

OTDK-DOLGOZAT

2014

**ADHD – A FIGYELEM KÖZPONTJÁBAN:
PROBLÉMA VAGY ÚJ LEHETŐSÉG?
ADHD – IN THE MIDDLE OF THE ATTENTION:
PROBLEM OR A NEW OPPORTUNITY?**

Kézirat lezárásának dátuma: 2015. január 6.

TARTALOMJEGYZÉK

1.	BEVEZETÉS	1
2.	Az ADHD	3
2.1.	Az ADHD definíciója	3
2.2.	Az ADHD fogalmának kialakulása.....	4
2.3.	A diagnózis felállítása esettanulmányok bemutatásának segítségével	5
2.4.	Az ADHD kialakulása	8
3.	HAZAI ÉS NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM.....	8
3.1.	Dr. Simon Viktória és munkatársainak értekezése, 2007.....	8
3.2.	Dr. Simon Viktória doktori tézise, 2010	9
3.3.	Dankó és munkatársai tervezete, 2011	9
3.4.	Barkley és munkatársai: WHO felmérés, 2008	11
3.5.	Dr. Máté Gábor: Szétszórt elmék, 2013.....	11
4.	PRIMER KUTATÁS, MÉLYINTERJÚK	12
4.1.	Mélyinterjúk bevezetése	12
4.1.1.	Dr. Félegyházy Zsolttal készített interjú összefoglalása	12
4.1.2.	Bölcskei Mónikával készített mélyinterjú összefoglalása.....	14
4.2.	KÉRDŐÍV	17
4.2.1	MÓDSZEREK	17
4.2.2.	EREDMÉNYEK	21
5.	KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATTÉTEL	26
6.	IRODALOMJEGYZÉK, FORRÁSOK	28
	MELLÉKLETEK	32

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Tünetek változása a kor előrehaladtával	7. o.
2. ábra: Az ADHD kezelésének hiányából származó, illetve a kezelésére fordított költségek	10. o.
3. ábra: A válaszadók iskolai végzettsége.....	19. o.
4. ábra: Munkaviszony időtartama szerinti megoszlás	19. o.
5. ábra: Kitöltők által betöltött pozíció	20. o.
6. ábra: A sporttevékenységre és munkára fordított idő (óra)	20. o.
7. ábra: Van-e kihez fordulnia, ha problémába ütközik?	21. o.
8. ábra: Milyen gyakran nyújt segítséget problémával küzdő társainak?	21. o.
9. ábra: A fogalom ismerete.....	22. o.
10. ábra: Az átlagtól való eltéréssel szembeni tolerancia	22. o.
11. ábra: ADHD ismeretének eloszlása	23. o.
12. ábra: Segítségnyújtás eloszlása jogviszony időtartama szerint.....	24. o.
13. ábra: Segítségnyújtás eloszlása az idősebb korosztály körében	24. o.
14. ábra: Segítségnyújtás a sportszervezeteken belül	25. o.
15. ábra: Segítségnyújtás a multinacionális vállalatokon belül	25. o.

1. BEVEZETÉS

Dolgozatunk fő témája az ADHD (Attention Deficit and/or Hyperactivity Disorder) vagyis a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, valamint ennek hatásai az interperszonális kapcsolatokra multinacionális vállalatok és sportszervezetek körében.

A témaválasztást az indokolja, hogy manapság egyre több emberről derül ki, hogy figyelemzavarral és hiperaktivitás-zavarral küzd, és ez az élet több területén is jelentős problémákat generál. A dolgozat a munkahelyi esélyegyenlőség szempontjából is szükségszerű kérdésekkel foglalkozik. A társas kapcsolatok hiánya és nem megfelelő kezelése esetén mindennapos problémákba ütközhetünk, amik egyszerű megoldásokat rejtenének magukban, ha ismernénk és tudatában lennénk a problémával és a megoldási lehetőségekkel. Kutatásunkban multinacionális vállalatokat és sportegyesületeket vizsgáltunk, mivel a társas kapcsolatok jelenléte fontos és kellőképpen megfigyelhető. Elsősorban a hazai, azonban a nemzetközi szakirodalom áttanulmányozása után is arra a következtetésre jutottunk, hogy kisszámú és korlátozott tartalmú kutatás található. Hazánk nem rendelkezik megfelelő mennyiségű és minőségű ismerettel a jelenséget illetően más nyugati országokhoz képest, valamint a felnőttkori ADHD-val kapcsolatos kutatások igen visszamaradtak. Ezért rendkívül fontos, hogy újabb bizonyítékon alapuló kutatásokkal segítsék és fejlesszék az amúgy társadalmi és gazdasági problémákat eredményezhető hiperaktivitás- és figyelemzavarral küzdők helyzetét (Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve, 2008). Továbbá személyes indíttatás is közrejátszott témaválasztásunk során, ugyanis a munka és a sport világában is tapasztaltuk, hogy az ADHD-s személyiségjegyeket felmutató személyekkel szemben diszkrimináció és egyes esetekben akár stigmatizálás léphet fel, és sok esetben ez az érintett személy marginalizálódását hozhatja magával.

Egyre több emberben tudatosul, hogy a felgyorsuló világunkban a régen jól működő megoldások gyakran már nem megfelelőek az újabb és újabb kihívások megoldására. Felértékelődnek a csúcsteljesítmények, megváltoznak az elvárások. Ugyanakkor zavaró lehet az átlagtól eltérő alkotóképesség vagy a példátlan tehetség. Sok esetben az átlagtól különböző, nem megszokott viselkedésű embereket megbélyegzi, negatív diszkriminációban részesíti a társadalom. Nincs ez másként az ADHD-val rendelkező személyek esetén sem.

Ahhoz, hogy egy személy a képességeit teljesítménybe tudja fordítani, megfelelő környezetre és támogatásra van szüksége. Fontos, hogy a közvetlen környezet hogyan kezeli, mi-

ként vélekedik róla, és legfőbbképpen hogyan reagál az esetleges normálistól eltérő viselkedésre.

Dankó és munkatársai által 2011-ben kiadott Lépéskényszer szerint: „[...] az ADHD-t betegségként szükséges kezelni.” Ezzel a tévhittel ellentétben fontos tisztázni, hogy a napjainkban elfogadott megnevezése a pszichés funkciózavar, amit az orvosi szakzsargon „neuropszichiátriai hendikep”¹-ként is említ. Ez a társadalom számára nem ismert és/vagy nem elfogadott zavarként kívánjuk bemutatni, amely tünetegyütteseinek nem megfelelő kezelése okozza a társadalmi és gazdasági problémákat egyaránt.

Megfelelő vezetéssel ki lehet hozni az ADHD-s személyből is a munkahelyi maximumot könnyedén (Van Pelt, 2010). Emellett azonban tisztában vagyunk azzal a ténnyel, hogy a magasabb intelligenciaszint nem egyértelműen és nem evidensen hozható párhuzamba az ADHD fogalmával.

Egyre szélesebb körben hallható ez az újszerűnek mondható fogalom, számos olyan tudományos cikk, illetve tanulmány olvasható, amelyek ADHD-s gyermekekről szólnak. Ezek a kutatások többek között azt vizsgálják, hogy mennyire nehezen tudnak beilleszkedni a gyerekek társaik közé, milyen nemzetgazdasági hatásai vannak a kezeletlenül maradt gyermekeknek (Dankó et al., 2011). Ezzel szemben nagyon kevés felmérés beszél az ADHD-s felnőtteket érintő helyzetekről. Az ADHD tünetei ugyan gyermekkorban alakulnak ki, de sok esetben csak felnőttkorban diagnosztizálják és kezdik el kezelni, vagy örök életen át felfedetlen. „A felnőttkori figyelemzavar hivatalos elnevezése: maradványtípusú figyelemzavar, ami azt jelenti, hogy a figyelemzavarból még megmaradt.” (Wender, 1993. p. 142.) Felnőttkorra a gyermekkori tünetek 30-50%-a megfigyelhető, amely prevalenciája a felnőtt populációban 2,9-16,4% közé esik (Faraone és Biederman, 2005).

A forbes.com internetes oldalon 2014 májusában talált cikk keltette fel a figyelmünket az ADHD iránt. A cikkben bővebben kifejtik, hogy számos olyan cégvezető és híres politikus, sportoló létezik a nagyvilágban, akik elmondásuk szerint az ADHD diagnosztizálása és megfelelő kezelése révén tudtak sikeressé válni. Michael Phelps az úszás területén, Steve Jobs pedig az üzleti életben ér(t) el kiemelkedő sikereket. A munka kitér a témához kapcsolódó legfontosabb fogalmak letisztázására, az ADHD orvosi megközelítésére, a multinacionális vállalatok és sportszervezetek tagjainak a véleményére. Emellett hazánkban az ADHD-t illetően két jelentős személlyel készített interjúkat mutatjuk be, amelyek a kezelési módszerek mellett szakmai pályafutásuk eredményeit, tapasztalatait és javaslatait is tartalmazzák. A dolgozat rátekintést nyújt a téma zavaros értelmezését és kezelését illetően. A kutatás során felhasznált

¹ Dr. Félegyházy Zsolttal készített interjú során hangzott el.

módszerekkel, a primer kutatásként végzett kérdőíveztetéssel valamint az eredmények részletes bemutatásával és összegzésével valamint személyes javaslattétellel zárul a dolgozat.

2. Az ADHD

2.1. AZ ADHD DEFINÍCIÓJA

A (BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása), 2006) alapján:

- Egyéb, rendszerint gyerekkorban vagy serdülőkorban kezdődő meghatározott viselkedés és emocionális zavar,
- Figyelemhiány (zavar) hiperaktivitás nélkül,
- Az aktivitás és a figyelem zavarai,
- Zavar hiperaktivitással,
- Hiperaktivitás zavar,
- Szindróma hiperaktivitással,
- Kivéve: hiperkinetikus zavar magatartászavarral,
- Nem meghatározott hiperkinetikus zavar.

ADHD definíciója (DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 2000) alapján: az egyik leggyakrabban előforduló pszichiátriai zavar gyermekkorban. Magtünetei a figyelemzavar, hiperaktivitás, impulzivitás.

A fogalmak meghatározásai az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvének (2008, pp. 3-4.) a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) illetve a BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) szerint kerültek bemutatásra:

„A figyelmetlenség vezető tünetei

- *Gyakran nem figyel megfelelően a részletekre, vagy gondatlan hibákat vét az iskolai és egyéb munkában vagy más tevékenységben*
- *Gyakran nehézséget jelent a figyelem megtartása a feladat- vagy játéktevékenységen belül*
- *Gyakran úgy tűnik, nem figyel, amikor beszélnek hozzá*
- *Gyakran nem követi az instrukciókat vagy elmarad az iskolai és egyéb munka vagy kötelességek stb. befejezése*
- *Gyakran nehézsége van a feladatok és tevékenységek megszervezésében*

- Gyakran elkerüli, nem szereti vagy ellenáll, hogy olyan feladatokban vegyen részt, amelyek tartós mentális erőfeszítést igényelnek (pl. iskolában vagy otthon)
- Gyakran elveszíti a feladatokhoz vagy tevékenységekhez szükséges dolgokat (játékokat, iskolai felszerelést, ceruzákat, könyveket vagy szerszámokat)
- Gyakran vonják el figyelmét könnyen külső ingerek
- Napi tevékenységében gyakran feledékeny

A túlzott aktivitás és az impulzivitás vezető tünetei:

Hiperaktivitás:

- Gyakran babrál, kézzel-lábbal, fészkelődik az ülésen
- Gyakran elhagyja a helyét az osztályban vagy más helyzetekben, amikor az ülve maradáást várják el
- Gyakran rohangál, ugrál, vagy mászik olyan helyzetekben, amikor az nem helyénvaló
- Gyakran nehézséget jelent számára az önálló csendes, nyugodt játéktevékenység vagy az abban való részvétel
- Gyakran izeg-mozog, vagy gyakran úgy cselekszik, mint akit felhúztak
- Gyakran túlzottan sokat beszél

Impulzivitás:

- Gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna
- Gyakran nehézsége van a várakozással
- Gyakran félbeszakít másokat (pl. beszélgetéseket vagy játékokat)”

A szakirodalom különböző aldiagnosztikai csoportokat is megemlít, azonban dolgozatunkban ezek nem kerülnek bemutatásra.

2.2. AZ ADHD FOGALMÁNAK KIALAKULÁSA

Az ADHD-ról, mint fogalomról a történelem során már több orvos is említést tett, azonban ezek a tanulmányok a gyermek viselkedésével illetve környezetükkel kapcsolatos kommunikációt vizsgálta.

1902-ben G. Still „morall dyscontrol” szindróma néven említette. Ezt követően MBD, vagyis „minimal brain damage” illetve „minimal brain dysfunction” elnevezések terjedtek el. Utóbbi esetében azonban számos kritika felmerült, mivel az esetek jelentős részében az okot nem sikerült meghatározni, és számos esetben a klinikai tünetek mellett súlyos agyi elváltozá-

sokat is diagnosztizáltak. Az első hatékony pszicho stimuláns kezeléshez Charles Bradley neve fűződik, aki 1936-ban végezte kezelését az Egyesült Államokban.

Az 1970-es években, Svédországban az első úgynevezett population-based (=a teljes lakosság vizsgálatán alapuló) vizsgálat során az határozták meg a DAMP (Dysfunction of Attention and Motor-Perception) fogalmat. E szerint „[...] az MBD a figyelemzavar és a motoros percepció diszfunkció együttes fennállásaként értelmezhető.” (www.vadaskertalapitvany.hu)

Az 1980-as évektől kezdve a kutatások új diagnosztikai fogalmakat alkottak. A hiperaktivitás fogalmát először 1987-ben az Egyesült Államokban alkalmazták. A kutatások során kialakult fogalmak a következők: AD (*attention deficit*) (DSM-III), ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) (DSM-III-R), AD/HD (*attention deficit or/and hyperactivity disorder*) (DSM-IV) (www.vadaskertalapitvany.hu).

Az ADHD fogalmát már az Amerikai Egyesült Államokban az 1990-es Fogyatékos Amerikaiak Törvénye (ADA, Americans with Disabilities Act) említi. A tünetek különböző súlyosságúak lehetnek, illetve személyenként és korosztályonként változóak. A törvény tiltja és szabályozza a munkahelyi diszkriminációt, a munkához, kedvezményekhez és pozitív/ negatív diszkriminációhoz való akadályozást/ elősegítést azoktól, akik fizikailag és/vagy szellemileg hátrányban vannak, valamint ez korlátozza őket bizonyos területeken (például munka), vagy akik igazolni tudják fogyatékoságukat (Dr. Chikán, 2001).

2.3. A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSA ESETTANULMÁNYOK BEMUTATÁSÁNAK SEGÍTSÉGÉVEL

A következő olvasható az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvében: (2008) „Az ADHD kivizsgálása történhet ambuláns vagy kórházi osztályos formában. Utóbbi esetben mód van a tünetek részletesebb megfigyelésére is a gyógypedagógiai, pszichológiai, gyermekpszichiátriai vizsgálat mellett. Az ADHD tüneteinek feltérképezése és a diagnózis felállítása mellett a gyermekpszichiáter, pszichológus és gyógypedagógus felméri az esetleges komorbid zavarok jelenlétét is. Az ADHD kezelése elsősorban ambuláns módon zajlik. Gyermekpszichiátriai Szakrendeléseken, Nevelési Tanácsadóknak dolgozó multidiszciplináris team végzi az ADHD komplex diagnosztizálását és terápiáját.”

A diagnózis felállításának lépéseit csupán megemlíteni szeretnénk, nem térünk ki rá részletesen.

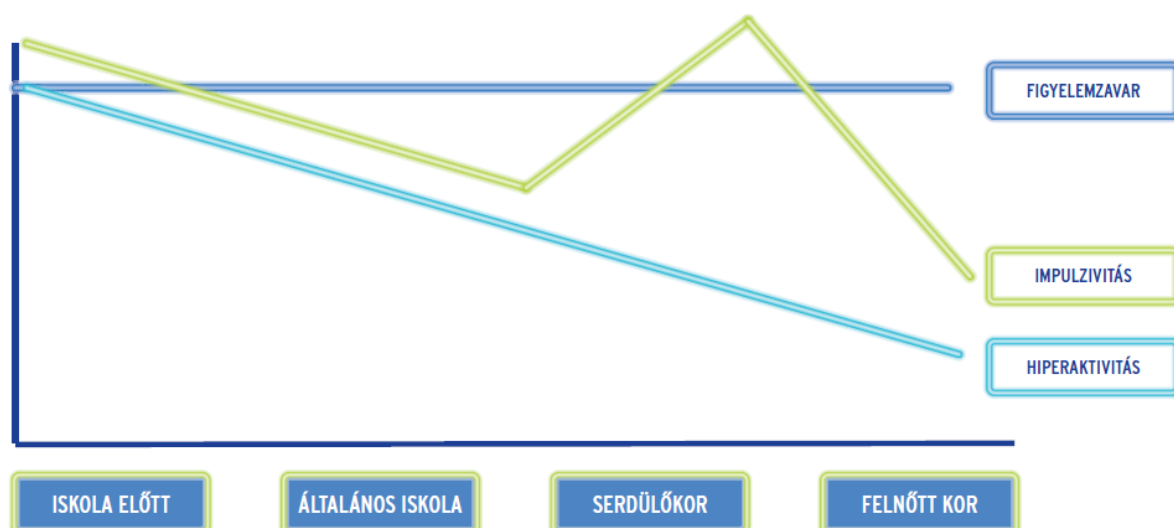
1. Anamnézis
2. Anamnézis a szülőktől/családtól
3. Anamnézis pedagógustól/ esetleg munkáltatótól

4. Felnőtt vizsgálata
5. Pszichiátriai vizsgálat
6. Fizikális vizsgálat
7. Egyéb vizsgálatok (pl.: gyógypedagógiai vizsgálatok)
8. Diagnosztikai vizsgálatok
9. Laboratóriumi és képalkotó eljárások
10. Kérdőíves vizsgálati eszközök.

Mint láthatjuk, az ADHD igen nehezen megfogható, összetett fogalom, több tünetegyüttes tartós megjelenése után jelenthető ki. A felnőttkori diagnózis felállításához szükséges, hogy a tünetek legalább 6 hónapon keresztül fennálljanak, gyermekkorban is jelen kellett lenniük. 2013 óta a felnőttkori ADHD diagnózissal kapcsolatos változtatásokat eszközölték melyek során tünetcsoportonként hat helyett öt tünet jelenléte előírt, valamint az életkori kezdet határát 12 éves korra határozzák meg. (Dr. Szuromi, 2013)

Az ADHD-t sokáig egyfajta gyermekkori zavarnak tekintették, azonban napjaink után követéses vizsgálatai igazolják, hogy az esetek 30-60 %-ában a zavar tünetei felnőttkorban is észlelhetők (Faraone et al, 2000, idézi Dr. Szuromi, 2013), valamint az átlag populáció 2-4%-át érintik (Simon et al., 2009, idézi Dr. Szuromi, 2013).

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium szakmai irányelvében (2008) olvasható a következő: *„Előfordulását tekintve hazánkban epidemiológiai adatok nem állnak rendelkezésre. Az ADHD tünetei 10-25 év között 5 évente kb. 50%-kal csökkennek (hyperaktivitás tünetei jelentősebb mértékben, mint a figyelemzavar és impulzivitás tünetei), de 30-50%-ban felnőttkorban is felállítható a diagnózis (Hill és Schoener, 1996; Kordon és Kahl, 2004; Mancini és mtsai, 1999).” (1. ábra)*



1. ábra: Tünetek változása a kor előrehaladtával

Forrás: Dankó et al. (2011) p. 15.

Dr. Szuromi Bálint 2013-as doktori értekezésében a következőket jegyezte fel: „A felnőttkori ADHD az iskolai és munkahelyi teljesítmény (de Graaf és mtsai 2008), a partnerkapcsolatok stabilitása, a biztonságos autóvezetés (Mannuzza és mtsai 1993, Murphy és Barkley 1996) és a szabályok, törvények betartása terén egyaránt súlyos következményekkel járhat.”

Barkley kutatótársaival 2002. és 2006. között egy 13 éves utánkövetéses vizsgálatban 149 19–25 éves kor közötti hiperaktív gyermek adatait hasonlította össze egészséges kontrollokkal. Az eredmények többek között kimutatták, hogy középiskolai tanulmányaikat közel 35%-a nem fejezi be szemben az átlag populáció 5%-val. Ezen kívül gyakrabban váltanak munkahelyet, 10 év alatt akár 5-8 alkalommal is megtörténhet ez, valamint az elbocsátások száma és a munkaadók által kapott értékelésük alacsony visszajelzése szintén számottevő. (Barkley et al., 2002b, idézi Dr. Szuromi, 2013).

Az ADHD-val diagnosztizált dolgozóknak sokkal kisebb lehet a teljesítményük a munkahelyükön, többet kell őket fegyelmeznie a főnököknek, kevesebb fizetést kapnak, és alacsonyabb minőségű munkát végeznek (Barkley et al., Ramsay 2010).

A felnőtt ADHD-t csak ritkán ismerik fel a munkahelyen, és akiknél mégis felismerik, őket gyengén dolgozónak minősíthetik és kirúghatják könnyedén megnehezítve ezzel a karrierjükben az előrelépési lehetőséget. Ezzel ellentétben viszont „keményen dolgozó”-ként is lehetnek titulálva, ugyanis az ún. hiperfókuszolással teljesen el tudnak merülni egy anyagban, kizárni minden külső tényezőt és csakis arra koncentrálni, olyannyira, hogy még az időérzékelüket is elveszítik. Megfelelő vezetéssel az eredményük maximálisan kihasználhatóvá válhat (Van Pelt, 2010).

Bár a felnőttkori ADHD-sok funkcionális károsodásának jelenléte és gyakorisága nem kérdéses, a háttérükben álló okok egyelőre nem pontosan tisztázottak.

2.4. AZ ADHD KIALAKULÁSA

Az ADHD jelenleg az orvostudományban is igen megosztó, kimondottan sok és ellentétes vélemény olvasható a szakértők írásaiból.

Az ADHD kialakulásának okai eddig ismeretlenek, mai napig nem sikerült megállapítani teljes mértékben. Egyre intenzívebb kutatások folynak az okok feltárását illetően, az eddigi eredmények a genetikai alapú rendellenesség feltevését támasztják alá. Napjainkban is folyamatos kutatást végeznek az érintett géneket vizsgálva. Ezek a gének bizonyos agyi területek működését irányítják és befolyásolják. A kutatások szerint rendellenesség figyelhető meg az idegsejtek egymás közötti kommunikációjában, aminek meggyengüléséért feltehetően az idegsejtek közötti résekben található jelátvivő anyagok szabályozásával kapcsolatos zavar tehető. A dopamin, az egyik legfontosabb ingerületátvivő anyag az agyban, amely az agy jutalomközpontjának optimális működéséért felelős. ADHD esetén a nem megfelelő dopamin szabályozás esetén a jutalomközpont működése megváltozik. Ez többek között a monoton, unalmas vagy fokozott mentális teljesítményt igénylő feladatvégzések során mutatkozik meg. A pre-, illetve perinatális ártalom, a várandós időszak alatti káros hatásoknak (pl.: alkohol- és kábítószer fogyasztás, aktív/ passzív dohányzás, koraszülöttség), illetve a magas stressz hatásnak is kiváltó szerepet tulajdonítanak (ADHD Center Stockholm, 2012, idézi Dr. Félegyházy)

3. HAZAI ÉS NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM

3.1. Dr. Simon Viktória és munkatársainak értekezése, 2007

2007-ben Simon Viktória és kutatótársai a felnőttkori ADHD epidemiológiai vizsgálatáról végeztek felmérést. Ez csupán becsült adatokkal tudott még szolgálni a később kutatott Lépekényszerhez, és a felnőttkori ADHD-t illetően is. A vizsgálat szerint a gyermekek 3-9 %-át érinti a jelenség, míg a felnőttkori becsült prevalencia az alkalmazott diagnosztikai kritériumrendszerrel függően 1 és 4,7 % között alakult. Azonban már az ebből kapott következtetés is alátámasztotta, hogy a felnőttkori ADHD jelentős gyakorisággal fellépő problémát jelent illetve felismerték, hogy elsődleges fontosságú további kutatás elvégzése.

3.2. Dr. Simon Viktória doktori tézise, 2010

A korábbi években már a témában kutatást elvégző Simon Viktória 2010-ben publikálta orvosi disszertációját, amelyben a felnőttkori ADHD-val kapcsolatban mért kutatásait közölte. A kutatás során 2006 júniusa és 2007 júniusa között 3529 személyt vizsgált, 17 budapesti háziorvos segítségével. Az adatgyűjtést a háziorvosok segítették elő. A vizsgált személyek, férfiak és nők, 18 és 60 év közöttiek voltak, azonban a szűrésből kizárták azokat a személyeket, akiknek valamilyen neurológiai betegségük volt. Az analízis során kapott eredmény szerint a felnőttkori ADHD prevalencia becsült értéke 1- 7,3% volt, az összesített érték pedig 2,5 %. Ezzel szemben fontos megemlíteni, hogy ezek becsült értékek, mivel a jelenleg alkalmazott DSM-IV diagnosztikai kritériumrendszert gyermekek és serdülők részére alakították ki, így nem adhatott teljes mértékben megfelelő képet a felnőtteket érintő helyzetről, mivel a tünetek változnak a kor változásával.

(http://phd.semmelweis.hu//mwp/phd_live/vedes/export/simonviktoria.m.pdf)

3.3. Dankó és munkatársai tervezete, 2011

A Lépéskényszer munka a következőt állítja: „[...] az ADHD felismerése, pontos diagnosztizálása, a definitív kezelés minél korábbi megkezdése egyértelmű elvárás és érdek.” (Dankó et al., 2011) Az ADHD kezeletlensége okozta negatív egyéni, illetve családi, társadalmi és klinikai kezelések következményei mind azt támasztják alá, hogy az ADHD-t betegségként szükséges kezelni. Az ADHD-ra azért is szükséges figyelmet fordítani, mert a kezeletlenség okozta „gazdasági és társadalmi terhek olyan mérvűek, hogy azok hatása már nemzetgazdasági szinten is mérhető.” A 2. ábra részletesen szemlélteti az ADHD-sokkal kapcsolatban felmerült a kezelés során- illetve a kezelések hiányában fellépő költségeket.

MEGNEVEZÉS	KIADÁSOK (Forintban)	
	EGY FŐRE VETÍTVE ÉVES SZINTEN	RELEVÁNS BETEGPOPULÁCIÓBAN 1 ÉV ALATT
EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS KIADÁSAI		
AKTÍV GYERMEKPSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁSI KÖLTSÉGEK	201 000	~270 000 000
REHABILITÁCIÓS GYERMEKPSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁSI KÖLTSÉGEK	209 000	~34 000 000
SZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ FEKVŐBETEG-ELLÁTÁSI KÖLTSÉGEK	15 000	~130 000 000
SZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSI KÖLTSÉGEK	200 000	~54 000 000
BALESET ELSZENVEDÉSÉVEL ÖSSZEFÜGGŐ AMBULÁNS KÖLTSÉGEK	1 900	~37 000 000
MINDÖSSZESEN		525 000 000
OKTATÁSI ÉS SZOCIÁLIS KIADÁSOK		
MUNKANÉLKÜLI SEGÉLYRE FORDÍTOTT KIADÁS		~936 000 000
„INTELLEKTUÁLIS ALULFOGLALKOZTATTSÁG” OKOZTA JÁRULÉKKIESÉS		~30 000 000 000
EMELT SZINTŰ CSALÁDI PÓTLÉKRA FORDÍTOTT KIADÁS		~350 000 000
EMELT SZINTŰ OKTATÁSI NORMATÍVÁRA FORDÍTOTT KIADÁS		~250 000 000
MINDÖSSZESEN		31 536 000 000
EGYÉB ÁLLAMI KIADÁSOK		
FOGVATARTÁSRA FORDÍTOTT KIADÁS	8 000	876 000 000
MINDÖSSZESEN		876 000 000

2. ábra: Az ADHD kezeletlenségének hiányából származó illetve a kezelésekre fordított költségek

Forrás: Dankó et al. (2011) p. 4.

A bemutatott ábra alapján jól látható, hogy az egészségügyi ellátásra fordított összeg (525 millió Ft), az oktatási és szociális kiadások (~31,5 milliárd Ft) valamint az egyéb állami kiadások (~800 millió Forint) összesen közel 33 milliárd forinttal csökkenthetné a Magyarországon a költségeit és veszteségeit, ha mérsékelné vagy hatékonyabbá tenné az ADHD kezelést. Rövid távú megoldások ugyan születtek már, például tájékoztató füzeteket terjesztettek, amelyek segítségével már a korai szakaszban segítséget tudnak nyújtani a jelenség felismerésében, kezelésében, ezáltal a kezeletlen betegség okozta negatív következményeket kiszűrjük. Emellett hatékony terápiás módszerek kialakításával és terjesztésével segítenek az érintett személyeknek és családoknak. Az érintettek illetve a családjuk sokszor nem engedhetik meg maguknak a gyógyszeres (mellék) kezelést a magas költségek miatt, így ez a megoldás mellett, hogy segítséget nyújt számukra, az amúgy is magas kezelésre fordított havi költségek mellett ez már nem okoz további terhet. Korábbi kutatások megállapították, hogy rövidtávon, már 1 év után is látható és látványos eredmények érhetők el a kezeléseket után, illetve többek között a fent említett költségkímélő megoldások nem generálnak olyan mértékű állami ráfordítást, mintha újabb orvosokat, pszichiátereket vagy ellátó-ingatlanokat hoznának létre.

3.4. Barkley és munkatársai: WHO felmérés, 2008

Egy recens WHO kutatás szerint a felnőtt embereknek a 3-4 százalékának van ADHD-ja. Ebből nagyjából 8-10 millió ember nem rendelkezik diagnózissal, azonban a fennmaradó néhány millió ember nem kap megfelelő kezelést. Ezeknek a felméréseknek eredményeképp határozták meg, hogy egy ADHD-s felnőtt éves szinten akár 3 heti munkával is kevesebbet végez munkatársaihoz képest. Az ebből adódó állami kár évente 3,7 milliárd dollár. (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008).

3.5. Dr. Máté Gábor: Szétszórt elmék, 2013

„Ne a tüneteket kezeljük, hanem az okokat.” (Dr. Máté, 2013)

Budapesti születésű, Kanadában élő orvos és író. 20 évig családorvosként, majd a Vancouveri Kórház orvosi koordinátoraként tevékenykedett. Napjainkban ír és előadásokat tart világszerte. Célja, hogy a betegségek tágabb összefüggéseire felhívja a figyelmet. Gondolatai szerint a psziché és a test elválaszthatatlan egymástól. Ha az érzelem elnyomásra kerül, az kihatással lesz az immunrendszerre és betegség kialakulásához vezet. Vitathatatlannak tartja, hogy a fokozott stressz forrás a betegségek kialakulásának esélyét megnöveli. A stressz kívülről és belülről származó. Napjaink fiataljaira jellemző a kapkodás, a gyenge impulzuskontroll és az állandó fájdalom érzet, melynek valójában okai ismeretlenek. Különcnek érzik magukat, akik nem illeszkednek be a társadalomba. A gondolatok állandóan mozgásban vannak és felgyorsultak. Az állandó kielégítetlenség és a folytonos elégedetlenség érzése jellemzi a mai kor emberét. Egy afrikai mondás hasonlatával érzékelteti napjaink problémáját egy vele készített interjú során. A mondás szerint egy egész falu szükséges ahhoz, egy felneveljünk egy gyermeket, azonban a mai kor embere elvesztette a nagycsaládot, a szülők ritkán vannak otthon, keveset törődnek a gyermekükkel. Így a gyermek nem kapja meg a stresszmentes, depressziómentes kapcsolatot a szülőkkel, így az agyuk sem tud rendesen fejlődni. Véleménye szerint ezek a tényezők egyre több gyerek fejlődésében fog problémát okozni.

4. PRIMER KUTATÁS, MÉLYINTERJÚK

Ebben a részben megemlítjük a lehetséges kezelési módokat, emellett kifejtük két szakértő, egy világhírű sikereket elért pszichológus illetve hazánkban egyedülként ADHD-ra specializálódó coach véleményét.

A terápia lépései illetve fokozatai az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve (2008) alapján:

1. Nem gyógyszeres kezelés
2. Pszichoedukáció
3. Szülő tréning
4. Pedagógus tréning
5. Viselkedésterápiás technikák
6. Kognitív viselkedésterápiás technikák
7. Gyógyszeres kezelés
8. Pszichostimuláns – Methylphenidate
9. Atomoxetine

4.1. MÉLYINTERJÚK BEVEZETÉSE

Mélyinterjút készítettünk két, a hazai ADHD-val foglalkozó, szakmában ismert és elismert személlyel, mert kíváncsiak voltunk két hazai szakember véleményére, ők hogyan vélekednek az ADHD-ról, illetve milyen lehetséges megoldások, illetve kezelések léteznek hazánkban. Mind a két interjú során elhangzottak olyan állítások, amelyeket Dr. Félegyházy Zsolt illetve Bölcskei Mónika egyaránt tapasztal és érzékel.

Az interjúk során mindketten beszámoltak arról, hogy tapasztalatuk szerint Magyarországon nem tolerálják a másságot, megbélyegzik az embert, ha az átlagostól eltérően viselkedést produkál. Ha valakiről már észlelik, hogy „más”, akkor sok esetben kihasználják, pozitív illetve negatív értelemben egyaránt. Számos olyan esetről számoltak be, amikor az adott személy még a családjának sem mondta el, hogy ADHD-s, mivel fél a következményektől, hogy a magánéletben és/vagy munkahelyén stigmatizálják őt. Indíttatásukat a téma iránt egyrészt indokolja az elhivatottságuk, azonban úgy, hogy ennyire kevesen ismerik, úgy „egyedül” néhez, másrészt nagyon feltáratlan terület, ezért gyorsan lehet sikert elérni, mivel nem sok olyan diagnózis van ahol hasonlóan rövid időn belül látható és érzékelhető sikereket lehet elérni.

4.1.1. DR. FÉLEGYHÁZY ZSOLTTAL KÉSZÍTETT INTERJÚ ÖSSZEFOGLALÁSA

A Zádory pszichiátriai és pszichoterápiás rendelőnek szakmai vezetőjeként, másrészt a Semmelweis Egyetem Prémium járóbeteg szakrendelőjében végzi munkáját. 2003 óta Svédországban is praktizál, így átfogó képet nyújtott számunkra az interjúkészítés során. 10 éve foglalkozik a felnőttkori ADHD-val, annak diagnosztizálásában, kivizsgálásában és kezelésében jelentős nemzetközi szintű ismereteket szerzett. Szakterülete a hangulati zavarok, szorongásos kórképek, addiktológiai/függőségi problémák, illetve stresszel kapcsolatos pszichoszomatikus kórképek kezelése.

A tévhittel ellentétben, az ADHD nem betegség, ez pszichés funkciózavar, amely valóban egy átlagtól eltérő személyt jellemez, azonban ettől még „normális”. Emellett fontos tény, hogy a diagnózis fejében sem feltétlenül kell kezelni a diagnosztizált személyt, mivel a funkciókiesés mértéke határozza meg, hogy szükséges-e a kezelés. Az ADHD-s személyek jóval gyorsabban el tudják végezni az adott munkát, bár ez függ az adott területtől és a munkától/munkához való hozzáállástól. Ezért gyakran a „kiegés”, kimerültség, kifáradás mögött az orvosok ADHD-t diagnosztizálnak.

Az ADHD nem egy „kinőhető” zavar, mivel neuropszichológiai eredetű, így csupán az lehetséges, hogy kevésbé okozzon problémát a kor előrehaladtával, ezért nem látszódhat a személyen. Emellett tény, hogy minden egyén úgy terhelhető, hogy azok a részképességek, amelyek gyerekkorban problémásak voltak, felnőttkorban is előjöjjenek.

Természetesen vannak kompenzáló mechanizmusok, és az illető megtanulja kezelni a saját negatív tulajdonságait, de ha ez a rendszer felborul, vagy túltelítődik, akkor dekompenzálódik a rendszer, felborul az egyensúly még annak ellenére is, ha ez korábban nem látható probléma volt.

Külföldön több helyen is jogszabályozás védi a figyelemzavaros alkalmazottakat, ellenben hazánkban általában elbocsájtják őket. de ezt általában az adott szakterület határozza meg. Ennek az oka, hogy az ADHD-val diagnosztizált alkalmazottak fáradékonyabbak, kimerültek és nehezebben viselik a kudarcot. Svédországban, egyes esetekben a cégek kikérlik szakorvosok véleményét és segítségét, valamiféle problémát tapasztalnak munkatársuknál. Ilyenkor megoldást keresnek a fellépő helyzetre, amely munkahelyi rehabilitáció során a problémás személy képességeit felméri, és további munkavégzését más munkaterületen folytathatják. A diagnózis felállítása során fontos, hogy a munkaképességeket mérjék fel, így megtalálják a megfelelő munkakört az egyénnek. Ez egy optimális megoldás az elbocsátással szemben, azonban Magyarországon még csak a felismerés mértéke is rendkívül alacsony és ritka, így ez a fajta profizmus hazánktól még messze áll. Javaslatom szerint fejleszteni és bővíteni szükséges a magyarországi egészségügyi oktatást és ellátást.

Ahhoz, hogy kezelni lehessen valakit, illetve jelentős eredményt érhessünk el tudni kell, hogy a viselkedészavar mögött milyen biológiai eredetű probléma áll. Olyan strukturált terápiáról van szó, amely során az egyén megtanulja kezelni a hiányosságát. Elő szokott fordulni, hogy 33-38 éves kor között az amúgy egészségesnek tűnő felnőttek körében, felszínre kerül valamilyen formában a probléma. Ez lehet azért, mert a gyermekénél diagnosztizálták az ADHD-t, és miután ismereteket szerzett a szindrómáról, felismerte saját magában is a tüneteket. Más esetben észrevette, hogy elindult saját magában egy folyamat, majd felmerült a kérdés az ADHD-val kapcsolatban, amely az esetek túlnyomó többségében diagnosztizálásra is kerül. Emellett egyes felkeresések a családon belül okozott viselkedési problémák megoldására kerestek megoldást.

Voltak már olyan sportoló páciensei (pl.: kézilabdázó, futó), akik mozgáskoordinációs problémával keresték fel. Ezek a páciensek arról számoltak be, hogy mozgásuk szétesett nem tudják irányítani, pedig korábban kiemelkedő sikereket értek el az adott sportágban. Később arról számoltak be, hogy amikor gyógyszert szedtek akkor képesek voltak fókuszálni, illetve koordinálni mozgásukat.

Egyes kezelések, mint például a viselkedésterápia körülbelül 3-5-7 hónap alatt hoznak érzékelhető eredményt, ez alatt az egyén megtanulja elsajátítani a képességeket és megváltoztatni a gondolkodását. Egy alkalom 50 percre tehető. Ettől függetlenül nem általánosítható egy kezelési módszer sem, mivel a személyek különbözőek, így a módszer is individuális.

Dr. Félegyházy az ADHD-t nagyjából genetikai adottságként ítéli meg, viszont ez konkrétan kimutatható neuroanatómiai eltérés.

A gyógyszeres kezelés lehetséges kiegészítés a terápia során, egyéntől függ, hogy szükséges-e folyamatosan szednie az adott készítményt vagy csupán egy meghatározott ideig.

4.1.2. BÖLCSKEI MÓNIKÁVAL KÉSZÍTETT MÉLYINTERJÚ ÖSSZEFOGLALÁSA

„A coaching az ügyféllel, a coachee-val való partneri viszony: gondolat-ébresztő és kreatív folyamat, amely arra inspirálja őt, hogy maximalizálja személyes és szakmai potenciálját.”²

Bölcskei Mónika 13 éve dolgozik vezetőfejlesztőként, ACC Coach³- és AT Facilitátorként⁴ pedig a vezetőfejlesztésben. Vezetőfejlesztésben dolgozik, egyéni és csoportos tréning és coaching módszertannal. Emellett 10 éve a Human Bridge tulajdonosa és ügy-

² Nemzetközi Coaching Szövetség (ICF), www.icfcoachklub.hu

³ Associate Certified Coach = nemzetközileg akkreditált coach

⁴ Action Learning=akciótanulás. „Az akciótanulás a team coaching egy speciális formája, melynek jellemzője, hogy a tanulócsoportban résztvevő szereplők felváltva kerülnek témagazda és coach szerepbe, így maximalizálva a csoportos formában történő egyéni fejlesztést.” www.humanbridge.hu

vezetője. 7 éve visz coaching folyamatokat, 2 évig egy speciális iskolában tanított ADHD-s gyerekeket, és több, mint 4 éve már felnőtt ADHD-s ügyfelekkel is együtt dolgozik coaching folyamatokban. Az ADHD-coaching úttörője. Elsőként foglalkozik ilyen jellegű coachinggal. Szakmai életcélja az élethosszig tartó tanulás-tanítás maximalizálása és támogatása.

Mónika egyértelműen speciális helyzetként definiálja a hiperaktivitással és figyelemzavarosokkal való foglalkozást. Véleménye szerint azonban ez csak szegregálás, mivel nem többség. Ők csupán annyira igényelnek speciális módszert, mint bárki más, hiszen minden ember egyéni bánásmóddal érheti el a benne rejlő maximális eredményt és sikert. A megoldás erre az, hogy Ő nem kezeli az embereket, hanem a fejlesztésükre összpontosít. A különbség az általános coaching és az ADHD-coaching között, hogy a coach hagyományos coaching eszköztárát ötvözi az ADHD-ról való tudással, amittől maga a folyamat más irányt vehet. Alapvető célja a coachingnak hogy az ügyfél megismerje önmagát és a lehetőségeit feltárva konkrét cselekvéseket hajtson végre saját életének jobbítása érdekében. A coaching eszköztár halmaza általánosítható technika, de az ADHD módszere néhány jellemzőben eltér a klasszikustól. Számos hasonlóság van a klasszikus és ADHD-coaching között, azonban egyes módszereket máshogy szükséges alkalmazni. Például az ADHD-val élők nehezebben tudnak hosszútávú célok mentén működni, mivel az impulzivitásukból kifolyólag a célok gyakran felülíródnak. Esetükben célravezetőbb, ha hosszútávú céljaikat rövidtávú lépésekre, tervekre bontjuk le, és mindig csak az előtte állóra fókuszáltatjuk őket.

Ezen kívül ADHD-coaching esetében Mónika gyakran engedékenyebb ügyfeleivel a klasszikus módszerrel szemben. Az ICF etika szerint nem a coach felelőssége a találkozó előtti emlékeztetés, azonban ezek a coacheek gyakran időtlenségben élnek és elfelejtik a gyűléseket, vagy késnek róluk, így szükségeltetik egy rugalmasabb kezelés. Ezért emlékeztetőt kapnak a találkozás előtt, kevésbé szigorú bánásmódban részesíti őket. Mónika erősebben épít a coachee intuíciójára.

A gyógyszeres kezelésekből nem hisz. Véleménye szerint a terápia nem az ADHD miatt szükséges, hanem az ADHD mellett kialakuló másodlagos jelenségek, diszfunkciók (pl.: depresszió és függőség) kezeléséhez. A coaching nem terápia, emellett fontos tény, hogy az ICF etikai kódexe tiltja a terápiát, sohasem vezethet terápiát coaching keretében a coach, még akkor sem, ha megfelelő szaktudással rendelkezik. A coaching egészséges emberekkel fejlesztésével foglalkozik, míg a terápia betegséggel rendelkezőkkel kezelésével. Elsősorban ahelyett, hogy gyökereket keresne, nem mélyre ásna, megoldás-orientáltan dolgozik, segít az ügyfélnek a rossz szokásai helyett új szokásokat kialakítani. (Az ADHD-sok többségének sok a rossz szokása, amely függőségeikhez vezethet.)

A coachingban nem az eszközön van a fókusz, hanem az emberen, annak fejlesztésén. A fejlesztéshez a coachnig nem más, mint eszköz. Az ADHD-val azért fontos törődni, mert a társadalom félreértelmezi, és nem törődik vele, ezáltal nem megfelelően kerül a felszínre. Ezzel szemben, mivel annyira különbözik az ADHD-sok „működése” a megszokottal szemben, hamar felszínre kerül és, azáltal hogy nem tudja megfelelően kezelni a társadalom ezt a jelenséget, saját magukat félreértelmezve negatív szemben látják önmagukat, valamint az erősségeiket rejtegetik. Ezáltal az önmagukban alkotott vélemény kihatással lesz mindennapjaikra és környezetükre egyaránt.

Több oldalról érik megkeresések, de egyelőre jellemzőbb az, hogy „coachingba” küldenek egy vezetőt, és a coaching során ismeri fel a viselkedéssjegyek alapján az ADHD-val való kapcsolat lehetőségét. A szervezetek még egyelőre kevésbé nyitottak, csak néhány vezető és HR-es tartozik a kliensei közé. Ha erős a gyanú az ADHD-ra, valamint erős a bizalom a coach és coachee között, akkor a jelenségre való direkt rákérdezés megtörténhet. Emellett, ha erős a megérzése az ügyfelet illetően, akkor ADHD coachingot használ, és ha ez eredményeket hoz, akkor folytatja ennek az alkalmazását. A másik célcsoport, amikor ADHD-s ügyfél keresi meg, mert a viselkedéssjegyek alapján felismerik saját jellemzőiket is, és ennek a felismerésében, tudatosításában és fejlesztésében kérnek segítséget.

Személyenként változó, hogy milyen mértékben vannak tisztában a személyek a megszokottal eltérő viselkedéssjegyükkel. A fejlődés eredménye és a folyamat hossza függ attól, hogy kialakult-e a jelenség mellé bármilyen függőség (munka, drog, alkohol, stb.).

Standard technika és időintervallum nem állapítható meg ennél a módszernél sem az individualitás miatt, a viselkedéssjegyekben várható körülbelül 6 hónap után várhatóan látható és érzékelhető eredmény.

A közös munkához szükséges egy célkitűzés, emellett azonban folyamatos akciótervek vannak. A klasszikus coaching időtartama általában 90 perc, míg ADHD-coaching esetén ez 60 percre redukálódik. Utóbbi esetnek az oka, hogy az egy adott dologra való fókuszálás rövidebb ideig tartós.

Mónikánál 2014 első felében állapították meg az ADHD jelenlétét, azonban saját tapasztalata nem rendelkezik a gyógyszerekkel kapcsolatban, és nem tartja szükségszerűnek a használatát, azonban nincs határozott véleménye, mikor javasolna gyógyszeres kezelést. Mára már tudja elfogadni, de ehhez egy önismereti útra volt szüksége, amihez a coaching számára a megfelelő eszköz, ezáltal fejleszti önmagában (is) az ADHD-ból eredő nehézségeket. Ezt egy plusz adottságként éli meg, de tudja, hogy a szerencsésebbek közé tartozik, mert megtalálta hivatását, és pozitív értéké tudja fordítani a jelenséget az életében. Úgy véli, hogy azok az

emberek támadják az ADHD-t, akik valójában nincsenek tisztában a fogalmával és a kezelésével.

Véleménye szerint az ADHD a felgyorsult világ eredményeképp jelenik meg illetve erősödik fel. Az emberi agy fejlődése leköveti ezt a folyamatot és ezt a világot, azonban ez a fajta változás a jövő generációjának lesz igazán kedvező, mivel ők már „ezzel születnek” és az ő általuk megformált világban fognak felnőni. Akkor, ha a társadalom és munkaerőpiac napjainkban szerves részét képező „baby boomer”⁴ generációt felváltja az „Y-generáció”⁵ nemzedéke, várhatóan akkor fog jelentős reformáció bekövetkezni az ADHD-val szembeni befogadóképességgel is.

4.2. KÉRDŐÍV

A kérdőív arra keresi a választ, hogy a kitöltők milyen gyakran találkoznak a DSM-IV. és BNO által meghatározott ADHD-tünetekkel rendelkező, az átlagostól eltérő viselkedésű munkatárssal, illetve hogyan tudják kezelni a kialakuló helyzeteket. Továbbá okoz-e frusztrációt, ha ADHD-s személyiségjegyekkel rendelkező személyek vannak a csoporton belül, és milyen nehezen tolerálják? Emellett kíváncsiak voltunk arra is, hogy valóban nagyfokú tájékoztatlansággal találkozunk-e a témát illetően. Hipotéziseink a következők voltak:

- (1) A válaszadók körében a munkatársak/játékosok illetve vezetők többsége nehezen tolerálja, ha valaki az átlagtól eltérő.
- (2) A multinacionális cégeknél dolgozó alkalmazottak és vezetők nagyobb mértékben tisztában vannak az ADHD fogalmával, mint a sportegyesületi tagok.
- (3) Az idősebb, tapasztaltabb korosztály segítséget nyújt a munkahelyen a fiataloknak/problémákkal küzdőknek, azonban ez a tendencia nem feltétlenül kimutatható a sportolók körében. Az ADHD szindróma és ehhez kapcsolódó problémákról való tájékozottság egyelőre nem megfelelő.
- (4) Hazánkban az ADHD szindróma ismerete igencsak hiányos

4.2.1 MÓDSZEREK

A felnőttkori ADHD hazai és nemzetközi kutatásának, módszertanának hiányában saját szerkesztésű kérdőívet alkottunk. A kérdőívben 13 fő kérdés található. Az alapvető adatok (élet-

⁴ ~1946– 1965 között született nemzedék

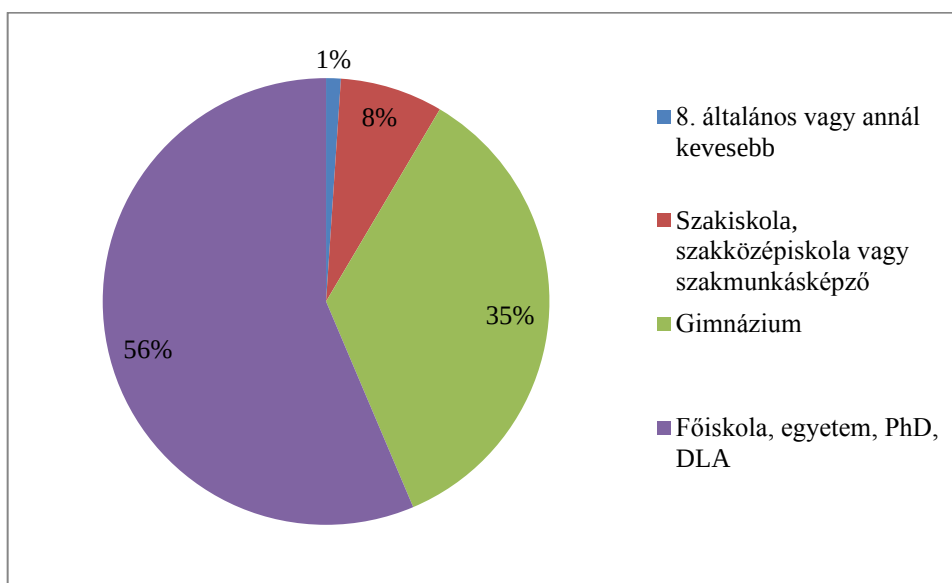
⁵ ~1980– 2000 között született nemzedék

kor, nem, iskolai végzettség) mellett kérdésként szerepelt a kitöltők sportegyesületben illetve vállalatnál eltöltött jogviszonyának ideje is. Továbbá a kor és nem azért fontos, mert így arra az eredményre juthatunk, hogy melyik nem illetve melyik korosztály tolerálja jobban az esetleges másságot. Az eredmények szempontjából nagy jelentőséggel bír a szervezeten belüli beosztás, a vállalatoknál a vezető illetve a nem vezető megfelelője a sportegyesületnél edző és játékos. A másik fontos aspektusa az adatgyűjtésnek, hogy a kitöltők mennyi időt töltenek munkavégzéssel, mennyi időt töltenek együtt az ADHD tünetjeit felmutató társaikkal egy környezetben. Ebben a kérdésben a multinacionális vállalat dolgozóitól a munkában töltött időszakra kérdeztünk rá, a sportolók között pedig kizárólag a sporttevékenységre fordított időre kérdeztünk. A kérdőív nyolcadik kérdése (8. *Amennyiben problémája merül fel valakivel/valamivel, van kihez fordulnia munkahelyén?*) szintén megalapozott, ugyanis így kiderül az, hogy az ADHD-s dolgozó/játékos mennyire segítő közegben van jelen. A kilences kérdés (9. *Amennyiben problémája merül fel munkatársának, Ön milyen gyakran segít neki a megoldásban?*) tulajdonképpen az előző kérdésünket erősíti meg vagy cáfolja. Az ezt követő 2 kérdésben a DSM-IV által meghatározott általános impulzivitás, hiperaktivitás és figyelemzavar tünetek szervezetben való megjelenésének gyakoriságára voltunk kíváncsiak, ezt egy 6 pontos Likert-skálán kellett bejelölniük a kitöltőknek. A 12. kérdésben szintén egy hatos Likert-skálán válaszoltak a kitöltők egy elégedettségi mutatókat felvonultató kérdéssorozatra, amelyben kitértünk a társak szaktudására, hozzáállására, a vezetők visszacsatolására és a jelenlegi struktúra működésére is. Utoljára egy eldöntendő kérdést tettünk fel, miszerint ismerik-e az ADHD fogalmát. Felmerülhet az a kérdés, hogyha egyesével és időszakosan tekintünk ezekre a tünetekre, tulajdonképpen bármely munkavállalóra igazak lehetnek. A tünetek összességét és a hosszú időn keresztül való fennállást a kérdőívben nem ragadtuk meg. Azonban mi a kérdéskör megalkotásánál a diagnosztikai kritériumrendszer alapján alkottuk meg kérdéseinket, ezzel rákérdezve arra, hogy ezekben az esetekben hogyan viselkednek az adott személyekkel szemben, ha egy, vagy akár több tünet is megfigyelhető a közösségben.

A kitöltést google docs formátumban, interneten keresztül történt meg, a kitöltés három budapesti futbalcsapat, és multinacionális vállalat bevonásával történt. Mindhárom multinacionális cég olyan külföldi tulajdonban lévő budapesti székhelyű leányvállalat, amelyek egyike a gazdasági és társadalom-kutatási szféra meghatározó szereplőjeként tevékenykedik. A másik cég média-, reklám-, piac- és véleménykutatással kapcsolatban nyújt szolgáltatást ügyfelei számára. A harmadik cég pedig pénzügyi és informatikai tanácsadással kapcsolatban nyújt szolgáltatást kliensei számára.

Az elemszám 94, ebből 31 nő (33%) és 63 férfi (66%).

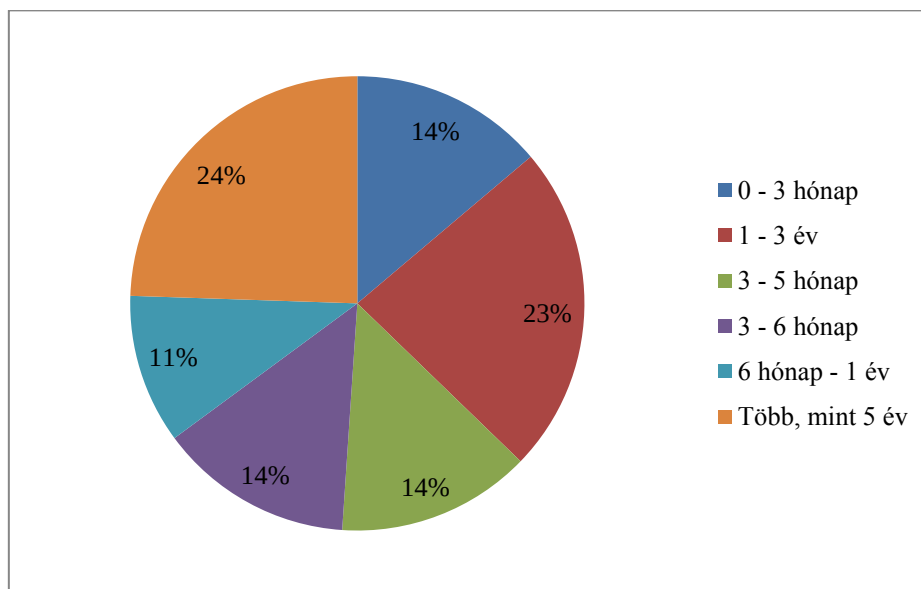
A kitöltők több mint fele (53 személy= 56%) felsőfokú végzettséggel (főiskola, egyetem, PhD, DLA) végzettséggel rendelkezik. (3. ábra)



3. ábra: A válaszadók iskolai végzettsége

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

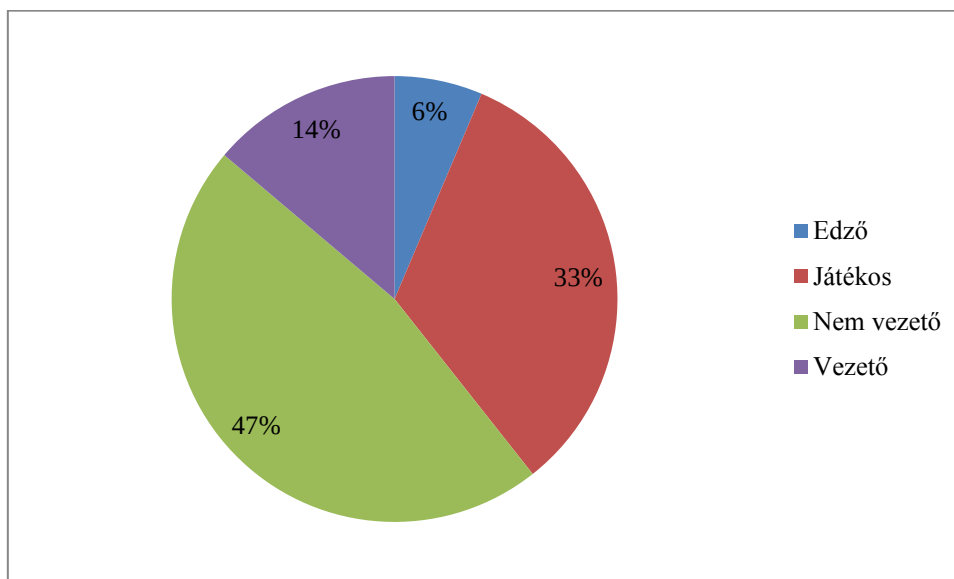
A megkérdezettek között igencsak megoszlik vállalatnál illetve egyesületnél eltöltött idő. (4. ábra)



4. ábra: Munkaviszony időtartama szerinti megoszlás

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

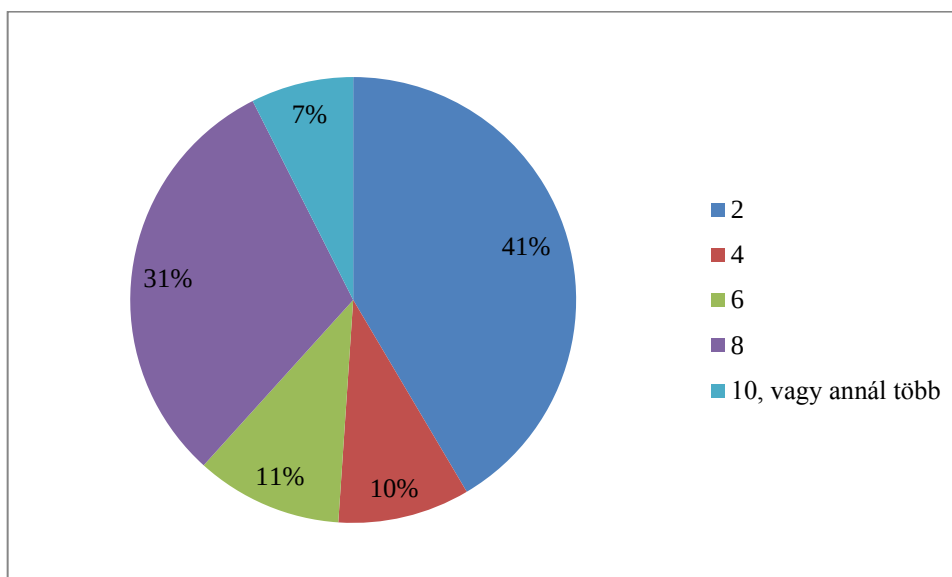
A válaszadók többsége játékos illetve nem vezető pozíciót tölt be. A kérdőív során 4 lehetséges opció közül választhattak a kitöltők.(5. ábra) Ezen adat ismerete meghatározóan fontos a kiértékelések során.



5. ábra: Kitöltők által betöltött pozíció

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

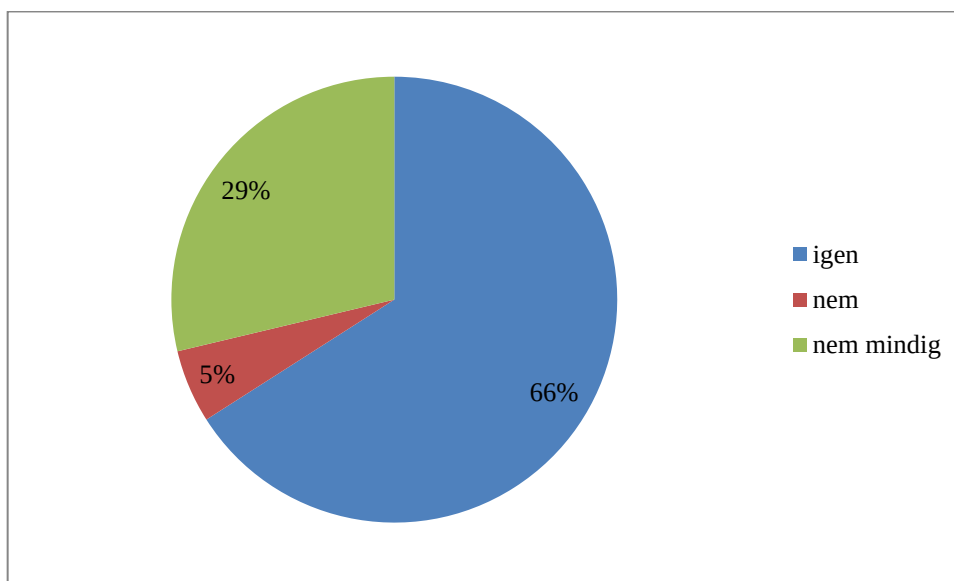
A futballisták átlagosan napi 2 órát edzenek, ez az edzés előtti és utáni időt beleszámítva megközelítőleg napi 3 óra együtt töltött időt eredményez. Az alkalmazottak átlagosan napi 8 órát dolgoznak, bár vannak kivételek is. (6. ábra)



6. ábra: A sporttevékenysége és munkára fordított idő (óra)

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

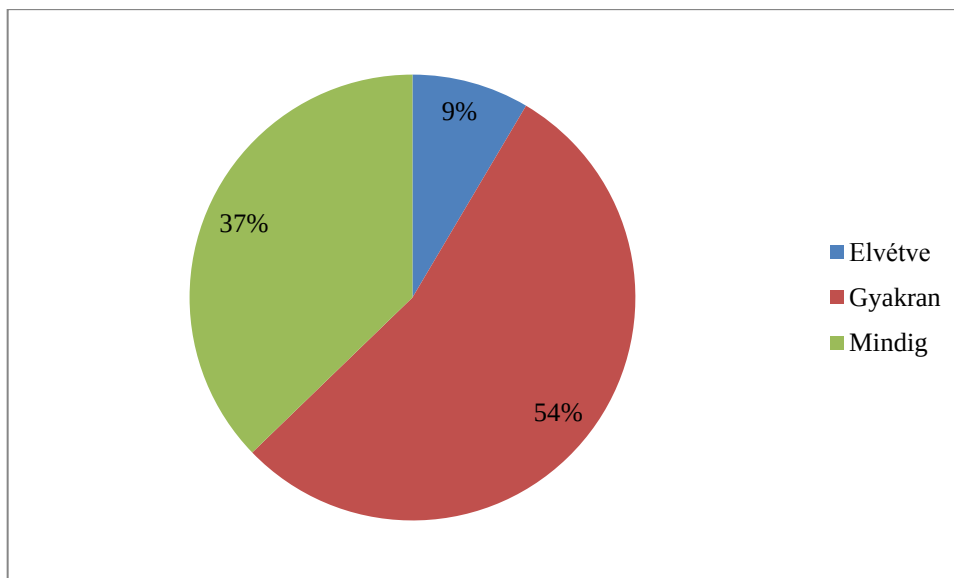
A 94 válaszadó közül 62-en úgy vélik, hogy amennyiben a szervezetben valaki-vel/valamivel problémája adódik, van kihez fordulnia.(7. ábra)



7. ábra: Van-e kihez fordulnia, ha problémába ütközik?

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

A kitöltők több mint fele gyakran nyújt segítséget a munkatársának a felmerülő problémáiban. (8. ábra)

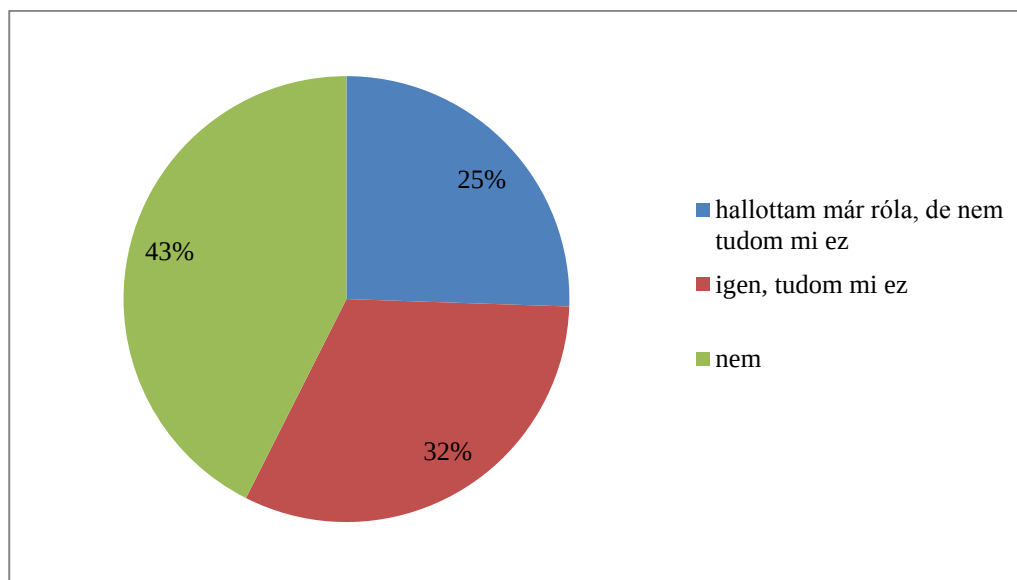


8. ábra: Milyen gyakran nyújt segítséget problémával küzdő társainak?

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

4.2.2. EREDMÉNYEK

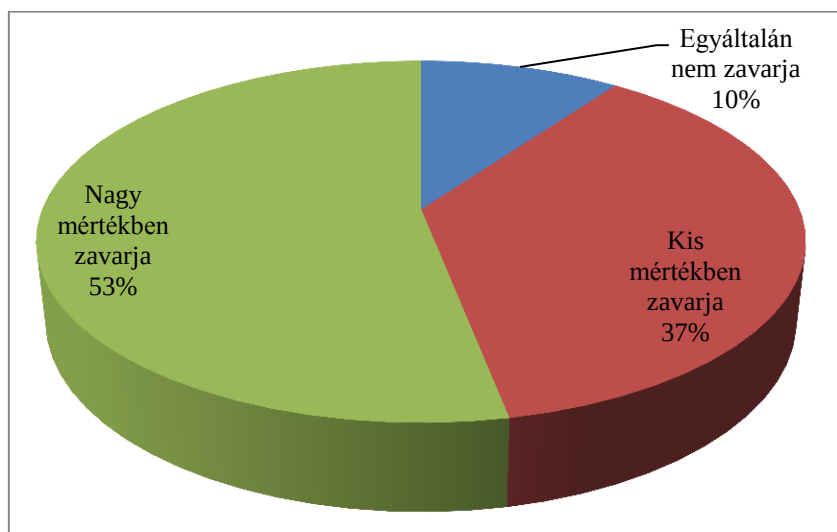
Az ADHD szindróma és ehhez kapcsolódó problémákról való tájékozottság egyelőre nem megfelelő. Mint az alábbi ábra is mutatja, a fogalmat ugyan 57%-ban ismerik, a kitöltők 68%-a nem tudja, hogy mit jelent a fogalom. (9. ábra)



9. ábra: A fogalom ismerete

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

A válaszadók körében a munkatársak/játékosok illetve vezetők többsége nehezen tolerálja, ha valaki az átlagtól eltérő. (10. ábra)

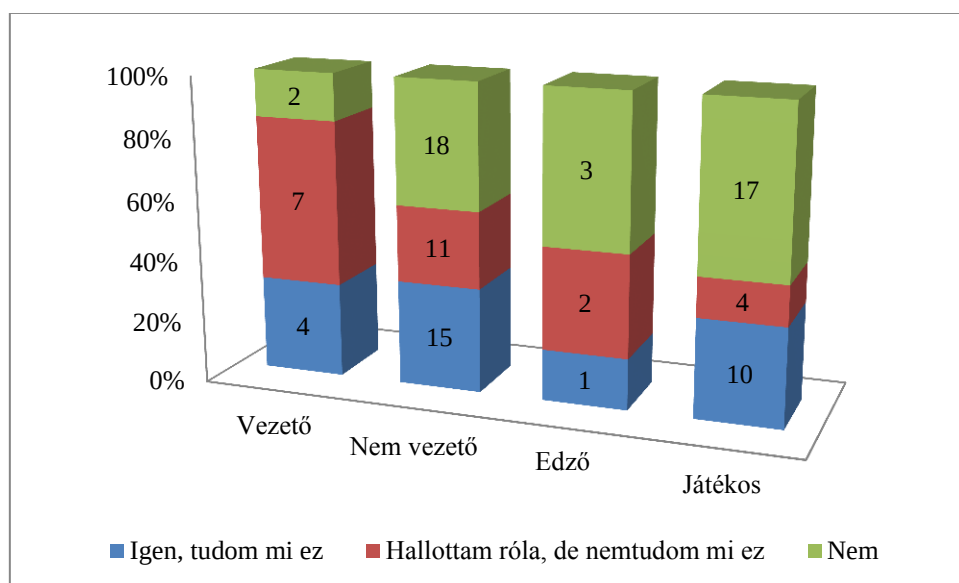


10. ábra: Az átlagtól való eltéréssel szembeni tolerancia

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

A kitöltők 53 %-át nagymértékben zavarja, hogyha csapattársa vagy munkatársa, esetlegesen közvetlen munkakörnyezete az ADHD-ra jellemző tünetekkel rendelkezik. 10 %-ukat abszolút nem zavarja, azonban 37 százaléukat időnként frusztrálja ezen személyen jelenléte.

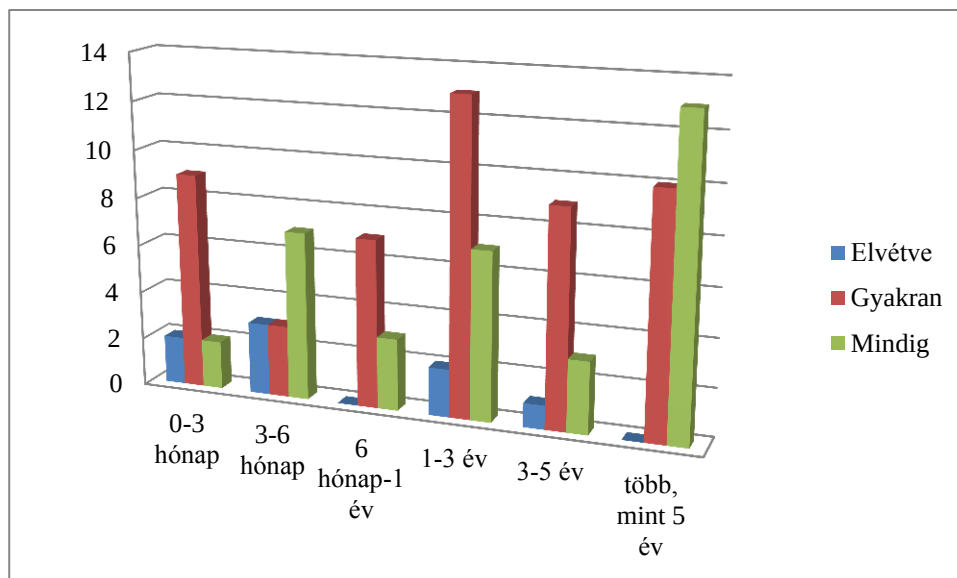
A multinacionális cégeknél dolgozó alkalmazottak és az egyesületben sportoló labdarúgók ismerete hozzávetőlegesen azonos szinten áll (34% illetve 32%). Ezzel ellentétben a labdarúgó edzők 16%-a ismeri az ADHD fogalmát a céges vezetők 31%-ával szemben. A cégvezetők ismerete ugyan jobb, mint a labdarúgó edzőké, azonban ez is igen alacsony számot mutat. Átlagosan összesítve a kitöltők megközelítőleg 30%-a van tisztában a fogalom jelenésével. (11. ábra)



11. ábra: ADHD ismeretének eloszlása

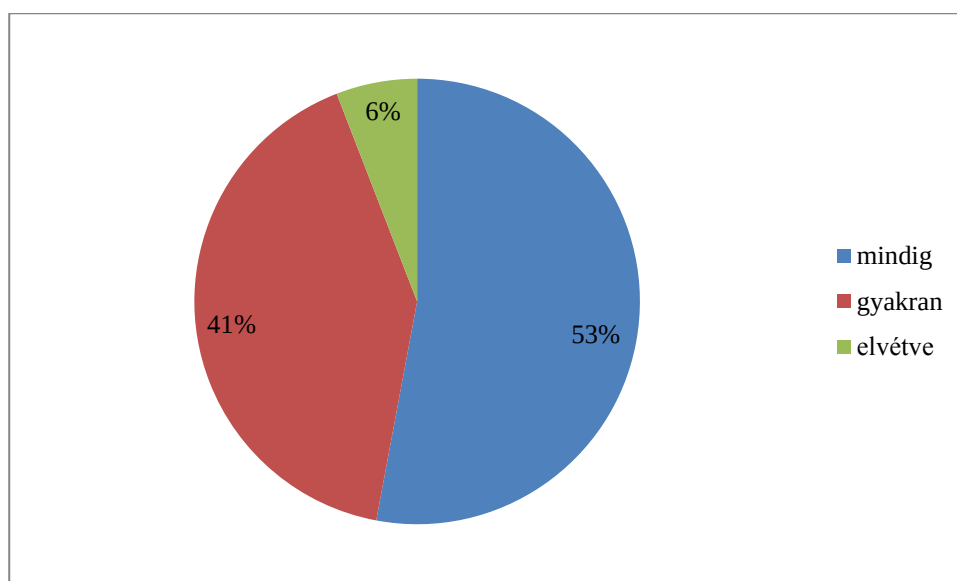
Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

A legtöbb esetben azok nyújtanak segítséget akár ADHD-s, akár nem ADHD-s társaiknak, akik már több, mint 5 éve tagjai a vállalatnak vagy sportegyesületnek. Ezt azért fontos kiemelni, mert így értelmet nyerne egy olyan előadássorozat kibontakoztatása cégeknél és egyesületeknél, ahol bemutatják az ADHD-t az embereknek, felhívják a figyelmet az esetleges tünetekre, és ez által megkönnyítik az eddig megbélyegzett ADHD-s dolgozók beilleszkedését, vagy az esetlegesen nem diagnosztizált, de ADHD tünetjegyeket felvonultató személy befogadását, vele szembeni toleranciát. Emellett megkönnyíthetik a munkaterapeuták dolgát az ADHD tüneteire való odafigyeléssel, és nem utolsó sorban a saját munkakörnyezetüket is boldogabbá tehetik az esetleges felesleges konfliktusok elkerülése folytán. (12. ábra)



12. ábra: Segítségnyújtás eloszlása jogviszony időtartama szerint

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

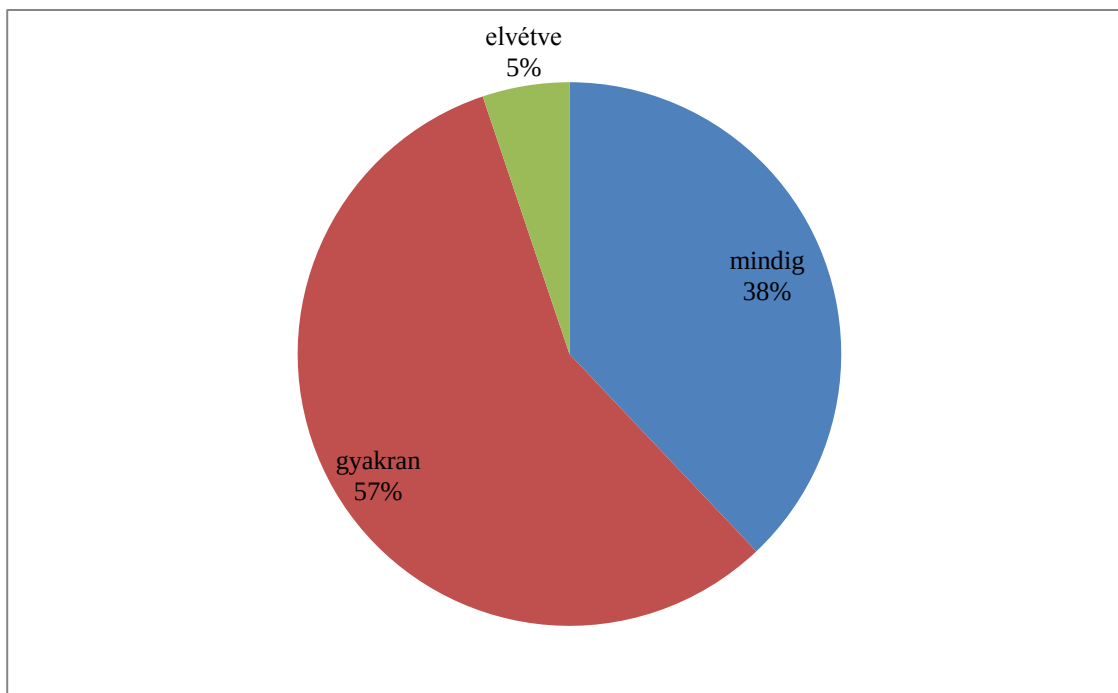


13. ábra: Segítségnyújtás eloszlása az idősebb⁶ korosztály körében

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

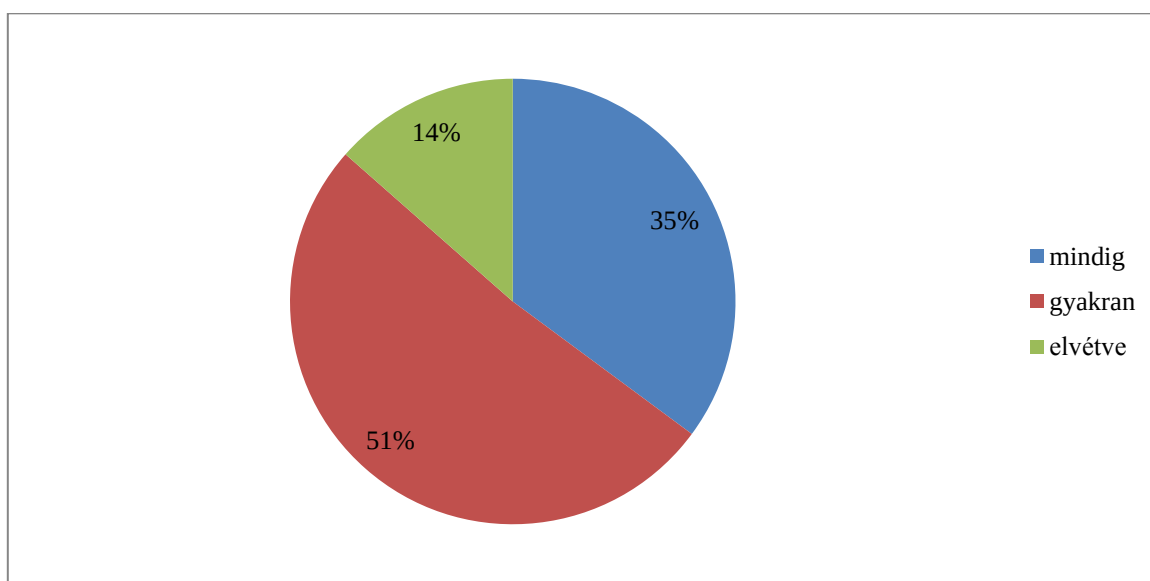
Az idősebb korosztály az esetek nagy többségében segítőkészen áll a hozzájuk problémával forduló kollégájukhoz. (13. ábra)

⁶ 40 év feletti kategória



14. ábra Segítségnyújtás a sportszervezeteken belül

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés



15. ábra: Segítségnyújtás a multinacionális vállalatokon belül

Forrás: a kérdőív adatai alapján saját szerkesztés

A sportszervezeteknél (14. ábra) és a vállalatoknál (15. ábra) megközelítőleg azonosan oszlik el a segítségnyújtás gyakorisága. Ez azt mutatja, hogy egy szervezetben belül, - (függetlenül a szervezet működési formájától) a dolgozók és a sportolók együttműködésre törekednek a közös célok érdekében.

5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATTÉTEL

Járulékos költségként elsősorban az oktatás, az egészségügyi-ellátás valamint az igazságszolgáltatás rendszereit sújtja az ADHD kezeletlenségéből fakadó probléma. Emellett megfigyelhető, hogy az ADHD nem megfelelő kezelése, mind gyermekek és felnőttek esetében, közvetlen és közvetett formában is kihatással rendelkezik a társadalomra és gazdasági teherhez vezet. Nem megfelelő kezelés esetén a hagyományos, a társadalmi és egyéni értékek, majd mindegyike károsodhat és veszélybe kerülhet. Megsokszorozódnak a családi és magánéleti, munkahelyi és környezeti problémák, konfliktusok. Válasokhoz, társadalomba való beilleszkedési és önértékelési zavarokhoz vezet a kezelés hiánya, nem megfelelő módja. Máskülönben sokak számára zavaró, hogy a tünetek - akár együttesen - is megfigyelhetők saját magukon, vagy környezetükben, ezáltal úgy vélik, hogy ezek a jellemzők az ADHD-val magyarázható. Fontos és elengedhetetlen tudni azt, hogy számos emberre jellemzők ezek a jegyek, akár együttesen is felismerhetők, azonban csak orvosi körmeghatározás után állapítható meg a tény, hogy valaki ADHD-s. Kulcsfontosságú lehet, hogy tudatában vagyunk-e a fogalom pontos meghatározásával és nem csupán személyes megérzéseken és informáltságon alapozva alkotunk véleményt erről, az amúgy valóban súlyos problémát eredményezhető jelenségről. A tanulmány megerősíti, hogy hazánkban kezdetleges még az ADHD befogadása, csakúgy, mint minden más, normálistól eltérő jelensége. Az eredmények kimutatják, hogy megközelítőleg az emberek 35-40%-a hallotta már a fogalmat, azonban nem tudja, mit jelent illetve mivel jár ez, tehát elmondhatjuk, hogy nem ismert széleskörűen. A vállalati vezetők átlagos ismerettel rendelkeznek az ADHD-t illetően, viszont a sportban tevékenykedő edzők meglehetősen kevés tudással rendelkeznek a témáról, pedig sportolás közben is gyakran előfordulhatnak ADHD-okozta teljesítményingadozások, esetleges teljes szétesés.

A kutatásunk és az interjúk után egyértelműen arra a megállapításra jutottunk, hogy hazánkban az ADHD ismerete és kezelésének módszerei nem megfelelőek. Ahhoz, hogy megfelelő tudású szakemberek segíteni tudják egy szervezeti egységben a kialakult helyzeteket, ahhoz elengedhetetlen egyrészt szervezeti részről a szituáció felismerése illetve a megfelelő képességek és hozzáállás elsajátítása abból a célból, hogy ezt ne problémaként, hanem egy megoldandó helyzetként ismerjék fel. Észre kell venni a normától való eltérést, és tudatában kell lenni a kezelési formák, esetlegesen a definitív ellátási helyek jelenlétét illetően. Fejleszteni szükséges az infrastruktúrát, a megfelelő számú szakellátó helyek el-

helyezését. A szervezetekben dolgozó vezetőknek szükséges, hogy felismerjék az eltéréseket, és ismerniük kell a lehetséges szakember, vagy ellátás helyszínét. Fontos, hogy a társadalomban elfogadják azt, hogy ha valaki az átlagtól eltérő viselkedéssjegyekkel rendelkezik, ez nem feltétlen probléma, csupán meg kell tanulni ezt elfogadni, és probléma esetén segítséget kell kérni. Elengedhetetlen az, hogy minél hamarabb felismerjék az ADHD-s jegyeket, mivel a helyes kezelés kulcsa a korai felismerés. Ezzel elkerülhetőek a visszafordíthatatlan károkozások a személyt és a környezetét illetően egyaránt. Ez fejleszthető lenne a döntéshozók, a média és a szakmai szervezetek együttműködésével. Fontos cél, hogy se az egyén, se a környezet ne tekintse problémának az ADHD jelenlétét, és ne érezzék a szakellátás következtében, hogy a társadalom peremére kerülnek.

Másrészről addig, amíg hazánkban az oktatás sem tér ki a neuroanatómiai ismeretek megfelelő szintű oktatására, addig a szakma képzési hiányaiból fakadóan sem várhatunk el fejlődést. Az ellátórendszer lefedettségét bővíteni szükséges az egyenlő hozzáférések elérése érdekében. Önmagában azonban egyik sem lehet hatékony, fontos, hogy ezek párhuzamos fejlesztésére kell figyelmet szentelni. Az interjúk során rámutattak hogy esetleges összefüggés található az ADHD és az Y és a Z generáció között, így további kutatásként erre az összefüggésre szeretnénk rávilágítani vagy rácáfolni. Amennyiben a jövőbeli kutatások megerősítik ezt a felvetést, akkor ez a kutatás teljesen új perspektívákat nyújthatna a munkaerőpiacon és a sportban egyaránt.

6. IRODALOMJEGYZÉK, FORRÁSOK

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV* (<http://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr>)

ANDY LOPEZ-WILLIAMS ET AL. (2014): Athletic Performance and Social Behavior as Predictors of Peer Acceptance in Children Diagnosed With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* VOL. 13, NO. 3, 173–180 pp.

ARNOLD, BRUCE; EASTEAL, PATRICIA; EASTEAL, SIMON; RICE, SIMON (2010): It Just Doesn't Add Up: ADHD/ADD, the Workplace and Discrimination; In: *Melbourne University Law Review*, Vol. 34, No, 2, 2010

BARKLEY RA, MURPHY KR. (2010a): *Deficient emotional self-regulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD*

BARKLEY RA, FISCHER M, SMALLISH L, FLETCHER K. (2006a) *Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,*

BARKLEY RA, FISCHER M, SMALLISH L, FLETCHER K. (2006a) *Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. (1993) *Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. Arch Gen Psychiatry*

Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) 10 – gyakori kódok.
Animula Kiadó, Budapest, 2006

BÍRÓNÉ DR. NAGY EDIT, BOGNÁR JÓZSEF, FARKAS JUDIT, GOMBOCZ JÁNOS, HAMAR PÁL, KOVÁCS ATTILA TAMÁS, MÉSZÁROS JÁNOS, OZSVÁTH KÁROLY, RÉTSÁGI ERZSÉBET, RIGLER ENDRE, SALVARA, I. MARINA, SZABÓ BÉLA, TIHANYINÉ HŐS ÁGNES, VINÁNÉ KOKOVAY ÁG-

NES (2011): *SPORTPEDAGÓGIA – KÉZIKÖNYV A TESTNEVELÉS ÉS SPORT PEDAGÓGIAI KÉRDÉSEINEK TANULMÁNYOZÁSÁHOZ*. Dialóg Campus kiadó Kft, Budapest

DR. FÉLEGYHÁZY ZSOLT (2012): *ADHD figyelemzavar-túlsúllyal (ADD*)*

FARAONE SV, BIEDERMAN J. (2005): *What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults*. In: J Atten Disord, 2005;9(2):384-391

HOULIHAN, JOHN P.; REYNOLDS, MICHAEL D. (2001): Assessment of employees with mental health disabilities for workplace accommodations: Case reports. In: *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 32(4), Aug 2001,

KATHLEEN G. NADEAU* (2005): *Career choices and workplace challenges for individuals with ADHD*

MARK SELIKOWITZ (2010): *ADHD a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

MÁTÉ GÁBOR (2013): *Szétszórt elmék: a figyelemhiány zavar új gyógymódja*. Libri Könyvkiadó, Budapest, 410 p.

PAUL H. WENDER (1999): *A hiperaktív gyermek, serdülő és felnőtt- Figyelemzavar egy egész életen át*. Medicina Kiadó Zrt., Budapest

PSZICHIÁTRIAI SZAKMAI KOLLÉGIUM (2008): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve: A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézése, kezelése és gondozása IE* In: Egészségügyi Közlöny 2008/3. sz.

SIMON V, CZOBOR P, BALINT S, MESZAROS A, BITTER I. (2009): *Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis*. Br J Psychiatry, 194: 204-211.

ONLINE FORRÁSOK

ADHD Center Stockholm, 2012.02.06. fordította és idézi Dr. Félegyházy Zsolt
http://habilitering.se/sites/habilitering.nu/files/120316_faktablad_vad_ar_add_0.pdf

(letöltve 2014.11.16.)

ADHD Konferencia

<http://consensus.nih.gov/1998/1998attentiondeficithyperactivitydisorder110program.pdf>

(letöltve: 2014.11.12.)

ADHD-Magyarország honlapja

<http://www.adhd-magyarorszag.com/a-hiperaktivitasrol/orvostajekoztato/34>

(letöltve: 2014.11.12.)

Dankó Dávid: Lépéskényszer ADHD társadalmi - gazdasági problémák és lehetséges kezelésük, (tervezet- 2011.)

<http://www.uni-corvinus.hu/index.php?id=8530> *(letöltve: 2014.10.14)*

Dr. Chikán Csaba: Esélyegyenlőség, fogyatékoság 2001.

http://www.meoszinfo.hu/books/chikan_esely/csiktart.htm *(letöltve: 2014.11.15.)*

Dr. Dale Archer: ADHD: The Entrepreneur's Superpower (Forbes, 2014)

<http://www.forbes.com/sites/dalearcher/2014/05/14/adhd-the-entrepreneurs-superpower/>

(letöltve: 2014.08.13)

Dr. Farkas Margit: Hiperkinetikus zavar, tanulási nehézségek és viselkedési problémák, Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest

http://www.vadaskertalapitvany.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=304&lang=hu *(letöltve: 2014.11.13)*

Dr. Szuromi Bálint doktori tézise

http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szuromibalint.d.pdf

(letöltve: 2014.11.13)

Human Bridge weboldala <http://humanbridge.hu/szakertoi-csapat/bolcskei-monika>

(letöltve: 2014.11.13)

Human Bridge weboldala <http://humanbridge.hu/kuldetes-ertekek>

(letöltve: 2014.11.10)

Jennifer Van Pelt, MA: Adult ADHD — Hidden Diagnosis, Social Work Today, May/June 2010 Issue Vol. 10 No. 3 P. 14 *(letöltve: 2014.11.15)*

<http://www.socialworktoday.com/archive/052010p14.shtml>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000907/> *(letöltve: 2014.11.15)*

Klaus W. Lange, corresponding author, Susanne Reichl, Katharina M. Lange, Lara Tucha, and Oliver Tucha: The history of attention deficit hyperactivity disorder Atten Defic Hyperact - Disord. Dec 2010; 2(4): 241–255.

Published online Nov 30, 2010. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8

Magyar Orvosi Bibliográfia (<http://mob.gyemszi.hu/details.jsp?ITEMID=823372>)

Simon Viktória doktori tézise

http://phd.semmelweis.hu//mwp/phd_live/vedes/export/simonviktoria.m.pdf

Szabó Csilla–Vámos Éva: Egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdőgyermek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja – Figyelemzavar és hiperaktivitás Széchenyi Terv, 2012 p.39 *(letöltve: 2014.11.11.)*

www.educatio.hu/pub_bin/.../diagnosztikai_kezikonyv_8fejezet.pdf

Szücs Marianna: Esély vagy sorscsapás? Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003. idézi Schlütter Tamás, Új Pedagógiai Szemle 2004 január > Esély vagy sorscsapás? A hiperaktív, figyelemzavarral küzdő gyermekek helyzete Magyarországon - Szücs Marianna könyvéről *(letöltve: 2014.11.10)*

<http://epa.oszk.hu/00000/00035/00078/2004-01-kf-Schuttler-Esely.html>

Vadaskert alapítvány honlapja

http://www.vadaskertalapitvany.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=304&lang=hu *(letöltve: 2014.11.10)*

Zadory rendelő weboldala http://www.zadoryrendelo.hu/hu/?page_id=6

(letöltve: 2014.11.10)

MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: Kérdőív az ADHD tünetjegyeivel szembeni toleranciáról illetve munkahelyi elégedettségéről (forrás: saját)

A figyelem központjában: probléma vagy egy új lehetőség?

Hadabás Kitti és Mohácsi László a Budapesti Gazdasági Főiskola (nemzetközi gazdálkodás Bsc) illetve a Testnevelési Egyetem (sportmenedzsment Msc) hallgatói vagyunk. Kutatásunkban szervezetpszichológiai kérdésekre kerestük a válaszokat, toleranciaszinttel illetve elégedettséggel kapcsolatban tettük fel kérdéseinket. A kutatás a felnőttkori ADHD-ról, a figyelemzavaros és hiperaktivitással küzdőkről szól illetve célunk, hogyan lehetne az előnyeit felszínre hozni, és a megértetlenséget aktív és pozitív értékké tenni egy szervezet számára. A kérdőív anonim, semmilyen felelősséget nem von maga után. Kizárólag a dolgozatunk értékelői fogják látni a teszt eredményét.

A kitöltés kb 5 percet vesz igénybe.

Kérjük, őszintén válaszoljon a kérdésekre, rossz válaszok nincsenek.

Köszönjük, hogy válaszaival segítette a TDK dolgozatunkat!

* Required

1. Az Ön életkora? *

- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 30
- ☐ 31 - 39
- ☐ 40 - 44
- ☐ 45 - 54
- ☐ 55+

2. Az Ön neme? *

- ☐ Férfi
- ☐ Nő

3. Az Ön állampolgársága? *

- ☐ Magyar
- ☐ Más Európai Unió Ország
- ☐ Egyéb

4. Az Ön iskolai végzettsége? *

- ☐ 8. általános vagy annál kevesebb
- ☐ Szakiskola, szakközépiskola vagy szakmunkásképző
- ☐ Gimnázium
- ☐ Főiskola, egyetem, PhD, DLA

5. Mióta áll jogviszonyban a céggel/egyesülettel? *

- ☐ 0 - 3 hónap
- ☐ 3 - 6 hónap
- ☐ 6 hónap - 1 év
- ☐ 1 - 3 év
- ☐ 3 - 5 év
- ☐ Több, mint 5 év

6. Milyen beosztásban áll a céggel/sportszervezettel? *

Vezető/ Nem vezető - VÁLLALATI DOLGOZÓ.....Edző/Játékos - SPORTSZERVEZET

- ☐ Vezető
- ☐ Nem vezető
- ☐ Edző
- ☐ Játékos

7. Napi hány órát dolgozik/edz? *

Ha Ön a sportszervezet tagja, akkor kérem a napi edzésórák számát jelölje.

- ☐ 2
- ☐ 4
- ☐ 6
- ☐ 8
- ☐ 10, vagy annál több

8. Amennyiben problémája merül fel valakivel/valamivel, van kihez fordulnia munkahelyén? *

- ☐ Igen
- ☐ Nem mindig
- ☐ Nem

9. Amennyiben problémája merül fel munkatársának, Ön milyen gyakran segít neki a megoldásban? *

- ☐ Soha
- ☐ Elvétve
- ☐ Gyakran
- ☐ Mindig

10. Milyen gyakran fordul elő, hogy közvetlen munkatársaira jellemző? *

	egyáltalán nem fordul elő	ritkán fordul elő	elvétve fordul elő	többnyire fordul elő	gyakran előfordul	nagyon gyakran előfordul
Felületes munkát végez	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Könnyen elvonják a figyelmét a külső ingerek	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Nem várja meg a válaszadást, félbeszakítja/ befejezi mások mondatait	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Problémái vannak az önkontrollal és a viselkedésszabályozással	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Nehezen tudja kivárni, hogymá rá kerüljön a sor	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Nem követi az instrukciókat, vagy elmarad a feladat befejezése	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Hamar elveszti az érdeklődést a feladat iránt	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Oda nem illő tevékenységet/ mozgást véghez	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Elégedetlen a munkahellyel	☐	☐	☒	☐	☐	☐

11. Önre hogyan hat, ha közvetlen munkatársaira jellemző, hogy... *

[illegible]

12. Ön mennyire elégedett? *

	egyáltalán nem	nagymértékben nem	kis mértékben nem	kis mértékben igen	nagymértékben igen	teljes mértékben
A jelenlegi szervezeti struktúra működésével?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Társai munkavégzésével?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Társai képességével, szaktudásával?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vezetői visszajelzések mértékével?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A munkájának megbecsülésével?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A vezetők csapat iránti problémamegoldásának gyakoriságával?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A vezetők csapat iránti problémamegoldásának minőségével?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Ön ismeri az ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) fogalmát? *

- ☐ igen, tudom mi ez
- ☐ hallottam már róla, de nem tudom mi ez
- ☐ nem

Köszönjük, hogy válaszával segítette munkánkat.

2. számú melléklet: A Dr. Félegyházy Zsolttal és Bölcseki Mónikával készített mélyinterjúk kérdéskörei

1. Foglalkozás fontossága az ADHD-s személyekkel
2. Lehetséges megoldások (gyógyszerek, coaching, terápiák)
3. Érintett személyek, megkeresések típusai
4. Van e célcsoport, vagy általánosítható technika?
5. Milyen hosszú folyamat után érhető el eredmény?
6. Felismerés utáni folyamat hogyan alakul?
7. Mivel áll/állhat összefüggésben?
8. Vélemény a gyógyszeres kezelésről vélemény