészültsége	$r=0,374$	$p=0,035$

10. táblázat: A tagadás és a szakember felkészültségének összefüggése

5.1.1.2 A nevelési dimenziók összehasonlítása

Azzal, hogy a szülő tisztában van azzal, hogy milyen szociális juttatásokra, kedvezményekre jogosult, pozitív markáns kapcsolatban áll a szülő-környezet kapcsolatával ($r=0,590$; $p=0,000$), illetve pozitív közepes összefüggést mutat a szülő önértékelésével ($r=0,462$; $p=0,007$).

Dimenzió	Kedvezményekre való jogosultság tudata	
Szülő-környezet kapcsolata	$r=0,590$	$p=0,000$
Szülő önértékelése	$r=0,462$	$p=0,007$

11. táblázat: A juttatások, kedvezmények szignifikáns korrelációja más dimenziókkal

A szülő önértékelése pozitív jelentős kapcsolatban áll a szülő-környezet kapcsolatával ($r=0,564$; $p=0,001$), illetve pozitív jelentős kapcsolatban áll a szülő-gyerek kapcsolatban megjelenő támogató attitűddel ($r=0,513$; $p=0,002$). A szülő önértékelése pozitív mérsékelt korrelációt mutat az önállóság dimenziójának átlagértékével ($r=0,346$; $p=0,045$). A szülő önértékelésének átlagértéke szintén pozitív mérsékelt összefüggésben áll a normák, értékek dimenziójának átlageredményeivel ($r=0,371$; $p=0,031$).

Dimenzió	Szülő önértékelése	
Szülő-környezet kapcsolata	r=0,564	p=0,001
Szülő-gyerek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd	r=0,513	p=0,002
Önállóság elősegítése	r=0,364	p=0,045
Normák, értékek	r=0,371	p=0,031

12. táblázat: A szülő önértékelésének szignifikáns korrelációja más dimenziókkal

A szülők környezetükkel való kapcsolatának átlagértéke pozitív mérsékelt korrelációt mutat a szabadidő dimenziójának átlagértékével (r=0,383; p=0,025).

Dimenzió	Szülő-környezet kapcsolata	
Szabadidő	r=0,371	p=0,025

13. táblázat: A szülő-környezet kapcsolatának szignifikáns korrelációja a szabadidő dimenziójával

A szülő-gyerek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd pozitív mérsékelt kapcsolatban áll azzal az állítással, miszerint kapcsolatot tart más szülőkkel, szülőcsoportokkal (r=0,384; p=0,027). Ugyanez a támogató attitűd közepes korrelációt mutat a szülő önértékelésével (r=0,513; p=0,002), továbbá közepes korrelációban áll a szülő-környezet kapcsolatával (r=0,638; p=0,000). Ez a támogató attitűd pozitív markáns kapcsolatot jelez az önállóság biztosításának dimenziójával (r=0,780; p=0,000). Mindemellett pozitív markáns kapcsolatot mutat a szabályok alkalmazásának átlagértékeivel (r=0,716; p=0,000). Szintén ugyanez a dimenzió pozitív közepes korrelációt mutat az arányos jutalmazás, büntetés átlagértékeivel (r=0,643; p=0,000). A szülő-gyerek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd pozitív közepes korrelációt mutat a normál értékek dimenziójának átlageredményeivel (r=0,602; p=0,000), illetve pozitív közepes összefüggést mutat a szabadidő eltöltésének dimenziójával (r=0,595; p=0,000).

Dimenziók	A szülő-gyerek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd	
Kapcsolatot tart más szülőkkel, szülőcsoportokkal	$r=0,384$	$p=0,027$
Szülő önértékelése	$r=0,513$	$p=0,002$
Szülő-környezet kapcsolata	$r=0,638$	$p=0,000$
Önállóság biztosítása	$r=0,780$	$p=0,000$
Szabályok alkalmazása	$r=0,716$	$p=0,000$
Jutalmazás, büntetés	$r=0,643$	$p=0,000$
Normák, értékek	$r=0,602$	$p=0,000$
Szabadidő	$r=0,595$	$p=0,000$

14. táblázat: A szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd szignifikáns korrelációi más dimenziókkal

A gyermek önállóságának biztosítása pozitív markáns kapcsolatban áll a szabályok alkalmazásának átlagértékeivel ($r=0,818$; $p=0,000$), illetve közepes korrelációt jelent a jutalmazás, büntetés ($r=0,539$; $p=0,001$), normák, értékek ($r=0,510$; $p=0,002$) és szabadidő dimenziójának átlagértékeivel ($r=0,467$; $p=0,005$).

Dimenziók	Önállóság biztosítása	
Szabályok alkalmazása	$r=0,818$	$p=0,000$
Jutalmazás, büntetés	$r=0,539$	$p=0,001$
Normák értékek	$r=0,510$	$p=0,002$
Szabadidő	$r=0,467$	$p=0,005$

15. táblázat: Az önállóság dimenziójának szignifikáns korrelációi más dimenziókkal

A jutalmazás, büntetés dimenziója pozitív közepes korrelációban áll a szülő önértékelésével ($r=0,521$; $p=0,002$). Ugyanez a dimenzió jelentős kapcsolatot mutat a szülő-

környezet kapcsolatával ($r=0,630$; $p=0,000$). Továbbá közepes korrelációban áll a szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűddel ($r=0,643$; $P=0,000$), pozitív közepes korrelációban áll a gyermek önállóságának elősegítésével ($r=0,539$; $p=0,001$), pozitív közepes korrelációban áll a szabadidő eltöltésének dimenziójával ($r=0,567$; $p=0,000$). A szabályok alkalmazásának dimenziója pozitív közepes korrelációban áll a jutalmazás, büntetés dimenziójával ($r=0,594$; $p=0,000$).

Dimenziók	Jutalmazás, büntetés	
Szülő önértékelése	$r=0,521$	$p=0,002$
Szülő- környezet kapcsolata	$r=0,630$	$p=0,000$
Szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd	$r=0,643$	$p=0,000$
Önállóság elősegítése	$r=0,539$	$p=0,001$
Szabadidő	$r=0,567$	$p=0,000$
Szabályok	$r=0,594$	$p=0,000$

16. táblázat: A jutalmazás, büntetés szignifikáns korrelációi más dimenziókkal

A normák, értékek pozitív közepes korrelációban állnak a szülő-környezet kapcsolatának dimenziójával ($r=0,649$; $p=0,000$), a szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűddel ($r=0,602$; $p=0,000$), az önállóság elősegítésével ($r=0,510$; $p=0,002$), a szabályok, normák dimenziójával ($r=0,594$; $p=0,000$), a jutalmazás, büntetés átlagértékével ($r=0,638$; $p=0,000$) és a szabadidő dimenziójával ($r=0,567$; $p=0,000$).

Dimenziók	Normák, értékek	
Szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűd	$r=0,649$	$p=0,000$
Önállóság elősegítése	$r=0,602$	$p=0,000$
Szabályok, normák	$r=0,594$	$p=0,000$
Jutalmazás, büntetés	$r=0,638$	$p=0,000$
Szabadidő	$r=0,567$	$p=0,000$

17. táblázat: Normák, értékek dimenziójának szignifikáns korrelációi más dimenziókkal

A szabadidő dimenziója pozitív mérsékelt kapcsolatban áll a szülő önértékelésével ($r=0,378$; $p=0,027$), a szülő-környezet kapcsolatával ($r=0,383$; $p=0,025$). Ugyanez a dimenzió pozitív közepes összefüggést mutat a szülő-gyermek kapcsolatában megjelenő támogató attitűddel ($r=0,595$; $p=0,000$), az önállóság elősegítésével ($r=0,467$; $p=0,005$), a szabályok dimenziójával ($r=0,460$; $p=0,006$), az arányos jutalmazás, büntetés dimenziójával ($r=0,567$; $p=0,000$), végül a normák, értékek dimenziójával ($r=0,567$; $p=0,000$).

Dimenziók	Szabadidő	
Szülő önértékelése	$r=0,378$	$p=0,027$
Szülő-környezet kapcsolata	$r=0,383$	$p=0,025$
Szülő-gyermek kapcsolatában megjelenő támogató attitűd	$r=0,595$	$p=0,000$
Önállóság elősegítése	$r=0,467$	$p=0,005$
Jutalmazás, büntetés	$r=0,567$	$p=0,000$
Normák, értékek	$r=0,567$	$p=0,000$

18. táblázat: A szabadidő dimenziójának szignifikáns korrelációja más dimenziókkal

6 ÖSSZEGZÉS

Empirikus kutatásom alapján az első hipotézisem, amely szerint eltérő nevelési stílust feltételeztem a szülőcsoportok között, **nem igazolódott be**. Ennek oka az lehet, hogy az értelmileg akadályozott gyermekek 62%-nál a diagnózis 10 évnél régebbi. Ez idő alatt a szülők krízise jelentős mértékben enyhülhetett, a szülők megtalálhatták azokat a megküzdési módokat, amelyekkel ők hatékonyan vesznek részt a család rendszerében. A másik az lehet, hogy a család, a gyermek életének ebben a szakaszában egy nyugalmi időszakot él át. Az első krízisen (a diagnózis közlésén) már túl vannak, illetve a második krízis (a szolgáltatások igénybevétele) is enyhül, mivel feltételezhetőleg megtalálták a gyermek fejlődésének szempontjából ideális intézményt.

Az eredmények a második hipotézisemnek is ellent mondanak, így megállapítható, hogy az értelmileg akadályozott lányokra és fiúkra ható szülői nevelési stílusban ezen a mintán nincs különbség. Feltételezésem szerint ez annak köszönhető, hogy az alminták kiegyenlítetlenek. Későbbi kutatások során fontos ezeknek a mintáknak az egyeztetése.

Az értelmileg akadályozott gyermekeket nevelő szülők megküzdési módjai és a nevelési dimenziók között szignifikáns összefüggéseket találtam. Azok a szülők, akik kapcsolatot tartanak más szülőkkel, szülőcsoportokkal, magasabb átlageredményt érnek el az önértékelés terén. Ez pozitívan befolyásolja a szülő-gyermek kapcsolatban megjelenő támogató attitűdöt. Feltételezem, hogy a hasonló életutat bejáró szülőkkel való kapcsolattartás védőfaktorként funkcionál, hiszen támogatják egymást, érzelmi támaszt nyújthatnak egymásnak.

Azok a szülők, akik az értelmileg akadályozott gyermekük születése után nem vállaltak több gyereket, magasabb átlageredményeket értek el az arányos jutalmazás és büntetés dimenziójában.

A kutatásba bevont szülők elemszáma alacsony, továbbá a minta nem reprezentatív, de jó alapnak, elővizsgálatnak tartom későbbi kutatások megindulásához. További kutatási célként kitűztem a minta elemszámának kibővítését, illetve, hogy más fogyatékosági területeken is összehasonlítsam a szülők nevelési stílusát, például látássérült vagy mozgássérült gyermekeket nevelő szülők esetében.

Összességében a kutatásom eredménye pozitív a gyógypedagógia, a gyógypedagógusok számára, hiszen a szülők olyan elvek alapján, olyan módszerekkel nevelik gyermekeiket,

amellyel a tipikus fejlődésmentű gyermekek szülei. Ez független a szülők életkorától, iskolai végzettségüktől és családi állapotuktól.