

**A Képességek és Nehézségek Kérdőív alkalmazásának kérdésköre  
tanulásban akadályozott gyermekek körében**

## Tartalomjegyzék

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Bevezetés.....                                                                                | 5  |
| 2. Elméleti háttér .....                                                                         | 6  |
| 2.1. Gyógypedagógiai fogalmak meghatározása.....                                                 | 6  |
| 2.2. A gyermek és serdülőkori mentális és viselkedés zavarok meghatározása, csoportosítása ..... | 7  |
| 2.2.1. Internalizáló zavarok: szorongás, depresszió .....                                        | 8  |
| 2.2.2. Externalizáló zavarok: hiperkinetikus zavar, magatartás zavar.....                        | 10 |
| 2.3. A mentális és viselkedés zavarok gyakorisága gyermek és serdülőkorban.....                  | 11 |
| 2.4. Mentális és viselkedés zavarok értelmi fogyatékos gyermekek és serdülők körében .....       | 12 |
| 2.5. Mentális és viselkedés zavarok vizsgálata a Képességek és Nehézségek Kérdőívvel .....       | 14 |
| 3. Módszerek .....                                                                               | 18 |
| 3.1 A kutatás célja .....                                                                        | 18 |
| 3.2. Hipotézisek.....                                                                            | 18 |
| 3.3. Minta .....                                                                                 | 18 |
| 3.4. Mérészköz .....                                                                             | 20 |
| 3.5. Adatfelvétel .....                                                                          | 21 |
| 3.6. Adatelemzési eljárások.....                                                                 | 21 |
| 4. Eredmények és értelmezésük .....                                                              | 22 |
| 4.1. A mérőeszközökre vonatkozó eredmények.....                                                  | 22 |
| 4.1.1. A tanulói kérdőív vizsgálata.....                                                         | 22 |
| 4.1.2. A kérdőív tanári változatának vizsgálata.....                                             | 25 |
| 4.2. A mérőeszközre vonatkozó eredmények összefoglalása.....                                     | 26 |
| 4.3. A kérdőív skáláin elért értékek elemzése .....                                              | 27 |
| 4.3.1. Az érzelmi tünetek skálán elért értékek.....                                              | 27 |
| 4.3.2. A viselkedési problémák skálán elért értékek .....                                        | 28 |
| 4.3.3. A hiperaktivitás skálán elért értékek .....                                               | 29 |
| 4.3.4. A kortárskapcsolati problémák skálán elért értékek.....                                   | 31 |
| 4.3.5. A proszociális viselkedés skálán elért értékek .....                                      | 32 |
| 4.3.6. Az összesített probléma skálán elért értékek.....                                         | 33 |
| 4.3.7. A kérdőív skálákon elért értékek összefoglalása.....                                      | 35 |
| 4.4. Összefüggés vizsgálatok.....                                                                | 36 |
| 4.4.1. A kérdőívskálák közötti összefüggések .....                                               | 36 |
| 4.4.2. A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggései.....                                      | 38 |
| 4.5. A problémákra utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata .....                            | 39 |

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.5.1. A háttérváltozók ismertetése .....                                                                                  | 39 |
| 4.5.2. Tanulásban akadályozott gyermekek problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolata                          | 40 |
| 4.5.2.1. Az érzelmi tünetetek és a háttérváltozók kapcsolata .....                                                         | 40 |
| 4.5.2.2. A viselkedési problémák és a háttérváltozók kapcsolata.....                                                       | 40 |
| 4.5.2.3. A hiperaktivitás tünetei és a háttérváltozók kapcsolata.....                                                      | 41 |
| 4.5.2.4. A kortárskapcsolati problémák és a háttérváltozók kapcsolata .....                                                | 41 |
| 4.5.2.5. A proszociális viselkedés zavarára utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata .....                             | 42 |
| 4.5.2.6. Az összesített probléma skálán elért pontszámok és a háttérváltozók kapcsolata.....                               | 42 |
| 4.5.2.7. A tanulásban akadályozott tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók<br>kapcsolatának összegzése ..... | 43 |
| 4.5.3. A normál intellektusú tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolata .....                        | 44 |
| 4.5.3.1. Az érzelmi tünetek és a háttérváltozók kapcsolata.....                                                            | 44 |
| 4.5.3.2. A viselkedési problémák és a háttérváltozók kapcsolata.....                                                       | 44 |
| 4.5.3.3. A hiperaktivitás tünetei és a háttérváltozók kapcsolata.....                                                      | 44 |
| 4.5.3.4. A kortárskapcsolati problémák és a háttérváltozók kapcsolata .....                                                | 45 |
| 4.5.3.5. A proszociális viselkedés zavarára utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata .....                             | 45 |
| 4.5.3.6. Az összesített probléma skálán elért pontszámok és a háttérváltozók kapcsolata.....                               | 45 |
| 4.5.3.7. A normál intellektusú tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolatának<br>összegzése .....     | 46 |
| 4.6. Az eredmények összegzése .....                                                                                        | 46 |
| 4.6.1. Hipotézisek igazolása .....                                                                                         | 46 |
| 4.6.2. Eredmények összefoglalása, következtetések .....                                                                    | 47 |
| 5. Összegzés .....                                                                                                         | 50 |
| Irodalom .....                                                                                                             | 53 |
| 1. számú melléklet.....                                                                                                    | 59 |
| 2. számú melléklet.....                                                                                                    | 60 |

## Táblázatok jegyzéke

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. táblázat. A szülők iskolai végzettségének százalékos megoszlása.....                                 | 19 |
| 2. táblázat. A tünetpontszámok értelmezése.....                                                         | 21 |
| 3. táblázat. A tanulói kérdőív skáláinak reliabilitása.....                                             | 22 |
| 4. táblázat. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása a tanulói kérdőíveken ..... | 24 |
| 5. táblázat. A tanári kérdőív reliabilitása.....                                                        | 25 |
| 6. táblázat. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása a tanári kérdőíven.....     | 26 |
| 7. táblázat. Az érzelmi tünetek skálán elért átlagpontszámok .....                                      | 27 |
| 8. táblázat. Az érzelmi tünetek skálapontszám alapján képzett kategóriák.....                           | 28 |
| 9. táblázat. A viselkedési problémák skálán elért átlagpontszámok.....                                  | 28 |
| 10. táblázat. A viselkedési problémák skálapontszám alapján képzett kategóriák.....                     | 29 |
| 11. táblázat. A hiperaktivitás skálán elért átlagpontszámok.....                                        | 30 |
| 12. táblázat. A hiperaktivitás skálapontszámok alapján képzett kategóriák.....                          | 30 |
| 13. táblázat. A kortárskapcsolati problémák skálán elért átlagpontszámok .....                          | 31 |
| 14. táblázat. A kortárskapcsolati problémák skálapontszámok alapján képzett kategóriák .....            | 32 |
| 15. táblázat. A proszociális viselkedés skálán elért átlagpontszámok.....                               | 32 |
| 16. táblázat. A proszociális viselkedés skálapontszámai alapján képzett kategóriák.....                 | 33 |
| 17. táblázat. Az összesített probléma skálán elért átlagpontszámok .....                                | 34 |
| 18. táblázat. Az összesített problémák skálapontszáma alapján képzett kategóriák .....                  | 34 |
| 19. táblázat. A gyakran együtt járó zavarokat jellemző skálák közötti összefüggések .....               | 37 |
| 20. táblázat. A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggései .....                                     | 39 |

## 1. Bevezetés

A mentális és viselkedés zavarok előfordulása igen gyakori gyermek és serdülőkorban, főként értelmi fogyatékos személyek körében (Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011). A viselkedési problémák és a mögöttük húzódó pszichés érintettség minél hamarabbi felismerése fontos feladat mind értelmi fogyatékos, mind pedig ép intellektusú gyermekek körében, mert a felnőttkori mentális betegségek csaknem fele serdülőkorban gyökerezik (Kovacs és Sharp, 2014; Matson, Belva, Hattier és Matson, 2012; Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gádoros, 2013). Az externalizáló, internalizáló és a kevert érzelmi és viselkedési zavarokat magába foglaló pszichiátriai rendellenességek aránya óvodáskorú gyermekek körében 8,3 százalék, serdülőkor előtti gyermekek között 12,2 százalék, míg serdülőkorban 15 százalék világszerte (Ginige, Tennakoon, Wijesinghe, Liyanage, Herath, és Bandara, 2014).

A viselkedési problémák és pszichés zavarok egyszerű és gyors szűrésére alkalmas a Képességek és Nehézségek Kérdőív, melynek önkitöltős, szülői és tanári változatának használatából származó eredményeket hazánkban csak normál intellektusú populáción belül vizsgáltak (pl. Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai, 2008; Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gádoros, 2013; Turi, Tóth és Gervai, 2011). Értelmi fogyatékos személyek pszichés és viselkedési problémáit feltáró nemzetközi vizsgálatokban többnyire a kérdőív szülői és/vagy tanári változatának használata jellemző (pl. Glenn, Cunningham, Nananidou, Prasher és Glenholmes, 2013; Kaptein, Jansen, Vogels és Reijneveld, 2008; Oesburg, Jansen, Groothoff és Reijneveld, 2010). A kérdőív önkitöltős változatát Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts (2013) alkalmazta elsőként tanulásban akadályozott gyermekek mintáján. A kérdőív egyes itemeit a tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazodva egyszerűsítették. Eredményeik szerint a módosított változat megbízhatónak és érvényesnek bizonyult.

Dolgozatom célja tanulásban akadályozott gyermekek viselkedési problémáinak vizsgálata a Képességek és Nehézségek Kérdőív tanári és önkitöltős változatának használatával. Dolgozatomban a kérdőív önkitöltős változatának Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts (2013) által egyszerűsített, tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazított módosítását kívánom adaptálni és hazai mintán először kipróbálni. További célom a kérdőív pszichometriai jellemzőinek vizsgálata, valamint a tünetpontszámok meghatározása és az eredmények összehasonlítása tanulásban akadályozott és normál intellektusú minta között.

## 2. Elméleti háttér

### 2.1. Gyógypedagógiai fogalmak meghatározása

A gyógypedagógiai irányultságú kutatások jellemző problémája, hogy a hazai speciális fogalmak és definíciók tartalma gyakran nem azonos a külföldi szakirodalomban használt definíciók tartalmával, a szakterminusok és klasszifikációs rendszerek országonként eltérőek, amely gyakran megnehezíti a nemzetközi kutatási eredmények hazai felhasználását (*Fejes és Szenczi, 2010*). A gyógypedagógiai ellátást igénylő gyermekek és serdülők pszichés zavaraira vonatkozó kutatási eredmények elsősorban angol nyelven érhetők el. E jelenség indokolttá teszi a hazai gyógypedagógiai alapfogalmak meghatározását és a nemzetközileg használt fogalmakkal való megfeleltetését, az angol nyelvű terminológiára fókuszálva.

Az értelmi fogyatékoság *Spaller és Spaller (2006)* meghatározása szerint a központi idegrendszer olyan zavara, amelynek kialakulását születés közben vagy után elszenvedett sérülések, öröklődés, illetve etiológiailag tisztázatlan tényezők eredményeznek. Az intellektuális sérülés mértéke szerint megkülönböztetünk enyhe-, közép súlyos- és súlyos értelmi fogyatékoságot. Napjainkban az értelmi fogyatékoság elnevezés helyett az intellektuális képességzavar kifejezés használata javasolt, mely megjelölés *Lányiné (2009)* szerint, azokra a személyekre vonatkozik, akik esetében az intellektuális-kognitív működések, illetve a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás akadályozottsága áll fenn. Az intellektuális képességzavar magába foglalja az értelmileg akadályozottság és tanulásban akadályozottság fogalmát. Értelmileg akadályozottak körébe tartoznak a közép súlyos, súlyos értelmi fogyatékos személyek. A tanulásban akadályozottak csoportját az enyhe értelmi fogyatékos személyek és azok a gyermekek alkotják, akik a tartósan hátrányos szociális környezet hatására lelassult neurológiai érés következtében a hagyományos általános iskolai feltételek között optimálisan nem fejleszthetők (*Gordosné, 2004; Szabó, 2008*).

A hazai gyógypedagógia fogalmi rendszerében a kilencvenes évek végén jelent meg a tanulási korlátok gyűjtőfogalom, mely magába foglalja a tanulási nehézség, tanulási zavar és tanulásban akadályozottság kategóriákat (*Fejes és Szenczi, 2010*). A tanulási nehézség vagy gyengeség csak bizonyos tantárgyakat vagy tanulási helyzeteket érint, és háttérben legtöbbször környezeti tényezők állnak, ugyanakkor általában az átlagosnál valamivel alacsonyabb intelligenciaszint esetén jelentkezik (*Gaál, 2000; Szabó, 2008*). A tanulási zavar egyes képességterületeket (általában számolás, írás, olvasás, beszéd) érintő tartós és súlyos neurogén probléma, mely bármely intelligenciaszint mellett előfordulhat (*Gaál, 2000; Szabó, 2008*). A tanulásban akadályozottság több képességterületet felölelő, a tanulás minden

területén átfogóan jelentkező tartós és súlyos probléma, melynek háttérében enyhe értelmi fogyatékoság és/vagy tartósan hátrányos szociális környezet miatt bekövetkező lelassult neurológiai érés áll (Gaál, 2000; Szabó, 2008).

A BNO-10 (2004) a mentális retardáció kifejezést használja az értelmi fogyatékoságok megjelölésére, mely állapot a fejlődés során megjelenő, az intellektus minden szintjét érintő készségek romlásával jár. A nemzetközi szakirodalom a mentális retardáció (*mental retardation*) kifejezést a klasszikus értelmi fogyatékoság megnevezésére használja, melyet az intellektuális képességzavar (*intellectual disability*) terminus folyamatosan kezd felváltani (Csákvári és Mészáros, 2012). A hazai és nemzetközi gyógypedagógiai fogalmak teljes megfeleltetése azonban Fejes és Szenczi (2010) szerint nehezen megoldható az elérő diagnosztikai gyakorlatok és a meghatározások tartalmi különbségei miatt. Ugyanakkor a feltárt hasonlóságok alapján egyes szakterminusok közelítenek egymáshoz. Az amerikai terminológiában használatos enyhe értelmi fogyatékoság (*mild intellectual disability*) feleltethető meg leginkább a tanulásban akadályozottság fogalmának. A tanulási zavar kategóriát a *learning disability* fogalma jelöli az amerikai szakirodalomban, azonban Nagy-Britanniában az értelmi fogyatékoság gyűjtőfogalom megfelelője (Csákvári és Mészáros, 2012). Az amerikai szakirodalomban használt *slow learners* vonatkozhat a tanulásban akadályozott tanulókra (nehezen tanuló alcsoporthoz), illetve a tanulási nehézséggel küzdő tanulókra átlagosnál alacsonyabb IQ esetén.

## 2.2. A gyermek és serdülőkorai mentális és viselkedés zavarok meghatározása, csoportosítása

A gyermekkori pszichés zavarok kialakulásában biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttesen játszanak szerepet (Tringer, 2010; Vetró és Kapornai, 2008). A pszichés kórképek létrejöttét a gyermek genetikai adottságai, fizikális károsodások és betegségek, temperamentumbeli eltérések, valamint a gyermeket körülvevő környezeti tényezők befolyásolják (Gácsér, 2006). A zavarok meghatározása és értelmezése során meg kell különböztetnünk, hogy mi alapján különítjük el a normálist az abnormálistól. Ez a feladat azonban korántsem egyszerű, mivel a kategorizálásban számos tényező szerepet játszik. Vajda (2005) e két fogalomkör különválasztása és kritériumainak definiálása során a fejlődési normát tekinti irányadónak. Szerinte az átlagra vonatkozó tapasztalati és mérési eredmények ismeretében válik csak felismerhetővé a gyermekek közötti eltérés, mely az adekvát korrekciós munka feltétele. Ezzel szemben a fejlődési pszichopatológia egy folytonos átmenet feltételez a két kategória között, megközelítésében nem választja el éles határ a normalitást és

abnormalitást. E felfogás szerint a mentális betegségek kialakulásának megértésében a fejlődés során felmerülő kockázati tényezők feltárása és pontosítása szükséges, így a zavarok létrejöttében a biológiai, pszichológiai és szociális szintek kölcsönhatása játszik szerepet (Bottcher és Dammeyer, 2013; Péley, 2013). A fejlődési pszichopatológia képviselői a nevelés és a pszichiátria kapcsolatának fontosságát hangsúlyozzák, ugyanis azonos jelenséget, a pszichológiai fejlődést vizsgálják eltérő fogalmi keretek között (Vajda, 2005). Tringer (2010) szerint a zavarok értelmezése és kórossá nyilvánítása során a normára vonatkozó valamennyi megközelítési módot figyelembe kell venni, továbbá tekintettel kell lenni a szenvedés-kritérium szempontjaira, vagyis, hogy az egyén a pszichés egyensúly zavarát belsőleg éli meg, vagy a zavar kivetül a környezetére. Az érzelmi életben és viselkedésben megjelenő zavarokat a jelentkező tünetek szerint, tehát két csoportba sorolhatjuk. Az externalizáló zavarok, azokat a viselkedésben megjelenő problémákat foglalják magukba, amelyek elsősorban a környezet számára zavaró magatartásban nyilvánulnak meg, míg az internalizáló zavarok többnyire az egyén érzelmi életben mutatkoznak meg, a jelentkező tünetek inkább az egyén számára okoznak nehézséget, anélkül, hogy az a környezet felé feltűnő módon megjelenjen (Kottlár, 2006; Tringer, 2010). Eigner (2012) szerint az olyan internalizáló zavarok, mint pl. a gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok, hangulatzavarok, depresszió és szorongásos zavarok a későbbiekben manifesztálódhatnak és többek között szorongásos típusú személyiségzavarok kialakulásához vezethetnek. Az externalizáló zavarok körébe tartozó beilleszkedési, alkalmazkodási, magatartási zavarok súlyosbodása, felerősödése az életkorral antiszociális viselkedéshez, illetve antiszociális személyiségzavar kialakulásához is vezethetnek. A kevert érzelmi és viselkedési zavarok körébe tartozó agresszív, disszociális vagy kihívó magatartás kombinálódhat depresszióval, szorongással vagy más emocionális zavarral.

### 2.2.1. Internalizáló zavarok: szorongás, depresszió

A szorongás és a félelem fogalma összekapcsolódik, ugyanakkor egymástól eltérő jelenség. Alapvető különbség, hogy a félelem egy ingerre adott közvetlen válasz, melynek minden esetben tárgya van és ennek a személy tudatában van, a szorongás azonban kialakulhat nyilvánvaló ok nélkül (Li és Morris, 2007; Urbán, 2004). Az *American Psychiatric Association* (2000) meghatározása kiemeli, hogy a szorongás egy jövőbeni külső vagy belső veszélyre irányuló feszültséggel teli érzelem, melyet hangulatzavar és szomatikus tünetek is kísérnek. Optimális szinten a szorongás normálisnak tekinthető, mivel motiváló erővel bír, védelmi funkciót tölt be és segíti a felmerülő akadályokkal való megküzdést (Cooray és

Bakala, 2005). Ha azonban ez a szint meghaladja a normális értéket, akkor akadályozza a mindennapi életvitelt, ugyanis a szorongásos zavarral küzdő személy igyekszik elkerülni minden olyan ingert vagy helyzetet, mely feszültségét aktiválja (Whiteside, Gryczkowski és Ale, 2013). A szorongásnak, mint bármely érzelmi reakciónak, fiziológiai, viselkedéses, motoros, kognitív és verbális összetevői vannak (Tringer, 2010). A szorongásos zavar diagnózisa abban az esetben állapítható meg, ha a szorongás tünetei uralkodóvá válnak (Gádos, 2008).

A gyermekkorban megjelenő félelem és szorongás általános jelenség. Bizonyos félelmek természetesen jelennek meg a gyermekek fejlődése során, melyek tárgya az életkor előrehaladtával változik. Jellemző az iskolás évek alatt megjelenő félelem és érzékenység a tanulmányi teljesítményre, iskolai helytállásra vonatkozóan, majd később a társas kapcsolatok alakulására vonatkozó félelmek is dominánssá válnak (Li és Morris, 2007). Ugyanakkor a szorongásos zavar az egyik leggyakoribb pszichológiai rendellenesség gyermekkorban, mely a gyermekek 10-20 százalékát érinti (Gallegos, Langley és Villegas, 2012). A gyermekkori szorongásos zavarok felismerése és kezelése azért is kiemelten fontos feladat, mert amennyiben a zavart nem kezelik, úgy a szorongás felnőtt korban is gátolhatja az egyén tevékenységét az élet számos területén, így akadályozva a normális életvezetést (Whiteside, Gryczkowski és Ale, 2013).

A depresszió elsősorban általános rosszkedvben, általános érdektelenségben, alvászavarban, koncentrációképesség gyengülésében, étvágytalanságban, pszichomotoros agitációban vagy gátoltságban megnyilvánuló hangulati zavar (Bernard, 2009; Vajda, 2005). A depresszió kialakulásában genetikai, környezeti és kognitív tényezők is szerepet játszanak (Oláh, 2008). Gácsér (2007) a betegség ismertetésében kiemeli, hogy amennyiben a betegség lefolyásába beavatkozás nem történik, a depressziós epizód általában 8-10 hónapig áll fenn, melyet spontán remisszió követhet. Azonban az esetek 70 százalékában a betegség öt éven belül kiújul. A kezeletlen depresszió növeli a drogfogyasztás, öngyilkosság kockázatát és további rizikót jelent fizikális betegségek kialakulására, illetve deviáns életvezetésre. A gyermekkori depresszió az érzelmi, szociális, kognitív és az interperszonális készségeket is negatívan befolyásolja, továbbá kedvezőtlen hatással van a gyermek énképére és a szülő-gyermek kapcsolatra (Battaglio és Makkar, 2011; Urbán, 2004). A gyermekkori depresszió központi jellemzői a belső, stabil, globális attribúciók, a kognitív torzítások és a reménytelenség érzés (Schepman, Fombonn, Collishaw és Taylor, 2014). A depresszió Oláh (2008) szerint, főként prepubertás és fiatal serdülőkorban jelentkezik koncentráltan, mely megállapítás egyik oka, hogy a depresszió az egyértelmű kritériumok hiányában

kisgyermekkorban általában nem kerül diagnosztizálásra. Ugyanakkor a serdülőkorban jelentkező depresszió prevalenciájának növekedése a fejlődés során bekövetkező biológiai változásokkal is összefüggésbe hozható.

### 2.2.2. Externalizáló zavarok: hiperkinetikus zavar, magatartás zavar

A hiperkinetikus zavar az élet korai szakaszában (rendszerint az első öt életévben) kialakuló betegségcsoport, melyre jellemző a kognitív funkciókat érintő feladatokban a kitartás és figyelem hiánya, a rendezetlen és túlzott mértékű aktivitás, impulzivitás (BNO-10, 2004). A primer figyelemzavar mellett jelentkező motoros nyugtalanság, mozgásos szertelenség és impulzivitás miatt a kórképet újabban figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarnak (ADHD) is nevezik (Tringer, 2010). Kialakulásának okaiban a gyermek temperamentuma, genetikai öröklődés, központi idegrendszer sérülései, toxikus ártalmak, valamint a gyermeket körülvevő környezeti tényezők játszanak szerepet (Gácsér, 2006). A hiperkinetikus zavar ismertetése során Herczeg és Fülöp (2008) kiemeli az alacsony szocioökonómiai státusz, a családi stressz és a viselkedésben megnyilvánuló tünetek összefüggéseit. A hiperkinetikus zavarral küzdő gyermekek körében gyakran fennáll a végrehajtó funkciók működésének zavara, a szociális készségek fejletlensége és az érzelmi szabályozás gyengesége, továbbá megfigyelhető, hogy átlagos vagy magas intelligencia mellett is alacsony iskolai teljesítmény és kortárs kapcsolati problémák jellemzőek (Halldorsdottir és Ollendick, 2014). E zavart az egyik leggyakoribb gyermek és ifjúságpszichiátriai kórképek közé sorolják, azonban a gyakoriság ellenére gyakran nem vagy későn diagnosztizálják, a környezet a tüneteket esetenként a gyermek személyiségének (megváltoztathatatlan) részeként, valamint a rossz neveltetés következményeként értelmezik (Glozman és Shevchenko, 2014). A hiperkinetikus zavar gyakran fordul elő együtt más kórformákkal, melyek közül leggyakoribb a szorongás, továbbá gyakran társul tanulási és magatartási zavarokhoz (Herczeg és Fülöp 2008; Killeen, Russel és Sergeant, 2013; Rodríguez, González-Castro, García, Núñez és Alvarez, 2014).

A magatartászavarra a visszatérő és tartós disszociális, agresszív vagy dacos magatartás jellemző, mely kórkép fennállása esetén az egyén viselkedése szociálisan nem fogadható el (BNO-10). A magatartási zavar kialakulásában egyszerre több kiváltó ok játszik szerepet, ezért Csík (2008) szerint a leghasznosabb megközelítés, ha az etiológiai faktorokat külső és belső tényezőkre osztjuk. Külső faktorok között szerepelnek a szociokulturális hatások (alacsony szocioökonómiai státusz), a tömegkommunikációs hatások (fizikai erőszak, agresszió közvetítése), valamint a szülői és nevelői módszerek (bántalmazás, hideg, elutasító

nevelés, családon belüli erőszak). Belső faktorok közé soroljuk a biológiai tényezőket (nem, öröklődés) és a szomatikus, neurológiai tényezőket (központi idegrendszer zavarai, vulnerabilitás). Pszichológiai faktorok között hajlamosítható tényező lehet az alacsony intelligencia, a szóbeli kifejezőkészség hiányosságai, gyenge problémamegoldó készség, kapcsolati problémák, valamint a csökkent önértékelés (Csík, 2008; Gácsér, 2006). A magatartási zavar fajtái között megkülönböztetjük a családi körre korlátozódó magatartási zavart, a kortárs csoportba be nem illeszkedők, illetve a kortárs csoportba illeszkedők magatartászavarát, valamint a nyílt oppozíciós zavart (BNO-10, 2004).

### 2.3. A mentális és viselkedés zavarok gyakorisága gyermek és serdülőkorban

A mentális és viselkedési zavarok előfordulása egyre gyakoribb gyermek és serdülőkorban (Turi, Tóth és Gervai, 2011). Az externalizáló, internalizáló és a kevert érzelmi és viselkedési zavarokat magába foglaló pszichiátriai rendellenességek aránya óvodáskorú gyermekek körében 8,3 százalék, serdülőkor előtti gyermekek között 12,2 százalék, míg serdülőkorban 15 százalék világszerte (Ginige, Tennakoon, Wijesinghe, Liyanage, Herath, és Bandara, 2014).

A serdülőkor a biológiai, pszichológiai és szociális változásnak köszönhetően különösen érzékeny életszakasznak tekinthető, mely során a központi idegrendszert érintő neuróbiológiai változások közrejátszanak a serdülők érzelmi sebezhetőségének létrejöttében (Költő és Zsiros, 2013). A serdülőkor az egyik legfontosabb szakasz a mentális egészség szempontjából, ugyanis ez az érzékeny fejlődési periódus számos pszichiátriai kórkép kialakulásának lehet táptalaja, mely magába foglalja többek között a depresszió, valamint a magatartászavar kialakulásának kockázatát (Johnson és Wolke, 2013). A mentális és érzelmi zavarokat átélő fiatalok még nem rendelkeznek saját egészségi állapotukra vonatkozó szilárd összehasonlítási alappal, nem kompetensek saját problémáik felismerésére, ezért környezetüknek nagy felelőssége van a jelentkező tünetek felismerésében (Susánszky és Szántó, 2008; Turi, Tóth és Gervai, 2011).

A magyar serdülők lelki egészségének vizsgálatára irányuló kutatás eredményei alapján Költő és Zsiros (2013) megállapították, hogy hazánkban a 11-18 éves korosztály 22,3 százaléka depresszív hangulatú, melynek jelentős része (18,7 százalék) a rossz anyagi helyzetű családok gyermekeiből tevődik össze. Az Egészségügyi Minisztérium (2005) jelentése szerint a serdülőkor folyamán jelentkező hangulati zavarok közül az enyhe depresszió előfordulásának aránya Európában 17-22 százalék körüli, a súlyos depresszió

előfordulásának aránya 1-2 százalék körülire tehető. Hazánkban végzett pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az érzelmi és viselkedési problémák, a pszihoszomatikus panaszok, valamint a szorongás gyermekek 1/5-ét érinti. A gyermekek 18-28 százalékánál jelentkezik agresszív magatartás, és 16 százalék jellemezhető deviáns magatartással. Az *Állami Számvevőszék* (2012) jelentésében, hazai és nemzetközi szinten végzett vizsgálatok eredményei szerint a mentális kórállapotok a 4-17 éves korú gyermekek között 15,8 százalékra tehető.

További vizsgálatok eredményei szerint a szorongás az iskoláskor előtti gyermekek 2-3 százalékát érinti, melyet iskolába lépés után átmeneti csökkenés követ, azonban a szorongás gyakorisága serdülőkorban – elsősorban lányok körében – jelenős emelkedést mutat (Susánszky és Szántó, 2008). A gyakori gyermek és ifjúságpszichiátriai megbetegedések közé tartozik a hiperkinetikus zavar is, melynek előfordulási aránya iskolás gyermekek között 3-12 százalék közöttire tehető (Herczeg és Fülöp, 2008).

#### 2.4. Mentális és viselkedés zavarok értelmi fogyatékos gyermekek és serdülők körében

A mentális és viselkedési zavarok gyakrabban jelentkeznek értelmi fogyatékos gyermekek és serdülők között, mint ép intellektusú kortársaik körében (Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts, 2013). Értelmi fogyatékos személyek körében a pszichiátriai kórképek valamennyi típusa előfordulhat, melyek prevalenciája legalább három-négyszer nagyobb, mint a normál intellektusú populációban (Vetró, 2008). Nemzetközi szinten már megindultak az értelmi fogyatékoság és pszichés zavarok kapcsolatának feltárására irányuló empirikus vizsgálatok, azonban hazánkban ez a tendencia még kevésbé érezhető. Számos esetben az értelmi fogyatékos gyermekek viselkedéses és érzelmi tüneteit a csökkent intellektuális képességgel magyarázzák, melynek következtében a pszichés zavarokat gyakran nem diagnosztizálják (Ahuja, Martin, Langley és Thapar, 2013). Nemzetközi vizsgálatok eredményei azonban azt mutatják, hogy értelmi fogyatékos személyek körében nagyobb a kockázat a mentális és viselkedési problémák kialakulására, illetve, hogy esetükben a viselkedési és magatartási problémák erős együtt járást mutatnak különböző pszichiátriai kórképekkel (pl. King, Lacy, és Siegel, 2014; Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011). A pszichés zavarok kialakulásának fokozott kockázatával Vereenoghe és Langdon (2013) is egyetért, melynek okát a kedvezőtlen életeseeményekben és a geneteikai vulnerabilitásban látják. Azonban felhívják a figyelmet arra, hogy az értelmi fogyatékos személyek között megjelenő pszichés zavarok prevalenciája

nehezen meghatározható, ugyanis a releváns epidemiológiai vizsgálatok különböző mérési eljárásokkal, különböző diagnosztikai kritériumok mentén eltérő alcsoportokat tanulmányoztak. Ugyanakkor a rendelkezésre álló adatok birtokában az értelmi fogyatékosok között megjelenő pszichés zavarok gyakorisága 10 és 39 százalék közé tehető.

Az értelmi fogyatékos gyermekek körében megjelenő pszichés zavarok *Rojahn és Meier* (2009) szerint megközelítőleg négyszer gyakrabban fordulnak elő, mint ép intellektusú gyermekek között. A maladaptív viselkedés prevalenciája 0,1 és 23 százalék között mozog. Szerintük a mentális betegségek és a kognitív képességek között nincs kapcsolat, azonban az olyan maladaptív viselkedés, mint az önkárosító és sztereotip viselkedés erős negatív összefüggésben áll a kognitív képességek szintjével. Az intellektuális károsodás mellett gyakran megjelenő szociális inadaptáció magatartási rendellenességekben juthat kifejezésre (*Vetró, 2008*). *Radványi* (2008) szerint értelmi fogyatékos személyek esetében megnő a kockázata a megjelenő tünetetek esetleges félreértelmezésének. Nem ritka jelenség, hogy a kognitív képességek gyengeségéből adódó viselkedési problémák, illetve csökkent figyelmi kapacitás magatartásprobléma diagnózisához vezet. Ezért értelmi fogyatékos személyek között kiemelten fontos a jelentkező tünetek és a viselkedés több szempontú megközelítése, elemzése.

Értelmi fogyatékos gyermekek körében jelentkező pszichés zavarokat vizsgált *Koskentaustai, Iivanainen és Almqvist* (2004) a Child Behavior Checklist kérdőív (CBCL) szülői és tanári változatának használatával. Az eredményeket ép intellektusú gyermekek mintájával összehasonlítva azt találták, hogy enyhe értelmi fogyatékos gyermekek körében nagyobb arányban jelennek meg pszichés zavarokra utaló tünetek. Vizsgálatuk során megállapították, hogy a kérdőív a pszichés zavarral küzdő enyhe értelmi fogyatékos gyermekeket megfelelően diszkriminálja, azonban középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos gyermekek körében a mérőeszköz kevésbé megbízhatóan használható. Erre a jelenségre hívja fel a figyelmet *Tringer* (2010), aki szerint az egyes pszichiátriai zavarok felismerhetősége az értelmi fogyatékoság súlyosságának mértékével áll összefüggésben. Enyhe fokú fogyatékoság esetén a tünettan nem változik jelentős mértékben, azonban a súlyosabb fokú fogyatékoság következtében a mentális műveletek szegénysége, az ismeretanyag hiányosságai, valamint a kommunikációs készség gyengesége jelentősen nehezítik az adott kórkép klasszikus tüneteinek felismerését.

*Hermans és Evenhuis* (2012) szerint az értelmi fogyatékos személyek érzékenysége a pszichés zavarok kialakulásában a negatív életeseményekkel áll összefüggésben. Szerintük az értelmi fogyatékos személyek gyakran más élethelyzetekkel szembesülnek, mint ép

intellektusú embertársaik, melynek okát az eltérő életkörülményekben, a stresszel való megküzdési képesség módjában és az életük feletti kontroll korlátozottságában látják. *Radványi* (2007) szerint a fogyatékos személyek, olyan frusztrációkkal szembesülnek, mint a leválás nehézségei, kommunikációs korlátok, a környezet előítéletei vagy a tájékozottság hiánya. Az, hogy ezen frusztrációkra egy személy, hogyan reagál az egyénre szabott. Azonban a fogyatékos ténye miatt az alkalmazható megküzdési stratégiák köre eleve beszűkül, így a stresszel való célirányos megküzdés nehezítetté válik.

*Bottcher* és *Dammeyer* (2013) kísérletet tett arra vonatkozóan, hogy megmagyarázzák a kapcsolatot az akadályozottság és a pszichés rendellenességek között pszichopatológiai és fogyatékosági modelleken keresztül. Eredményeik szerint az akadályozottság magas kockázatot jelent a pszichés zavarok kialakulására, azonban ez a kockázat az akadályozottság mértékével nincs összefüggésben. A pszichopatológiai zavarok kialakulásának kockázatát biológiai tényezők önmagukban nem magyarázhatják. Többtényezős pszichopatológiai szempont mentén elemezve a hagyományos fogyatékosági modellt úgy értelmezték az akadályozottságot, mint inkongruencia az egyéni képességek és a környezet általános elvárásai között. Ez az inkongruencia az, amely létrehozza és erősíti azokat a negatív tényezőket az akadályozottsággal élő személyben, melyek növelik a kockázatot a pszichés zavarok kialakulására. Hasonlóan fogalmaz *Radványi* (2007) aki szerint akadályozottsággal élő személyek esetén a viselkedési problémák nem a sérülés velejárói, hanem gyakran az őket körülvevő környezet általános elvárásainak, reakcióinak a visszatükröződése. Az elvárásokra, reakciókra adott negatív válaszok a későbbiekben igazolásként szolgálnak a környezet számára és az előítéletek felerősödéséhez vezethetnek. Ez a negatív körforgás, pedig előidézheti a viselkedési problémákra való hajlam kifejeződését.

## 2.5. Mentális és viselkedés zavarok vizsgálata a Képességek és Nehézségek Kérdőívvel

A viselkedési problémák és pszichés zavarok egyszerű és gyors szűrésére alkalmas a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ). A *Goodman* (1997) által kifejlesztett, széles körben használt mérőeszköz lehetővé teszi a 4-16 éves korú gyermekek nehézségeinek és erősségeinek vizsgálatát. Az öt skálából álló kérdőív a szülők és pedagógusok kikérdezésével 4 éves kortól használható, 11 éves kortól önkitöltős formában is alkalmazható, mely lehetővé teszi a problémák több szemszögből történő vizsgálatát (*Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gáboros*, 2013). Az érzelmi tünetek, viselkedési problémák, hiperaktivitás és kortárskapcsolati problémák skála, továbbá ezen skálák összegzésével nyert összesített probléma pontszám alapján a gyermekek nehézségei határozhatók meg, míg a proszociális

viselkedés skála által a gyermekek erősségeiről kaphatunk információt. (Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai, 2008). A kérdőív fontos funkciója, hogy képes a problémás esetek gyors szűrésére: az érzelmi tünetek skála többek között a depresszióval, fóbiával, szorongással; a viselkedési problémák skála a viselkedési zavarral; a hiperaktivitás skála az ADHD diagnózisával hozható összefüggésbe, a kortárskapcsolati és proszociális skála, pedig valamennyi diagnózissal kapcsolatba hozható (Turi, Tóth és Gervai, 2011).

Hazánkban elsőként Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai (2008) alkalmazta az SDQ-Magy kérdőívet nem-klinikai mintán. A vizsgálatban hatéves gyermekek vettek részt, a kérdőíveket a gyermekek szülei töltötték ki. Eredményeik szerint a kérdőív skáláinak belső konzisztenciája mérsékelt-kielégítő volt. A vizsgált korcsoport összesített probléma pontszám átlaga 11,0, mely más nyugat-európai és észak-amerikai vizsgálatok eredményeihez viszonyítva magasnak tekinthető. A nemek szerinti összehasonlítások eredményei megegyeztek más nemzetközi vizsgálatok adataival: az érzelmi tünetek skálán és a proszociális skálán szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a lányok, míg a viselkedési problémák skálapontszáma szignifikánsan magasabb volt a fiúk csoportjában. Ugyanakkor a nemek szerint összehasonlított összesített probléma pontszámok nem mutattak jelentős eltérést. Később Turi, Tóth és Gervai (2011) a vizsgálatot kiterjesztette idősebb életkorra és értékelők közti összehasonlításra: 12-17 éves, nem-klinikai mintán hasonlították össze a kérdőív önkitöltős, szülői és tanári változatának eredményeit. Vizsgálatuk során megállapították, hogy a kérdőív egyes skáláinak belső konzisztencia mutatói többnyire kielégítőek, továbbá, hogy leginkább megbízhatóbbnak a tanári változat mutatkozott. Hasonlóan Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai (2008) korábbi eredményeihez a lányok a proszociális viselkedés és az érzelmi tünetek, a fiúk a viselkedési problémák skálán kaptak magasabb pontszámot. Ugyanakkor jelen vizsgálatban a fiúk magasabb pontot értek el a hiperaktivitás skálán is, mely megegyezik a nemzetközi vizsgálatok eredményeivel. Az értékelők skálapontszámai között gyenge-közepes együtt járás mutatkozott. A szülők és gyermekek értékelései erősebben korreláltak egymással, mint a tanár-gyermek, illetve tanár-szülő értékelések. A kérdőív pszichiátriai kórképek közötti differenciáló erejét Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gáboros (2013) vizsgálta először klinikai mintán, a kérdőív önkitöltős és szülői változatának használatával. A kérdőív minden skálája, illetve az összesített probléma pontszám kiválóan megkülönböztette a kontroll és klinikai csoportot. Az értékelők összehasonlítása alapján, a klinikai csoportban a szülők súlyosabbnak ítélték meg gyermekük pszichés vagy viselkedési problémáit. A kérdőív egyes skáláin elért pontszámok a klinikai képnek megfelelő profilokat mutattak az összevont internalizáló, externalizáló és

kevert diagnosztikus kategóriák, valamint az egyes gyermekek diagnózisa mentén. Eredményeik szerint a kérdőív a klinikai esetek jelentős részét kiszűrte. Az SDQ kérdőív szűrőképességét bizonyítják *Essau, Sasagawa, Anastassiou-Hadjicharalambous, Guzmán és Ollendick* (2011) eredményei is, akik öt európai ország serdülőinek szorongását vizsgálták a Spence Child Anxiety Scale (SCAS) és az SDQ használatával. Eredményeik szerint a SCAS szorongás összpontszáma szignifikáns összefüggést mutat az SDQ összesített probléma pontszámával, valamint az érzelmi tünetekre vonatkozó skála pontszámaival. Kutatásuk során megvizsgálták az SDQ belső konzisztenciáját, mely országoként a mérsékelttől a kiválóig terjedt, így a mérőeszköz alkalmazását megbízhatónak találták.

Az SDQ-Magy önkitöltős, szülői és tanári változatának használatából származó eredményeket hazánkban, csak normál intellektusú populáción belül vizsgáltak (pl. *Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai*, 2008; *Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gáboros*, 2013; *Turi, Tóth és Gervai*, 2011). Értelmi fogyatékos személyek pszichés és viselkedési problémáit feltáró nemzetközi vizsgálatokban többnyire a kérdőív szülői és/vagy tanári változatának használata jellemző. *Kaptein, Jansen, Vogels és Reijneveld*, (2008) 6-12 éves értelmi fogyatékos (enyhe, közép súlyos) és normál intellektusú gyermekek pszichés és viselkedési problémáit vizsgálta az SDQ szülői változatával. Eredményeik szerint az értelmi fogyatékos gyermekek 60,9 százaléka ért el magas pontszámot, míg ez az arány az ép intellektusú gyermekek között mindössze csak 9,8 százalék. Megállapították, hogy az értelmi fogyatékos gyermekekre minden problémát feltáró skálán magasabb pontszám jellemző. Továbbá megvizsgálták, hogy milyen nemek szerinti különbségek jelentkeznek az egyes skálák tekintetében: a fiúk a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skálán, a lányok a proszociális viselkedés skálán értek el magasabb pontszámot. A nemek szerinti különbségek, tehát egyezést mutatnak más, normál intellektusú gyermekekre irányuló vizsgálatok eredményeivel. Hasonló eredményeket kapott *Oesburg, Jansen, Groothoff és Reijneveld* (2010), akik értelmi fogyatékos (enyhe, közép súlyos) serdülők két csoportját hasonlította össze az SDQ szülői változatával. Vizsgálatuk során testileg és pszichésen egészséges értelmi fogyatékos serdülőket hasonlítottak össze szomatikus vagy pszichés betegséggel küzdő értelmi fogyatékos kortársaikkal. Eredményeik szerint a krónikus betegséggel küzdő serdülők csoportja átlagosan magasabb pontszámot ért el az érzelmi és viselkedési problémák skálán, és az összesített probléma skálán egyaránt.

Down szindrómás felnőttek körében *Glenn, Cunningham, Nananidou, Prasher és Glenholmes* (2013) végzett az SDQ kérdőívvel vizsgálatot. A kérdőívet a szülők vagy gondozók töltötték ki. Eredményeik szerint, azok a személyek, akiknek diagnosztizált

internalizáló problémája volt (pl. szorongás, depresszió, fóbia) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az érzelmi tünetek skálán, mint azok, akiknél nem diagnosztizáltak pszichiátriai zavart. A pontszámok közötti különbség a személyiségzavarral küzdő felnőttek viselkedési problémák skálán elért eredményében is megmutatkozott.

A kérdőív önkitöltős változatát Haynes és mtsai (2013) alkalmazták elsőként tanulásban akadályozott gyermekek mintáján. Szerintük az SDQ kérdőív nagy előnyének tekinthető a mérőeszköz rövidege, illetve, hogy egyszerre használható az önkitöltős, a szülői és a tanári változat is, mely lehetővé teszi a problémák több szemszögből, különböző nézőpontokból való vizsgálatát és az eredmények összehasonlítását. Vizsgálatuk során a kérdőív egyes itemeit a tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazodva egyszerűsítették. Eredményeik szerint a módosított változat megbízhatónak és érvényesnek bizonyult. Haynes és mtsai (2013) vizsgálata a kérdőív önkitöltős változatának tanulásban akadályozott gyermekek mintáján történő használhatóságára fókuszált, mely során megállapították a kérdőív skálák belső konzisztencia mutatóinak értékét, valamint javaslatot tettek az elemzéshez használandó faktorstruktúrára vonatkozóan. Vizsgálatuk eredményei szerint a lányok több pontot értek el az összesített probléma skálán, mint a fiúk, arról azonban nem közöltek bővebben adatokat, hogy milyen eredményeket értek el a kérdőív egyes skáláin a tanulásban akadályozott gyermekek, továbbá vizsgálatuk nem terjedt ki normál intellektusú csoporttal történő összehasonlítására.

A tanulásban akadályozott és tipikus fejlődésű gyermekek összehasonlítására vonatkozó vizsgálatok lehetővé teszik a két csoport közötti azonosságok és különbségek feltérképezését. Az összehasonlító vizsgálatokból származó ismeretek hozzásegítenek a tanulásban akadályozott gyermekek több irányú, adekvát fejlesztéséhez. Az utóbbi években hazánkban is számos empirikus vizsgálat vállalkozott a tanulásban akadályozott és tipikusan fejlődő gyermekek összehasonlítására, melyek által a gyermekek kognitív és affektív jellemzőire vonatkozó ismeretekkel gazdagodtunk (pl. Józsa, 2011; Józsa és Fazekasné, 2007; Józsa, Fazekasné, Szenczi és Szabó, 2014, Zentai, Fazekasné és Józsa, 2013). Nemzetközi szinten már megindultak a tanulásban akadályozott és tipikusan fejlődő gyermekek pszichés státuszának összehasonlítására fókuszáló vizsgálatok is (pl. Kaptein, Jansen, Vogels és Reijneveld, 2008; Koskentaustai, Iivanainen és Almqvist, 2004), azonban hazánkban az ilyen irányultságú vizsgálatok jelenléte még kevésbé érezhető.

### 3. Módszerek

#### 3.1 A kutatás célja

Kutatásom célja tanulásban akadályozott gyermekek viselkedési és pszichés problémáinak vizsgálata a Képességek és Nehézségek Kérdőív tanári és önkitöltős változatának használatával. Dolgozatomban a kérdőív önkitöltős változatának Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts (2013) által egyszerűsített, tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazított módosítását kívánom adaptálni és hazai mintán először kipróbálni. További célom a kérdőív pszichometriai jellemzőinek vizsgálata, valamint a tünetpontszámok meghatározása és az eredmények összehasonlítása tanulásban akadályozott és normál intellektusú minta között.

#### 3.2. Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a Képességek és Nehézségek Kérdőív egyszerűsített változatának magyar adaptációja alkalmazható tanulásban akadályozott gyermekek körében.

2. Feltételezem, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el a kérdőív összesített probléma skáláján, mint a normál intellektusú gyermekek az önkitöltős és a tanári kérdőíveken egyaránt.

3. Feltételezem, hogy a lányok az érzelmi tünetek és proszociális skálán, a fiúk a viselkedési problémák és hiperaktivitás skálán érnek el magasabb pontszámot mindkét részminta esetén.

#### 3.3. Minta

A vizsgálatban összesen 7 intézmény (Csongrád megye, Bács-Kiskun megye) 177 tanulója vett részt: 86 (szegregált intézményben tanuló) tanulásban akadályozott gyermek, valamint 91 (normál tantervű iskolában tanuló) ép intellektusú gyermek. A tanulásban akadályozott gyermek részmintájában 49 fiú és 37 lány szerepel. A normál intellektusú tanulók részmintájában 41 fiú és 50 lány szerepel. A legfiatalabb normál intellektusú gyermek 13 éves, a legidősebb 15 éves. Átlagéletkoruk 13,3 év. Tanulásban akadályozott gyermekek esetén a legfiatalabb tanuló szintén 13 éves, a legidősebb, pedig 15 éves. A tanulásban akadályozott gyermekek átlagéletkora 13,9 év.

A pedagógusok által kitöltött háttérkérdőív alapján a normál intellektusú gyermekek 27,3%-a hátrányos helyzetű, 1,1%-a halmozottan hátrányos helyzetű. A tanulásban akadályozott gyermekek 34,2%-a hátrányos helyzetű és 24,7%-a halmozottan hátrányos

helyzetű. A pedagógusok véleménye alapján a tanulásban akadályozott gyermekek 59%-a, a többségi gyermekek 23,3%-a él anyagi hátrányos helyzetű családban.

A tanulásban akadályozott gyermekek 8,4%-ának van valamilyen testi/szervi betegsége (epilepszia, asztma, mozgásszervi rendellenesség, bőrbetegség, idegrendszeri érintő megbetegedés), valamint 8% diagnosztizált pszichés zavarral küzd. A pszichés rendellenességek között a következők fordultak elő: depresszió, szorongás, hiperaktivitás, hiperkinetikus magatartászavar, szelektív mutizmus, szuicid hajlam, gyermekkori emocionális zavar. A normál intellektusú gyermek 8,8%-ának van valamilyen szomatikus betegsége (asztma, diabetes, ételallergia), diagnosztizált pszichés rendellenesség esetükben nem fordult elő, azonban 24%-uknak van valamilyen tanulási problémája (BTM státusz, diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia).

A tanulásban akadályozott gyermekek 11%-a él egyszülős családban, 64% két szülős családban él (vérszerinti szülők együtt vagy egy vérszerinti szülő nevelőanyával, nevelőapával), 5%-ot testvér vagy egyéb rokon nevel, 9% állami gondozásban él, 11% pedig nevelőszülőknél nevelkedik. A többségi gyermekeknek szintén 11%-a él egyszülős családban, 88% kétszülős családban és 1%-ukat nevel testvér vagy egyéb rokon. A szülők iskolai végzettségét tekintve a normál intellektusú gyermekek szülei átlagosan érettségizettek, a tanulásban akadályozott gyermekek szülei átlagosan szakiskolát végeztek. A szülők iskolai végzettségére vonatkozó részletes adatokat az 1. táblázatban foglaltam össze. A testvérek száma alapján utólag képeztem a család méretére vonatkozó változót. Nagycsaládban nevelkedőnek számítottam azokat a gyerekeket, akik 2 vagy annál több testvérral élnek egyháztartásban. A tanulásban akadályozott gyermekek 60%-a, a többségi gyermekek 34%-a nevelkedik nagycsaládban.

1. táblázat. A szülők iskolai végzettségének százalékos megoszlása

| Iskolai végzettség                  | Tanulásban akadályozott |       | Normál intellektusú |       |
|-------------------------------------|-------------------------|-------|---------------------|-------|
|                                     | anya %                  | apa % | anya %              | apa % |
| Nem fejezte be az általános iskolát | 13,3                    | 13,5  | -                   | -     |
| Általános iskola                    | 35,0                    | 26,9  | 5,3                 | 2,7   |
| Szakiskola                          | 11,7                    | 17,3  | 5,3                 | 9,6   |
| Szaktanulmányképző                  | 18,3                    | 25,0  | 30,7                | 45,2  |
| Érettségi                           | 5,0                     | 3,8   | 28,0                | 24,7  |
| Okj                                 | 3,3                     | 1,9   | 9,3                 | 5,5   |
| Főiskola                            | 10,0                    | 5,8   | 13,3                | 5,5   |
| Egyetem                             | 3,3                     | 5,8   | 4,0                 | 5,5   |
| Tudományos fokozat                  | -                       | -     | 4,0                 | 1,4   |

### 3.4. Mérészköz

Kutatásom során a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) tanári változata mellett a kérdőív önkitöltős változatának Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts (2013) által egyszerűsített, tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazított módosításának magyar nyelvű adaptációját használtam. Az egyszerűsítés során Haynes és mtsai (2013) az eredeti kérdőív 16 itemén változtattak, 9-et módosítás nélkül megtartottak. Így az általam adaptált kérdőívben a 9 változtatás nélküli item esetén az SDQ-Magy fordítását használtam. Az adaptáció során a kérdőív 16 módosított itemét magyar nyelvre fordítottam, majd azokat egy független fordító angol nyelvre visszafordította. Az angol nyelvre visszafordított itemeket egy másik fordító ismét magyar nyelvre fordította. A fordítások különbségeit átnéztük, majd a kellő finomításokat elvégeztük. A módosított angol mondatokat és magyarra fordításukat az. *1. számú melléklet* tartalmazza.

A háromfokú Likert-skálás kérdőívtételeket tartalmazó mérőeszköz mindkét (tanári és önkitöltős) változata 25 itemből áll és öt alskálára bontható. Az érzelmi tünetek, viselkedési tünetek, hiperaktivitás és kortárskapcsolati problémák skála alapján a gyermekek nehézségei határozhatók meg. A proszociális viselkedés skála, valamint az egyes skálák pozitívan megfogalmazott tételei által a gyermekek erősségeiről, képességeiről kaphatunk információt. Az érzelmi tünetek, a viselkedési problémák, a hiperaktivitás és a kortárskapcsolati problémák skálákat összevonva egy összesített probléma skála képezhető. A kérdőívtételekre adott válaszokra 0, 1 vagy 2 pont adható. A pontszámokat összeadva megkapjuk az adott skálán elért összpontszámot. A pontszámok alapján lehetséges az adott tünetcsoport normális, határeset és rendellenes kategóriába sorolása. A kérdőív pontozását, az egyes kategóriákat és a hozzájuk tartozó pontszámokat az *2. táblázat* szemlélteti, melyet a [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com) honlapon elérhető, magyar nyelvű pontozási útmutató szerint összesítettem.

A kérdőív formai összeállításánál törekedtem a könnyű átláthatóságra és érthetőségre. A háromfokú Likert-skála könnyebb megértését a válaszlehetőségek vizuális megjelenítése segítette. A „nem igaz” válaszhoz egy üres négyzet tartozott. A „valamennyire igaz” válaszlehetőséget egy félig tele négyzet, a „határozottan igaz” választ pedig egy fekete tele négyzet szemléltette. A kérdőívet a *2. számú melléklet* tartalmazza.

A pedagógusok a Képességek és Nehézségek kérdőív tanári változata mellett egy háttérkérdőívet is kitöltöttek, melynek kérdései a gyermekek testi és pszichés betegségeire, családi hátterére, továbbá tanulásban akadályozott gyermekek esetén az IQ-ra, többségi gyerekek esetén pedig az esetleges tanulási problémákra vonatkoztak.

2. táblázat. A tünetpontszámok értelmezése

| Skálák                      | Tanulói  |           |             | Tanári   |           |             |
|-----------------------------|----------|-----------|-------------|----------|-----------|-------------|
|                             | normális | határeset | rendellenes | normális | határeset | rendellenes |
| Összesített probléma        | 0-15     | 16-19     | 20-40       | 0-11     | 12-15     | 16-40       |
| Érzelmi tünetek             | 0-5      | 6         | 7-10        | 0-4      | 5         | 6-10        |
| Viselkedési problémák       | 0-3      | 4         | 5-10        | 0-2      | 3         | 4-10        |
| Hiperaktivitás              | 0-5      | 6         | 7-10        | 0-5      | 6         | 7-10        |
| Kortárskapcsolati problémák | 0-3      | 4-5       | 6-10        | 0-3      | 4         | 5-10        |
| Proszociális viselkedés     | 6-10     | 5         | 0-4         | 6-10     | 5         | 0-4         |

### 3.5. Adatfelvétel

Az adatfelvétel 2014 októberében történt az iskolaigazgatók engedélyével és az adatvédelmi előírások betartásával. A kérdőíveket személyesen jutattam el az intézményekhez. A kérdőívek önkitöltős változatát a gyermekek osztályfőnöki órákon, illetve erre a célra megrendezett alkalommal töltötték ki csoportosan a pedagógusok, illetve személyem irányításával. Tanulásban akadályozott gyermekek körében a pontos instrukció elhangzása után az egyes kérdőív tételeket felolvastuk, majd a tanulók önállóan jelölték válaszaikat a kérdőíven. A normál intellektusú és tanulásban akadályozott gyermekek összehasonlíthatósága miatt a normál intellektusú gyermekek is a kérdőív egyszerűsített változatát töltötték ki. A pedagógusok a kérdőív tanári változatát, valamint a gyermekek családi hátterét vizsgáló háttérkérdőívet szabadidejükben töltötték ki.

### 3.6. Adatelemzési eljárások

Vizsgálatomban a kérdőívek adatainak statisztikai elemzése az SPSS programcsomag használatával történt. Az adatelemzés során a kérdőív skálák belső konzisztenciájának megállapítása Cronbach-alfa együtthatók számításával történt. A kérdőív faktorstruktúrájára vonatkozó elemzéseket faktoranalízissel végeztem (Maximum Likelihood módszer). Továbbá leíró statisztikákat használtam az átlag szórás és gyakoriság számításához. Az összehasonlító vizsgálatok során paraméteres próbákat használtam (T-próbák, Welch próba). Az összefüggés vizsgálatokhoz Pearson-féle korrelációs együtthatókat állapítottam meg.

## 4. Eredmények és értelmezésük

### 4.1. A mérőeszközökre vonatkozó eredmények

#### 4.1.1. A tanulói kérdőív vizsgálata

A mérőeszköz megbízhatóságát Cronbach- $\alpha$  együttható számításával ellenőriztem, melyek értéket a 3. táblázat foglalja össze. A Cronbach- $\alpha$  együttható értéke a teljes kérdőív vonatkozóan 0,60 a tanulásban akadályozott gyermekek részmintáján, mely alapján a kérdőív megbízhatónak tekinthető. Haynes és mtsai (2013) a teljes kérdőív megbízhatóságának vizsgálatakor 0,68-as Cronbach- $\alpha$  értéket állapítottak meg, mely nem tér el jelentősen az általam kapott eredménytől. Ugyanakkor az egyes skálák reliabilitás mutatóit nem ismertették, ezért az általam kapott eredményekkel nem tudom összehasonlítani. A tanulásban akadályozott gyermekek körében az összesített probléma skála is megbízhatónak bizonyult. Szintén megfelelő az érzelmi tünetek és a hiperaktivitás skála reliabilitása. A proszociális skála mérsékeltem megbízhatónak tekinthető, a viselkedési problémák skála azonban már kevésbé megbízható. A legalacsonyabb értéket a kortárskapcsolati problémák skálán kaptam. A skála 5 tétele közül a „jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel” item eltávolításával a Cronbach- $\alpha$  0,32-ről 0,45-re nőne, mely javítana a skála reliabilitásán. A viselkedési problémák skála reliabilitása 0,42-re nőne az „emberek gyakran mondják nekem, hogy hazudok vagy csalog” tétel eltávolításával.

Normál intellektusú gyermekek mintáján a teljes kérdőív megbízhatóságára vonatkozó Cronbach- $\alpha$  érték 0,71 lett. A kérdőív valamennyi skálája némileg megbízhatóbbnak bizonyult a tanulásban akadályozott gyermekek esetéhez képest. Nagyobb eltérés a viselkedési problémák, a kortárskapcsolati problémák és a proszociális skála megbízhatóságában mutatkozik.

#### 3. táblázat. A tanulói kérdőív skáláinak reliabilitása

| Skálák                         | Tanulásban<br>akadályozott<br>Cronbach- $\alpha$ | Normál<br>intellektusú<br>Cronbach- $\alpha$ | SDQ-Magy<br>12-14 évesek*<br>Cronbach- $\alpha$ |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Összesített probléma skála     | 0,72                                             | 0,82                                         | 0,71                                            |
| Érzelmi tünetek                | 0,60                                             | 0,68                                         | 0,49                                            |
| Viselkedési problémák          | 0,38                                             | 0,56                                         | 0,40                                            |
| Hiperaktivitás                 | 0,60                                             | 0,65                                         | 0,63                                            |
| Kortárskapcsolati<br>problémák | 0,32                                             | 0,44                                         | 0,55                                            |
| Proszociális viselkedés        | 0,48                                             | 0,67                                         | 0,64                                            |

\* (Turi, Tóth és Gervai, 2011)

Faktoranalízissel az érzelmi tünetek, a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skálákból externalizáló és internalizáló skálát képeztem a tanulásban akadályozott (KMO=0,63) és a normál intellektusú tanulók részmintáin (KMO=0,74). Tanulásban akadályozott gyermekek részmintáján az externalizáló skálához tartozó viselkedési és hiperaktivitás tünetek egy item kivételével elkülönültek az érzelmi tüneteket magába foglaló internalizáló skálától. „Az emberek gyakran mondják nekem, hogy hazudok vagy csalok” állítás, mely viselkedési problémára utaló tünet az internalizáló skála érzelmi tünetei közé került. Az így képzett externalizáló tünetek skálájának reliabilitását ellenőriztem. A Cronbach- $\alpha$  együttható értéke tanulásban akadályozott gyermekek mintáján 0,64 lett, tehát jelentősen megbízhatóbbnak tekinthető, mint önmagában a viselkedési problémák skála, valamint az új skála belső konzisztenciáját mutató érték a hiperaktivitás skálához képest is némileg nagyobbak bizonyult.

A többségi gyermekek részmintáján az externalizáló skálához tartozó viselkedési és hiperaktivitás tünetek három item kivételével elkülönültek az érzelmi tüneteket magába foglaló internalizáló skálától. A viselkedési problémára utaló „az emberek gyakran mondják nekem, hogy hazudok vagy csalok” állítás, valamint a hiperaktivitásra vonatkozó két állítás („jó a figyelmem”, „végiggondolom a dolgokat mielőtt cselekszem”) az internalizáló skála érzelmi tünetei közé került. Az externalizáló skála Cronbach- $\alpha$  értéke normál intellektusú gyerekek mintáján 0,77 lett, mely szintén nagyobb, mint a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skála Cronbach- $\alpha$  együtthatója.

Haynes és mtsai (2013) a kérdőív elemzése során javaslatot tettek a tanulói kérdőív elemzéséhez használandó faktorstruktúrára vonatkozóan. Szerintük tanulásban akadályozott gyermek mintáján háromfaktoros modell használata célszerűbb. Az általuk létrehozott három faktor a kérdőív tételeiből három teljesen új skálát képez. Így megkülönböztetjük a pozitív tulajdonságok, negatív viselkedés és az érzelmi jellemzők skáláit. A negatív viselkedés skála az externalizáló zavarok tüneteit, az érzelmi jellemzők skála az internalizáló zavarok tüneteit foglalja magába. A háromfaktoros modell alapján faktoranalízissel létrehoztam a három új skálát mindkét részmintán. A tanulásban akadályozott részminta esetén Haynes (2013) és mtsai eredményeihez hasonló adatokat kaptam. Négy item kivételével az egyes tételek a megfelelő faktorokban különültek el. Haynes és mtsai (2013) szerint a „sokat aggódom” állítás a negatív viselkedés skálához tartozik. Elemzésemben az érzelmi jellemzők skála faktorába került és 0,32-es faktorsúllyal különült el a másik két faktortól. Az item alapvetően az érzelmi tünetek skálához tartozott, ezért jogosan feltételezhető, hogy az újonnan képzett

érzelmi jellemzők skálával szorosabb összefüggésben áll, mint a negatív viselkedéssel. Továbbá az állítás az internalizáló zavarok tünetére vonatkozik, így nem képezheti az externalizáló zavarokra utaló viselkedési problémák skála tüneteinek részét. A „jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel” állítás az érzelmi jellemzők faktora helyett a pozitív tulajdonságok faktorába került. Valószínűsíthető, hogy az állítás megfogalmazása miatt a gyermekek ezt pozitív jelenségként értelmezték. A tétel eredetileg a kortárskapcsolati problémák skála részét képezi, melynek reliabilitásán jelentősen javított volna az item elhagyása. Valószínűsíthető, hogy az állításra vonatkozó válaszok összefüggésben állnak az értelmi fogyatékos gyermekek felnőttekhez való fokozottabb kötődésével, a leválás nehézségeivel. A szintén kortárskapcsolati problémára utaló „inkább egyedül vagyok, mint a korombeliekkel” állítás az érzelmi jellemzők helyett a negatív viselkedés faktorába került. A „más gyerekek piszkálnak, csúfolnak” a negatív viselkedés helyett az érzelmi jellemzők faktorának részét képezi. Utóbbi tétel inkább összefüggésbe hozható az érzelmi jellemzők skálájával, mivel a jelenség inkább emocionális következményeket von maga után, és nehezen értelmezhető a gyermek negatív viselkedéseként.

A normál intellektusú tanulók részmintáján is elvégeztem a háromfaktoros elemzést. A három faktorban a megfelelő skálákat képező állítások nem kellően különülnek el egymástól. A negatív viselkedés skála tételei kettő kivételével megfelelő faktorban helyezkednek el, azonban az érzelmi jellemzők és a pozitív tulajdonságok skálákhoz tartozó tételek közül több összekeveredett. Haynes és mtsai (2013) a háromfaktoros elemzést csak tanulásban akadályozott mintán végezte, így a normál intellektusú mintán kapott eredményeket nemzetközi adatokkal nem tudom összehasonlítani. Azonban az eredményekből megállapítható, hogy a háromfaktoros elemzés normál intellektusú gyermekek mintáján kevésbé illeszkedik tanulásban akadályozott gyermekek mintáján kapott adatokhoz. A Haynes és mtsai (2013) által javasolt skálák belső konzisztenciája mindkét részminta esetén megfelelőnek tekinthető. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitását a 4. táblázatban foglaltam össze.

4. táblázat. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása a tanulói kérdőíveken

| Skála<br>(tételszám)                                          | Tanulásban<br>akadályozott<br>Cronbach- $\alpha$ | Normál<br>intellektusú<br>Cronbach- $\alpha$ | Haynes és mtsai<br>(2013) eredményei<br>Cronbach- $\alpha$ |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Pozitív tulajdonságok<br>(1, 4, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 21, 25) | 0,72                                             | 0,71                                         | 0,78                                                       |

|                                                        |      |      |      |
|--------------------------------------------------------|------|------|------|
| Negatív viselkedés<br>(2, 5, 10, 12, 15, 22)           | 0,62 | 0,76 | 0,65 |
| Érzelmi jellemzők<br>(3, 6, 8, 13, 16, 18, 19, 23, 24) | 0,64 | 0,70 | 0,66 |

#### 4.1.2. A kérdőív tanári változatának vizsgálata

A mérőeszköz tanári változatának megbízhatóságát Cronbach- $\alpha$  együttható számításával ellenőriztem, melyek értékeit az 5. táblázat foglalja össze. A Cronbach- $\alpha$  együttható a teljes kérdőívre vonatkozóan 0,72, mely közel azonos az önkitöltős kérdőív értékével. Az eredményeket összehasonlítottam Turi, Tóth és Gervai (2011) vizsgálatából származó eredményekkel. Valamennyi skálán hasonló értékeket kaptam.

#### 5. táblázat. A tanári kérdőív reliabilitása

| Skála                       | SDQ-Magy Tanári kérdőív<br>Cronbach- $\alpha$ | SDQ-Magy Tanári kérdőív<br>Cronbach- $\alpha$<br>(Turi, Tóth és Gervai, 2011) |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Összesített probléma skála  | 0,85                                          | 0,83                                                                          |
| Érzelmi tünetek             | 0,72                                          | 0,78                                                                          |
| Viselkedési problémák       | 0,77                                          | 0,61                                                                          |
| Hiperaktivitás              | 0,81                                          | 0,84                                                                          |
| Kortárskapcsolati problémák | 0,65                                          | 0,70                                                                          |
| Proszociális skála          | 0,82                                          | 0,90                                                                          |

A tanári kérdőívek esetén az érzelmi tünetek, a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skálákból szintén externalizáló és internalizáló skálát képeztem faktoranalízissel ( $KMO=0,83$ ). Az externalizáló skálához tartozó viselkedési és hiperaktivitás tünetek kivétel nélkül elkülönültek az érzelmi tüneteket magába foglaló internalizáló skálától. Az externalizáló skálán a Cronbach- $\alpha$  együttható értéke 0,86.

A háromfaktoros modell alapján faktoranalízissel létrehoztam a három új skálát a tanári kérdőívek esetén is ( $KMO=0,85$ ). A pozitív tulajdonságok skála tételei teljesen elkülönültek a másik két faktortól. A negatív viselkedés és az érzelmi jellemzők skála négy tétele nem megfelelő faktorba került. A „gyakran verekszik, „többi gyerek beleköt”, „ellop dolgokat” állítások az érzelmi jellemzők közé kerültek, míg a ténylegesen ehhez a skálához tartozó „új helyzetekben feszült” tétel a negatív viselkedés faktor részét képezi. A tanulói önkitöltős kérdőívekhez hasonlóan a „más gyerekek piszkálnak, csúfolnak” tétel a negatív

viselkedés helyett az érzelmi jellemzők faktorának részét képezi, mely megerősíti azon feltételezést, hogy a jelenség inkább emocionális tünetekkel áll összefüggésben. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitását a 6. táblázatban foglaltam össze.

6. táblázat. A háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása a tanári kérdőíven

| Skála<br>(tételszám)                                       | Tanári kérdőív<br>Cronbach- $\alpha$ |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Pozitív tulajdonságok (1, 4, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 21, 25) | 0,84                                 |
| Negatív viselkedés (2, 5, 10, 12, 15, 22)                  | 0,79                                 |
| Érzelmi jellemzők (3, 6, 8, 13, 16, 18, 19, 23, 24)        | 0,71                                 |

#### 4.2. A mérőeszközre vonatkozó eredmények összefoglalása

A tanulói és tanári kérdőívek összehasonlítása alapján elmondható, hogy a tanári kérdőívek minden skála esetén, valamint a teljes kérdőívre vonatkozóan megbízhatóbbnak bizonyultak. A normál intellektusú gyermekek körében megbízhatóbbnak bizonyult a tanulói kérdőív, mint a tanulásban akadályozott gyermekek esetében. A legalacsonyabb Cronbach- $\alpha$  értéket a viselkedési problémák és a kortárskapcsolati skálákon kaptam. Az említett skálák megbízhatóságának eredménye illeszkedik más hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményeihez, ahol szintén a kortárskapcsolati problémák és/vagy a viselkedési problémák skála nem megfelelő reliabilitásáról számoltak be (pl. *Di Riso, Salcuni, Chessa, Raudino, Lis, Altoé*, 2010; *Goodman*, 2001; *Turi, Tóth és Gervai*, 2011). A kétfaktoros modell és a háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása jelentősen emelkedett a tanulásban akadályozott és a normál intellektusú részminta kérdőívein egyaránt. A tanári kérdőívek skáláinak megbízhatósági mutatóját jelentősen nem befolyásolta. A *Haynes és mtsai* (2013) által javasolt faktorstruktúra főként a tanulásban akadályozott részminta esetén működött megfelelően. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy tanulásban akadályozott személyek körében a kérdőív önkitöltős változata jelentősen megbízhatóbban működne három összevont skála használatával. Ugyanakkor az így képzett skálákhoz még nem áll rendelkezésre standardizált pontozás, ezért elemzésemhez a továbbiakban az öt alskálálán és az egy összevont problémaskálán elért eredményeket ismertetem. A tanulói kérdőíveken a kortárskapcsolati problémák skála, a viselkedési problémák skála és a proszociális viselkedés skála belső konzisztenciája nem megfelelő (Cronbach- $\alpha < 0,60$ ), ezért e skálákat, illetve az azokon elért eredményeket a továbbiakban csak a tanári kérdőívek adatai alapján elemzem.

### 4.3. A kérdőív skáláin elért értékek elemzése

#### 4.3.1. Az érzelmi tünetek skálán elért értékek

Az érzelmi tünetek skálán a tanulásban akadályozott gyermekek átlagosan 3,42 pontot értek el ( $s=2,44$ ). A normál intellektusú gyermekek érzelmi skálán elért pontszáma átlagosan 2,12 ( $s=2,02$ ). Nemek szerinti összehasonlításban a tanulásban akadályozott lányok pontszámának átlaga a legmagasabb, míg a többségi fiúk pontátlaga a legalacsonyabb. A tanárok megítélése szerint a tanulásban akadályozott és a többségi gyermekek is közel azonos skálapontot értek el, mint az önjellemzések alapján. A megítélések közötti különbség csak a nemek szerinti összehasonlításban mutatkozik mindkét részminta esetén. A skálán elért pontszámok átlagát és szórását a 7. táblázatban foglaltam össze.

7. táblázat. Az érzelmi tünetek skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott<br>átlag (szórás) |             |             | Normál intellektusú<br>átlag (szórás) |             |             |
|---------|-------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
|         | együtt                                    | fiú         | lány        | együtt                                | fiú         | lány        |
| Tanulói | 3,42 (2,44)                               | 3,22 (2,56) | 3,68 (2,28) | 2,12 (2,02)                           | 1,54 (1,81) | 2,60 (2,07) |
| Tanári  | 3,40 (2,45)                               | 3,45 (2,89) | 3,32 (1,82) | 2,05 (1,77)                           | 1,83 (1,77) | 2,24 (1,76) |

Az érzelmi tünetek skálán elért átlagokat összehasonlítva megállapítható, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a többségi tanulók ( $F=6,31$ ,  $p=0,01$ ;  $t=-3,83$ ,  $p<0,001$ ). A tanulásban akadályozott lányok és fiúk érzelmi tünetek skálán elért pontszáma között nincs szignifikáns különbség ( $F=0,66$ ,  $p=0,41$ ;  $t=-0,84$ ,  $p=0,39$ ). Többségi tanulók esetén, azonban a lányok szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a fiúk ( $F=1,57$ ,  $p=0,21$ ;  $t=-2,57$ ,  $p=0,01$ ).

Az érzelmi tünetek skálán elért pontokban a tanári kérdőív eredményei szerint is szignifikáns különbség mutatkozik a tanulásban akadályozott gyermekek javára ( $F=8,79$ ,  $p=0,003$ ;  $t=-4,14$ ,  $p<0,001$ ). Ugyanakkor a tanári megítélésben sem mutatkozik statisztikailag jelentős különbség a nemek szerinti összehasonlításban ( $F=9,79$ ,  $p=0,02$ ;  $t=0,24$ ,  $p=0,80$ ). Szintén nincs szignifikáns különbség a többségi fiúk és lányok érzelmi tünetek skálapontszáma között a tanári megítélés alapján ( $F=0,001$ ,  $p=0,98$ ;  $t=-1,10$ ,  $p=0,27$ ).

Az érzelmi tünetek skála átlagpontszámainak összehasonlítása után megvizsgáltam, hogy az egyes részmintákon az értékelők szerint, milyen százalékos megoszlásban fordulnak elő a normális, határeset és rendellenes esetek (8. táblázat).

8. táblázat. Az érzelmi tünetek skálapontszám alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott |          | Normál intellektusú |          |
|-------------|-------------------------|----------|---------------------|----------|
|             | tanulói %               | tanári % | tanulói %           | tanári % |
| Normális    | 78,0                    | 68,5     | 93,4                | 91,2     |
| Határeset   | 11,6                    | 16,3     | 4,4                 | 5,5      |
| Rendellenes | 10,4                    | 15,2     | 2,2                 | 3,3      |

A tanulói pontszámok alapján szignifikánsan több normál intellektusú tanuló érzelmi tünetek skálapontszáma esik a normális kategóriába ( $F=42,80$ ,  $p<0,001$ ,  $t=2,97$ ,  $p=0,003$ ), illetve szignifikánsan több tanulásban akadályozott gyermek skálapontszáma tekinthető rendellenesnek ( $F=23,63$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-2,25$ ,  $p=0,026$ ). A két részmintán a határesetnek tekinthető esetek száma között a tanulói pontszámok alapján nincs szignifikáns különbség ( $F=13,61$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-1,76$ ,  $p=0,79$ ). Szintén szignifikánsan több normál intellektusú gyermek skálapontszáma tekinthető normálisnak a tanári kérdőívek alapján ( $F=75,25$ ,  $p<0,001$ ,  $t=3,86$ ,  $p<0,001$ ). A tanárok megítélése szerint, azonban nem csak a rendellenes esetek ( $F=36,42$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-2,73$ ,  $p=0,007$ ), de a határesetek száma is jelentősen több a tanulásban akadályozott gyermekek között ( $F=24,27$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-2,31$ ,  $p=0,02$ ).

Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normális övezetbe eső tanulók között, sem a tanári, sem a tanulói pontszámok alapján nincs szignifikáns különbség egyik részminta esetén sem.

#### 4.3.2. A viselkedési problémák skálán elért értékek

A viselkedési problémák skálán a tanári megítélések szerint a legmagasabb átlagpontszámot a tanulásban akadályozott lányok kapták, a legalacsonyabbat, pedig a normál intellektusú lányok. A viselkedési problémák skálán elért átlagos pontszámokat és a hozzájuk tartozó szórásokat a 9. táblázatban foglaltam össze.

9. táblázat. A viselkedési problémák skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott |     |      | Normál intellektusú |     |      |
|---------|-------------------------|-----|------|---------------------|-----|------|
|         | átlag (szórás)          |     |      | átlag (szórás)      |     |      |
|         | együtt                  | fiú | lány | együtt              | fiú | lány |

|        |             |             |             |             |             |             |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tanári | 2,52 (2,67) | 2,45 (2,80) | 2,62 (2,53) | 1,54 (1,66) | 1,90 (2,10) | 1,24 (1,13) |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|

A tanári megítélések szerint szignifikáns a különbség a tanulásban akadályozott és a többségi gyermekek viselkedési problémák skálán elért pontszáma között ( $F=24,73$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-2,91$ ,  $p=0,004$ ). Szignifikánsan magasabb pontszámot kaptak a tanulásban akadályozott tanulók a skálán, mint a normál intellektusú gyermekek. Nem adódott szignifikáns különbség a nemek szerinti összehasonlításban a tanulásban akadályozott fiúk és lányok ( $F=0,46$ ,  $p=0,49$ ;  $t=-0,29$ ,  $p=0,76$ ), illetve a normál intellektusú fiúk és lányok között ( $F=9,10$ ,  $p=0,003$ ;  $t=1,80$ ,  $p=0,07$ ).

A tanulók viselkedési problémák skálán elért pontszámai alapján elkülönítettem a normális, a határeset és a rendellenes eseteket. A viselkedési problémák skála pontszámai alapján az egyes kategóriákba eső tanulók százalékos megoszlását a 10. táblázatban foglaltam össze részminták szerint.

10. táblázat. A viselkedési problémák skálapontszám alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott<br>tanári % | Normál intellektusú<br>tanári % |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Normális    | 60,5                                | 79,1                            |
| Határeset   | 10,5                                | 9,9                             |
| Rendellenes | 29,0                                | 11,0                            |

A tanári kérdőíveken szignifikánsan kevesebb tanulásban akadályozott gyermek viselkedési problémája tekinthető normálisnak a pontszámok alapján ( $F=28,13$ ,  $p<0,001$ ,  $t=2,73$ ,  $p=0,007$ ). A két részminta határesetei között nincs szignifikáns különbség ( $F=0,06$ ,  $p=0,80$ ,  $t=-0,12$ ,  $p=0,90$ ). Azonban a tanári pontszámok alapján szignifikánsan több a rendellenes esetek száma a tanulásban akadályozott tanulók között, mint a normál intellektusú kortársaik között ( $F=42,64$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-3,05$ ,  $p=0,03$ ).

Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normális övezetbe eső tanulók között nem adódott statisztikailag jelentős különbség egyik részminta esetén sem.

#### 4.3.3. A hiperaktivitás skálán elért értékek

A hiperaktivitás skálán szintén a tanulásban akadályozott tanulók értek el magasabb átlagpontszámot a többségi gyerekekkel szemben. A 11. táblázatban összefoglalt átlagok alapján látható, hogy a tanulásban akadályozott fiúk kapták a legtöbb pontszámot az önkítöltős és a tanári kérdőíveken egyaránt. A többségi tanulók között a fiúk kevesebb

pontszámot értek el az önjellemzés alapján, mint a lányok, noha a tanári kérdőívek eredményei ennek ellenkezőjét mutatják.

11. táblázat. A hiperaktivitás skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott<br>átlag (szórás) |             |             | Normál intellektusú<br>átlag (szórás) |             |             |
|---------|-------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
|         | együtt                                    | fiú         | lány        | együtt                                | fiú         | lány        |
| Tanulói | 3,73 (2,39)                               | 3,84 (2,60) | 3,59 (2,10) | 3,02 (2,09)                           | 2,73 (2,19) | 3,52 (2,00) |
| Tanári  | 4,14 (3,10)                               | 4,24 (3,36) | 4,00 (2,76) | 3,60 (2,48)                           | 3,71 (2,80) | 3,26 (2,15) |

A tanulásban akadályozott és többségi tanulók hiperaktivitás skálán elért átlagpontszáma között szignifikáns a különbség a tanulásban akadályozott gyermekek javára ( $F=3,89$ ,  $p=0,05$ ;  $t=-2,09$ ,  $p=0,03$ ). Az önjellemzés alapján sem a tanulásban akadályozott ( $F=3,24$ ,  $p=0,07$ ;  $t=0,46$ ,  $p=0,64$ ), sem a többségi gyermekek ( $F=1,32$ ,  $p=0,25$ ;  $t=-1,19$ ,  $p=0,23$ ) esetén nem adódott szignifikáns különbség a nemek szerinti összehasonlításban.

A tanári megítélés alapján nincs szignifikáns különbség a tanulásban akadályozott és a normál intellektusú gyermekek hiperaktivitás skálán elért pontszáma között ( $F=6,40$ ,  $p=0,01$ ;  $t=-1,26$ ,  $p=0,20$ ). Szintén nem adódott statisztikailag jelentős különbség a tanulásban akadályozott fiúk és lányok ( $F=2,03$ ,  $p=0,15$ ;  $t=0,36$ ,  $p=0,72$ ), valamint a normál intellektusú fiúk és lányok összehasonlításában ( $F=1,65$ ,  $p=0,20$ ;  $t=0,35$ ,  $p=0,72$ ).

A tanulók hiperaktivitásán elért skálapontszám alapján elkülönítettem a normális, a határeset és a rendellenes eseteket. Az egyes kategóriákba tartozó tanulók százalékos megoszlását a 12. táblázatban foglaltam össze részminták és értékelők szerint.

12. táblázat. A hiperaktivitás skálapontszámok alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott |          | Normál intellektusú |          |
|-------------|-------------------------|----------|---------------------|----------|
|             | tanulói %               | tanári % | tanulói %           | tanári % |
| Normális    | 75,6                    | 69,8     | 90,1                | 80,2     |
| Határeset   | 12,8                    | 5,8      | 1,1                 | 8,8      |
| Rendellenes | 11,6                    | 24,4     | 8,8                 | 11,0     |

A tanulói pontszámok alapján szignifikánsan több normál intellektusú tanuló hiperaktivitás skálán elért pontszáma esik a normális kategóriába ( $F=30,07$ ,  $p<0,001$ ;  $t=2,58$ ,  $p=0,01$ ), illetve szignifikánsan több tanulásban akadályozott gyermek skálapontszáma tekinthető határesetnek ( $F=50,12$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-3,08$ ,  $p=0,003$ ). A két részmintán a rendellenes

esetek száma között a tanulói pontszámok alapján nincs szignifikáns különbség ( $F=1,55$ ,  $p=0,21$ ;  $t=-0,62$ ,  $p=0,53$ ). A tanári kérdőívek alapján nincs szignifikáns különbség a normális ( $F=10,41$ ,  $p=0,001$ ;  $t=1,60$ ,  $p=0,11$ ) és a határesetek száma között a két részminta összehasonlításában ( $F=10,41$ ,  $p=0,001$ ;  $t=1,60$ ,  $p=0,45$ ). A tanulói pontszámokkal ellentétben a tanári megítélés alapján szignifikánsan több tanulásban akadályozott gyermek hiperaktivitás tünetei érik el a rendellenes szintet ( $F=2,31$ ,  $p=0,13$ ;  $t=0,75$ ,  $p=0,11$ ).

Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normális övezetbe eső tanulók között, sem a tanári, sem a tanulói pontszámok alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség egyik részminta esetén sem.

#### 4.3.4. A kortárskapcsolati problémák skálán elért értékek

A tanári kérdőívek adatai alapján a kortárskapcsolati problémák skálán több pontot értek el a tanulásban akadályozott tanulók, mint a többségi gyermekek. A tanári megítélések szerint a legmagasabb átlagpontszámot a tanulásban akadályozott fiúk, a legalacsonyabb pontszámot, pedig a normál intellektusú lányok kapták. A kortárskapcsolati problémák skálán elért átlagos pontszámokat és a hozzájuk tartozó szórásokat a 13. táblázatban foglaltam össze.

13. táblázat. A kortárskapcsolati problémák skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott<br>átlag (szórás) |             |             | Normál intellektusú<br>átlag (szórás) |             |             |
|---------|-------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
|         | együtt                                    | fiú         | lány        | együtt                                | fiú         | lány        |
| Tanári  | 2,37 (2,02)                               | 2,65 (2,30) | 2,00 (1,52) | 1,32 (1,54)                           | 1,71 (1,83) | 1,00 (1,17) |

A tanári megítéléseket összehasonlítva szignifikánsan nagyobb átlagpontszámot kaptak a tanulásban akadályozott tanulók a többségi tanulókkal szemben ( $F=7,96$ ,  $p=0,005$ ;  $t=-3,88$ ,  $p<0,001$ ). A tanulásban akadályozott fiúk és lányok közötti összehasonlításban a tanári megítélés szerint nem mutatható ki statisztikailag jelentős különbség ( $F=4,26$ ,  $p=0,04$ ;  $t=1,57$ ,  $p=0,11$ ). Azonban a normál intellektusú tanulók nemek szerinti összehasonlítása alapján szignifikánsan nagyobb átlagpontszámot kaptak a fiúk a tanári kérdőív kortárskapcsolati problémák skáláján ( $F=3,52$ ,  $p=0,06$ ;  $t=2,22$ ,  $p=0,02$ ).

A tanulók kortárskapcsolati problémák skálán elért pontszámai alapján elkülönítettem a normális, a határeset és a rendellenes eseteket. A kortárskapcsolati problémák skála pontszámai alapján az egyes kategóriákba eső tanulók százalékos megoszlását a 14. táblázatban foglaltam össze részminták szerint.

14. táblázat. A kortárskapcsolati problémák skálapontszámok alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott<br>tanári % | Normál intellektusú<br>tanári % |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Normális    | 75,6                                | 91,2                            |
| Határeset   | 11,6                                | 5,5                             |
| Rendellenes | 12,8                                | 3,3                             |

A tanári pontszámok alapján a két részminta esetén csak a normális esetek száma között van statisztikailag jelentős különbség, ami szignifikánsan több a normál intellektusú tanulók körében ( $F=37,00$ ,  $p<0,001$ ;  $t=2,84$ ,  $p=0,005$ ). A tanári kérdőívek alapján sem a határesetek ( $F=8,93$ ,  $p=0,003$ ;  $t=4,96$ ,  $p<0,001$ ), sem a rendellenes esetek száma között sincs jelentős különbség ( $F=13,95$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-1,77$ ,  $p=0,07$ ).

Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normál övezetbe eső tanulók között nem adódott szignifikáns különbség a normál intellektusú tanulók között. A tanulásban akadályozott fiúkat és lányokat összehasonlítva, azonban szignifikánsan több fiú tanári pontszáma esik a rendellenes övezetbe ( $F=36,69$ ,  $p<0,001$ ,  $t=2,82$ ,  $p=0,007$ ).

#### 4.3.5. A proszociális viselkedés skálán elért értékek

A proszociális viselkedési skálán a normál intellektusú tanulók kapták a nagyobb átlagpontszámot a tanári kérdőívek alapján. Érdekes, azonban, hogy a tanári pontozás alapján a normál intellektusú fiúk proszociális viselkedés skálapontszáma alacsonyabb, mint a tanulásban akadályozott fiúké. A skálán elért átlagpontszámokat a 15. táblázatban foglaltam össze rézminták és nemek szerint.

15. táblázat. A proszociális viselkedés skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott<br>átlag (szórás) |             |             | Normál intellektusú<br>átlag (szórás) |             |             |
|---------|-------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
|         | együtt                                    | fiú         | lány        | együtt                                | fiú         | lány        |
| Tanári  | 6,23 (2,64)                               | 6,14 (2,66) | 6,35 (2,60) | 6,87 (2,50)                           | 5,78 (2,65) | 7,76 (1,99) |

Nem mutatható kis szignifikáns különbség a többségi és tanulásban akadályozott tanulók proszociális skálán elért eredményében a tanári megítélés alapján ( $F=0,52$ ,  $p=0,47$ ;  $t=1,64$ ,  $p=0,10$ ). Ugyancsak nincs jelentős különbség a tanulásban akadályozott fiúk és lányok összehasonlításában ( $F=0,01$ ,  $p=0,90$ ;  $t=-0,36$ ,  $p=0,71$ ), azonban a normál intellektusú tanulók

esetén szignifikánsan több pontot értek el a lányok, mint a fiúk ( $F=2,68$ ,  $p=0,10$ ;  $t=-4,06$ ,  $p<0,001$ ).

A tanulók proszociális viselkedés skálán elért pontszámai alapján elkülönítettem a normális, a határeset és a rendellenes eseteket. A proszociális viselkedés skála pontszámai alapján az egyes kategóriákba eső tanulók százalékos megoszlását a 16. táblázatban foglaltam össze részminták szerint.

16. táblázat. A proszociális viselkedés skálapontszámai alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott<br>tanári % | Normál intellektusú<br>tanári % |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Normális    | 57,0                                | 70,3                            |
| Határeset   | 17,4                                | 13,2                            |
| Rendellenes | 25,6                                | 16,5                            |

Nem mutatható ki statisztikailag jelentős különbség a két részminta között a normális ( $F=11,59$ ,  $p=0,001$ ;  $t=1,85$ ,  $p=0,06$ ), a határeset ( $F=2,47$ ,  $p=0,11$ ;  $t=-0,78$ ,  $p=0,43$ ) és a rendellenes esetek számában ( $F=9,01$ ,  $p=0,003$ ;  $t=-1,48$ ,  $p=0,14$ ).

A normál intellektusú tanulók nemek szerinti összehasonlításban, a tanári pontszámok alapján szignifikánsan több lány pontszáma esik a normál övezetbe ( $F=33,11$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-3,20$ ,  $p=0,002$ ) és szignifikánsan több fiúé a rendellenes övezetbe ( $F=27,91$ ,  $p<0,001$ ;  $t=2,35$ ,  $p=0,022$ ). Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normális övezetbe eső tanulásban akadályozott tanulók között a tanári pontszámok alapján nem adódott szignifikáns különbség.

#### 4.3.6. Az összesített probléma skálán elért értékek

Az összesített probléma skálán – az eddigi problémaskálához hasonlóan – a tanulásban akadályozott tanulók magasabb átlagpontszámot értek el a tanulói és a tanári kérdőíveken egyaránt. A tanulói értékelések alapján a legtöbb pontot a tanulásban akadályozott fiúk, míg a legkevesebbet a normál intellektusú fiúk szerezték. A tanári megítélések szerint a legtöbb pontot szintén a tanulásban akadályozott fiúk kapták, míg a legkevesebbet a tanulói kérdőívekkel ellentétben a normál intellektusú lányok szerezték. Az összesített probléma skálán elért átlagpontszámokat a 17. táblázatban foglaltam össze.

17. táblázat. Az összesített probléma skálán elért átlagpontszámok

| Kérdőív | Tanulásban akadályozott<br>átlag (szórás) |              |              | Normál intellektusú<br>átlag (szórás) |             |             |
|---------|-------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
|         | együtt                                    | fiú          | lány         | együtt                                | fiú         | lány        |
| Tanulói | 12,71 (5,89)                              | 12,98 (6,39) | 12,35 (5,21) | 8,55 (5,50)                           | 7,98 (6,13) | 9,02 (4,94) |
| Tanári  | 12,43 (7,46)                              | 12,80 (8,63) | 11,95 (5,62) | 8,52 (5,33)                           | 9,15 (6,14) | 8,00 (4,57) |

Az önjellemzések alapján az összesített probléma skálán szignifikánsan több pontot értek el a tanulásban akadályozott tanulók, mint a normál intellektusú kortársaik ( $F=0,90$ ,  $p=0,34$ ;  $t=-4,85$ ,  $p<0,001$ ). Nemek szerinti összehasonlításban nem adódott statisztikailag jelentős különbség a tanulásban akadályozott fiúk és lányok ( $F=1,38$ ,  $p=0,24$ ;  $t=0,48$ ,  $p=0,62$ ), illetve a normál intellektusú fiúk és lányok között ( $F=0,93$ ,  $p=0,33$ ,  $t=-0,89$ ,  $p=0,37$ ).

A tanári megítélések alapján szintén szignifikánsan több pontot értek el az összesített probléma skálán a tanulásban akadályozott tanulók ( $F=8,79$ ,  $p=0,003$ ,  $t=-3,99$ ,  $p<0,001$ ). Nemek szerinti összehasonlításban a tanári vélemények szerint sincs különbség a tanulásban akadályozott lányok és fiúk ( $F=8,35$ ,  $p=0,005$ ;  $t=0,55$ ,  $p=0,58$ ), illetve a normál intellektusú lányok és fiúk között ( $F=1,30$ ,  $p=0,25$ ;  $t=1,02$ ,  $p=0,31$ ).

A tanulók összesített probléma skálán elért pontszámai alapján szintén elkülönítettem a normális, a határeset és a rendellenes eseteket. A skála pontszámai alapján az egyes kategóriákba eső tanulók százalékos megoszlását a 18. táblázatban foglaltam össze részminták és értékelők szerint.

18. táblázat. Az összesített problémák skálapontszáma alapján képzett kategóriák

| Kategória   | Tanulásban akadályozott |          | Normál intellektusú |          |
|-------------|-------------------------|----------|---------------------|----------|
|             | tanulói %               | tanári % | tanulói %           | tanári % |
| Normális    | 68,6                    | 46,5     | 90,1                | 75,8     |
| Határeset   | 19,9                    | 23,3     | 5,5                 | 14,3     |
| Rendellenes | 11,5                    | 30,2     | 4,4                 | 9,9      |

Az összesített probléma skála pontszámai alapján szignifikánsan több normál intellektusú tanuló kerül a normális övezetbe ( $F=63,39$ ,  $p<0,001$ ;  $t=3,62$ ,  $p<0,001$ ), illetve szignifikánsan több tanulásban akadályozott gyermek pontszáma tekinthető határesetnek ( $F=40,34$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-2,88$ ,  $p=0,005$ ). A tanulói kérdőívek alapján a rendellenes esetek száma között nincs

szignifikáns különbség ( $F=13,61$ ,  $p<0,001$ ,  $t=-1,76$ ,  $p=0,07$ ). A tanári pontszámok alapján szintén szignifikánsan több normál intellektusú tanuló skálapontszáma tekinthető normálisnak ( $F=29,13$ ,  $p<0,001$ ;  $t=4,16$ ,  $p<0,001$ ). A tanulói kérdőívekkel ellentétben a tanári pontszámok alapján nincs szignifikáns különbség a két részminta határesetének számában ( $F=9,64$ ,  $p=0,002$ ;  $t=-1,52$ ,  $p=0,12$ ). Ugyanakkor szignifikánsan több tanulásban akadályozott gyermek összesített probléma pontszáma tekinthető rendellenesnek ( $F=57,01$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-3,45$ ,  $p=0,001$ ).

Nemek szerinti összehasonlításban a rendellenes, határeset és normális övezetbe eső többségi tanulók között, sem a tanári, sem a tanulói pontszámok alapján nem adódott szignifikáns különbség. A tanulásban akadályozott tanulók között szignifikánsan több lány tanári pontszáma tekinthető határestnek, mint fiúé ( $F=32,87$ ,  $p<0,001$ ;  $t=-2,73$ ,  $p=0,008$ ). A többi kategória között, azonban nem mutatható ki statisztikailag jelentős különbség sem a tanulói, sem a tanári pontszámok alapján.

#### 4.3.7. A kérdőív skálákon elért értékek összefoglalása

Valamennyi problémát feltáró skálán szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a tanulásban akadályozott tanulók a többségi gyermekekkel szemben. A hiperaktivitás skála kivételével a tanulói és a tanári megítélések egyezést mutattak. Több hiperaktivitásra jellemző tünetet véltek felfedezni magukon a tanulásban akadályozott tanulók, mint tanáraik, akik pontozása alapján nem adódott jelentős eltérés a két részminta tünete között. A tanulásban akadályozott fiúk és lányok között egyik skála tekintetében sem adódott jelentős eltérés. A normál intellektusú tanulók esetén, azonban a lányokra több érzelmi tünet és fejlettebb proszociális viselkedés, a fiúkra pedig több kortárskapcsolati probléma jellemző. Továbbá a többségi lányok több érzelmi tünetről számoltak be, mint, ahogyan azt tanárik látják. Az erősségeket feltáró proszociális viselkedés skálán elért eredményekben nem adódott jelentős különbség a két részminta között. Tehát a tanulásban akadályozott gyermekek proszociális viselkedése nem tér el jelentősen a normál intellektusú kortársaikétól. A skálapontszámok alapján képzett határeset és/vagy rendellenes tartományba valamennyi problémát feltáró skála esetén több tanulásban akadályozott gyermek került. A proszociális viselkedés skálán elért eredmények alapján az egyes övezetek részminta szerinti összetétele között nem adódott statisztikailag jelentős eltérés.

#### 4.4. Összefüggés vizsgálatok

##### 4.4.1. A kérdőívskálák közötti összefüggések

Megvizsgáltam a kérdőív skáláinak egymással való korrelációját az egyes részminták és értékelők esetén. A skálák közötti összefüggések információt nyújtanak arról, hogy az egyes pszichés problémákra utaló tünetek között milyen erősségű az együtt járás. A gyakran együtt járó zavarokat jellemző skálák közötti összefüggéseket a 19. táblázatban foglaltam össze Turi, Tóth és Gervai (2011) vizsgálatából származó adatokkal összehasonlításban.

A tanulásban akadályozott tanulók önkitöltős kérdőívén az összesített probléma skála - számításából fakadóan - valamennyi problémát feltáró skálával szignifikánsan korrelál. Szignifikánsan, erősen korrelál az összesített probléma a hiperaktivitás skálával ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ) és az érzelmi tünetek skálával ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ). Nem mutatható ki szignifikáns összefüggés az érzelmi tünetek és a hiperaktivitás skála között ( $r=0,18$ ,  $p=0,08$ ). A tanári kérdőívskálák közötti összefüggéseket vizsgálva tanulásban akadályozott gyermekek esetén megállapítható, hogy az összesített probléma skála és valamennyi probléma skála között szoros összefüggés van. Az összesített probléma skála szignifikánsan, erősen korrelál a hiperaktivitás ( $r=0,82$ ,  $p<0,001$ ), a viselkedési problémák ( $r=0,81$ ,  $p<0,001$ ), a kortárskapcsolati problémák ( $r=0,61$ ,  $p<0,001$ ) és az érzelmi tünetek skálával ( $r=0,62$ ,  $p<0,001$ ). Közepesen erős, negatív összefüggés áll fenn a proszociális viselkedés skála és az összesített probléma skála között ( $r=-0,46$ ,  $p<0,001$ ). Erős, szignifikáns összefüggés mutatható ki a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skála között ( $r=0,64$ ,  $p<0,001$ ), továbbá közepesen erős korreláció a kortárskapcsolati problémák és a viselkedési problémák között ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ). A hiperaktivitás skála gyengén korrelál a kortárskapcsolati skálával ( $r=0,22$ ,  $p=0,04$ ). Az érzelmi tünetek skála gyenge-közepes összefüggésben áll a hiperaktivitás skálával ( $r=0,34$ ,  $p=0,001$ ), illetve gyengén korrelál kortárskapcsolati problémák skálával ( $r=0,26$ ,  $p=0,015$ ). Szintén gyenge kapcsolat mutatható ki a viselkedési problémák és az érzelmi tünetek skála között, az összefüggés, azonban nem szignifikáns ( $r=0,21$ ,  $p=0,055$ ). Szignifikáns, negatív korreláció mutatható ki a proszociális viselkedés skála és a viselkedési problémák ( $r=-0,48$ ,  $p<0,001$ ), kortárskapcsolati problémák ( $r=-0,36$ ,  $p=0,001$ ) és a hiperaktivitás skála között ( $r=-0,39$ ,  $p<0,001$ ). Az érzelmi tünetek és a proszociális viselkedés skála között nincs összefüggés ( $r=-0,07$ ,  $p=0,51$ ).

Az összesített probléma skála a normál intellektusú tanulók esetén is erősen korrelál valamennyi probléma skálával: erős, szignifikáns összefüggésben áll érzelmi tünetek skálával ( $r=0,74$ ,  $p<0,001$ ), és a hiperaktivitás skálával ( $r=0,85$ ,  $p<0,001$ ). Az érzelmi tünetek skála közepesen korrelál a hiperaktivitás skálával ( $r=0,42$ ,  $p<0,001$ ). Normál intellektusú tanulók

esetén is megvizsgáltam a tanári kérdőív skáláinak összefüggéseit. Az összesített probléma skála szignifikánsan, erősen korrelál a hiperaktivitás ( $r=0,78$ ,  $p<0,001$ ), a viselkedési problémák ( $r=0,75$ ,  $p<0,001$ ), a kortárskapcsolati problémák ( $r=0,62$ ,  $p<0,001$ ) és az érzelmi tünetek skálával ( $r=0,67$ ,  $p<0,001$ ). Közepesen erős, negatív összefüggés áll fenn a proszociális viselkedés skála és az összesített probléma skála között ( $r=-0,48$ ,  $p<0,001$ ). Erős, szignifikáns összefüggés mutatható ki a viselkedési problémák és a hiperaktivitás skála között ( $r=0,58$ ,  $p<0,001$ ). Gyenge a korreláció a kortárskapcsolati problémák és a viselkedési problémák között ( $r=0,28$ ,  $p=0,008$ ). A kortárskapcsolati problémák skála és a hiperaktivitás skála között nincs összefüggés ( $r=0,17$ ,  $p=0,10$ ). Az érzelmi tünetek skála szintén gyenge összefüggésben áll a hiperaktivitás skálával ( $r=0,26$ ,  $p=0,015$ ), azonban közepesen-erősen korrelál a kortárskapcsolati problémák skálával ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ). Gyenge kapcsolat mutatható ki a viselkedési problémák és az érzelmi tünetek skála között ( $r=0,26$ ,  $p=0,011$ ). Negatív korreláció mutatható ki a proszociális viselkedés skála és a viselkedési problémák ( $r=-0,55$ ,  $p<0,001$ ), kortárskapcsolati problémák ( $r=-0,25$ ,  $p=0,019$ ) és a hiperaktivitás skála között ( $r=-0,49$ ,  $p<0,001$ ). Az érzelmi tünetek és a proszociális viselkedés skála között a tanári kérdőíveken nincs összefüggés ( $r=-0,13$ ,  $p=0,90$ ).

19. táblázat. A gyakran együtt járó zavarokat jellemző skálák közötti összefüggések

| Értékelő                | Érzelmi tünetek-<br>Viselkedési problémák | Érzelmi tünetek-<br>Hiperaktivitás | Viselkedési problémák-<br>Hiperaktivitás |
|-------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| Tanulásban akadályozott | -                                         | 0,18                               | -                                        |
| Normál intellektusú     | -                                         | 0,42                               | -                                        |
| Tanári (tanulásban ak.) | 0,21                                      | 0,34                               | 0,64                                     |
| Tanári (normál int.)    | 0,26                                      | 0,25                               | 0,58                                     |
| SDQ-Magy tanulói *      | -                                         | 0,25                               | -                                        |
| SDQ-Magy tanári *       | 0,16                                      | 0,22                               | 0,70                                     |

\* Turi, Tóth és Gervai (2011) vizsgálatából származó korrelációs együtthatók (Spearman rho)

Az eredményekből látható, hogy a legerősebb korreláció mindkét részminta esetén az externalizáló zavarokra utaló viselkedési problémák és hiperaktivitás skála között tapasztalható. Ugyanakkor az érzelmi tünetek gyengén korrelálnak a viselkedési problémákkal, illetve a tanári kérdőíveken a hiperaktivitással. Normál intellektusú tanulók esetén a jellegzetesen externalizáló és internalizáló zavarokra utaló tünetek nem különülnek el, úgy, mint a tanulásban akadályozott gyermekek között. A többségi tanulók önkéntes

kérdőíve alapján a hiperaktivitás és érzelmi tünetek skála meglehetősen erős összefüggést mutat, mely szoros összefüggés a tanári kérdőíven nem mutatkozik. Feltételezhető, hogy a környezettől érkező negatív válaszok a hiperaktivitás tünetekre érzelmi reakciókhoz vezetnek, melyeket a tanárok kevésbé érzékelnek. További érdekes jelenség, hogy a normál intellektusú tanulók esetén az érzelmi tünetek és a kortárskapcsolati problémák skála között közepesen erős az együtt járás, míg e két skála a tanulásban akadályozott tanulók esetén jóval gyengébb összefüggést mutat. Tehát a normál intellektusú tanulók érzelmi tünetei és kortárskapcsolati problémái szoros összefüggésben állnak, ami nem meglepő, hiszen a serdülőkor a kortárskapcsolatok alakulásának jellegzetesen szenzitív szakasza. Tehát a kortárskapcsolati problémák valószínűleg emocionális tünetekben nyilvánulnak meg. Tanulásban akadályozott tanulók esetén a kortárskapcsolati problémák inkább a viselkedési problémákkal állnak összefüggésben. Előfordulhat tehát, hogy a kortársak elutasítására a gyermek figyelemfelhívó magatartással válaszol, vagy a nem kívánatos viselkedés vezet a kortárskapcsolati problémák kialakulásához.

#### 4.4.2. A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggései

A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggéseinek vizsgálata lehetővé teszi, hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogyan vélekednek a tanulók és a tanárok az egyes problémákról, valamint információt nyújt arról, hogy a pedagógusok és a tanulók megítélései között milyen erősségű az egyezés vagy éppen eltérés.

A tanulásban akadályozott gyermekek részmintáján a tanulói kérdőív érzelmi tünetek skála pontszámai szignifikáns, közepesen erős korrelációt mutatnak a tanári megítéléssel ( $r=0,41$ ,  $p<0,001$ ). A többségi gyermekek és tanáraik érzelmi tünetek skála pontszámai között szignifikáns, erős együtt járás mutatkozik ( $r=0,63$ ,  $p<0,001$ ). A tanulásban akadályozott tanulók és a tanárok jellemzése között gyenge-közepes, szignifikáns együtt járás mutatkozik a hiperaktivitás skálán ( $r=0,38$ ,  $p<0,001$ ). A normál intellektusú tanulók és tanáraik hiperaktivitás skálán adott válaszai közepesen-erősen korrelálnak egymással ( $r=0,58$ ,  $p<0,001$ ). A tanulásban akadályozott tanulók és a tanárok jellemzése között gyenge-közepes, szignifikáns együtt járás mutatkozik az összesített probléma skálán ( $r=0,32$ ,  $p=0,002$ ). A normál intellektusú tanulók és tanáraik válaszai között erős a korreláció ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ).

Az egyes skálák esetén az értékelők közötti összefüggések értékét *Turi, Tóth és Gervai*, (2011) vizsgálatából származó adatokkal a 20. táblázatban összehasonlítottam. A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggéseit vizsgálva megállapítható, hogy a proszociális viselkedés skála kivételével, a tanári megítélések erősebb összefüggést mutatnak a normál

intellektusú tanulók megítéléseivel. Az adatókból, azonban látható, hogy vizsgálatomban mind a tanulásban akadályozott tanulók, mind pedig a normál intellektusú tanulók válaszai erősebb összefüggést mutatnak a tanári válaszokkal, mint *Turi, Tóth és Gervai, (2011)* vizsgálatában.

20. táblázat. A kérdőívskálák értékelők közötti összefüggései

| Skála                | Tanulásban<br>akadályozott<br>tanár-gyermek | Normál<br>intellektusú<br>tanár-gyermek | SDQ-Magy<br>tanár-gyermek *<br>(Spearman rho) |
|----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Összesített probléma | 0,32                                        | 0,68                                    | 0,24                                          |
| Érzelmi tünetek      | 0,41                                        | 0,63                                    | 0,15                                          |
| Hiperaktivitás       | 0,38                                        | 0,58                                    | 0,30                                          |

\*(*Turi, Tóth és Gervai, 2011*)

Tanulásban akadályozott gyermekek körében a tanári és tanulói megítélések az érzelmi tünetek esetén mutatják a legerősebb összefüggést. A hiperaktivitás skála esetén az értékelők közötti egyezés ennél valamivel gyengébb. Az összesített probléma skála esetén a gyenge korreláció összefüggésben állhat azzal, hogy a tanulói kérdőíveken a kortárskapcsolati és viselkedés problémákra utaló skálák nem minősültek kellően megbízhatónak. Mivel az összesített probléma skála az említett két skála adatait is tartalmazza, így valószínűsíthető, hogy a gyenge megbízhatóság is befolyásolta a korrelációs együtttható értékét. Ugyanakkor meglepően erős összefüggések tapasztalhatók a többségi tanulók és tanáraik értékelésében. Az erős összefüggést befolyásolhatta, hogy a kérdőívskálák megbízhatóbban működtek a normál intellektusú tanulók körében.

#### 4.5. A problémákra utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata

##### 4.5.1. A háttérváltozók ismertetése

Megvizsgáltam, hogy a kérdőív egyes skáláin elért eredmények milyen háttérváltozókkal hozhatók összefüggésbe részminták és értékelők szerint. A tanárok által kitöltött háttérkérdőív kérdései a gyermekek testi és pszichés betegségeire, családi hátterére, továbbá tanulásban akadályozott gyermekek esetén az IQ-ra, többségi gyerekek esetén pedig az esetleges tanulási problémákra, zavarokra vonatkoztak. Az IQ-ra vonatkozó kérdés megválaszolása sok esetben elmaradt, ezért az adatot nem tudtam bevonni az elemzésbe. Utólag képeztem a gyermek elhanyagoltságára vonatkozó változót három háttérváltozó összevonásával: a gyermek érzelmileg elhanyagolt, a szülők nem érdeklődőek a gyermek

iskolai munkája iránt és a szülők nem partnerek a gyermek iskolai problémáinak megoldásában. Szintén utólag képeztem a családmoddellre vonatkozó változót. Egyszülős családmoddell esetén az anya vagy apa egyedül neveli a gyermeket. A kétszülős családban édesanya és édesapa, illetve anya és nevelőapa vagy apa és nevelőanya neveli a gyermeket. A vérszerinti szülők nélkül nevelkedő gyermekek közé a rokon vagy nevelőszülők által nevelt, illetve állami gondozásban élő tanulók tartoznak. Az egyes skálák kapcsán csak azokat a háttérváltozókat ismertetem, amelyek szignifikáns kapcsolatot mutatnak a skálapontszámokkal.

#### 4.5.2. Tanulásban akadályozott gyermekek problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolata

##### 4.5.2.1. Az érzelmi tünetetek és a háttérváltozók kapcsolata

A tanulásban akadályozott fiúkat és lányok önjellemzését vizsgálva megállapítható, hogy az érzelmi tünetek skálapontszám a családi háttérváltozók közül csak azzal áll szignifikáns összefüggésben, hogy ki neveli a gyermeket. A vérszerinti szülők nélkül nevelkedő tanulók és az érzelmi tünetek skálán elért rendellenes pontszám között gyenge, szignifikáns a korreláció ( $r=0,29$ ,  $p=0,008$ ). A skálán elért rendellenes pontszám negatívan korrelál a kétszülős családmoddellrel ( $r=-0,27$ ,  $p=0,01$ ). Vagyis az internalizáló zavarok több tünetét mutatják azok a gyermekek, akiket rokon vagy nevelőszülő nevel, illetve állami gondozásban élnek. A családmoddell és tanári megítélések között viszont nincs szignifikáns kapcsolat. Az önjellemzések alapján, a skálán határesetnek tekinthető esetek szignifikáns összefüggést mutatnak a hiperkinetikus magatartászavarral ( $r=0,30$ ,  $p=0,005$ ) és a szorongással ( $r=0,32$ ,  $p=0,003$ ). A pszichés betegségek és a tanári pontszámok közötti összefüggés gyenge-közepesnek tekinthető ( $r=0,38$ ,  $p<0,001$ ). Vagyis a tanárok több érzelmi tünetet vélnek felfedezni azokon a gyermekeken, akiknek diagnosztizált pszichés betegsége van. A tanári pontszámok összefüggésben állnak a hiperkinetikus magatartászavarral ( $r=0,29$ ,  $p=0,006$ ), a depresszióval ( $r=0,29$ ,  $p=0,007$ ), a hiperaktivitással ( $r=0,25$ ,  $p=0,02$ ), a gyermekkori emocionális zavarral ( $r=0,23$ ,  $p=0,03$ ) és a szorongással ( $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ).

##### 4.5.2.2. A viselkedési problémák és a háttérváltozók kapcsolata

A viselkedési problémák skálán elért pontszámok több családi háttérváltozóval állnak szignifikáns összefüggésben. Az tanulói kérdőív skáláján elért pontszám negatívan korrelál az anya ( $r=-0,28$ ,  $p=0,03$ ) és az apa iskolai végzettségével ( $r=-0,30$ ,  $p=0,02$ ). Tehát minél magasabb a szülő iskolai végzettsége, annál kevesebb viselkedési problémára utaló tünet

jellemző a gyermekekre. A tanári pontszámok negatív összefüggésben állnak az apa munkaviszonyával ( $r=-0,26$ ,  $p=0,04$ ). Tehát a tanárok több viselkedési problémára utaló tünetet vélnek felfedezni azon tanulókon, akiknek édesapja vagy gondviselője munkanélküli. A skálán elért pontszám pozitív összefüggésben áll azzal, hogy a gyermek elhanyagolt-e ( $r=0,33$ ,  $p=0,003$ ), főként, ha az elhanyagolás érzelmi jellegű ( $r=0,40$ ,  $p<0,001$ ). A tanári pontszámok további negatív összefüggést mutatnak azzal, hogy a gyermek szülei partnerek-e a problémák megoldásában ( $r=-0,23$ ,  $p=0,04$ ). A viselkedési problémák skálán elért pontszámok a pszichés zavarok közül a gyermekkori emocionális zavarral ( $r=0,35$ ,  $p=0,001$ ) és a hiperkinetikus magatartászavarral mutatnak összefüggést ( $r=0,26$ ,  $p=0,01$ ).

#### *4.5.2.3. A hiperaktivitás tünetei és a háttérváltozók kapcsolata*

A hiperaktivitás skálán elért pontszám és az anya iskolai végzettsége között negatív összefüggés áll fenn ( $r=-0,32$ ,  $p=0,01$ ), tehát minél magasabb az anya iskolai végzettsége a gyermek annál kevésbé mutatja a hiperaktivitás tüneteit. A skálapontszám szintén negatívan korrelál azzal, hogy anyának ( $r=-0,24$ ,  $p=0,048$ ) és az apának ( $r=-0,36$ ,  $p=0,004$ ) van-e munkaviszonya. Illetve pozitív összefüggésben áll azzal, hogy a család anyagilag hátrányos helyzetű-e ( $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ). A családra vonatkozó háttérváltozók és a tanári pontszámok között a testvérek száma negatívan korrelál a skálán normálisnak tekinthető pontszámmal ( $r=-0,34$ ,  $p=0,002$ ). Tehát minél több testvére van a gyermeknek a tanárok annál inkább értékelték súlyosabbnak a tanuló tüneteit. További összefüggés mutatható ki a tanári pontszámok és a gyermek hátrányos helyzete ( $r=0,27$ ,  $p=0,02$ ), illetve érzelmi elhanyagoltsága között ( $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ). A tanulói kérdőívek skáláján határesetnek tekinthető pontszám a pszichés rendellenességek között a depresszióval ( $r=0,29$ ,  $p=0,006$ ) és a hiperaktivitás diagnózisával korrelál ( $r=0,28$ ,  $p=0,008$ ). A skálán elért rendellenes pontszám és a szuicid hajlam között szintén pozitív a kapcsolat ( $r=0,29$ ,  $p=0,006$ ). Az egyes pszichés betegségek és a tanári pontszámok között nincs szignifikáns kapcsolat.

#### *4.5.2.4. A kortárskapcsolati problémák és a háttérváltozók kapcsolata*

Az eddig elemzett skáláktól eltérően először jelenik meg a gyermek nemének hatása a skálán elért eredményre. A tanári megítélések szerint a fiúkra inkább jellemzőek a rendellenes kortárskapcsolati problémák, mint a lányokra ( $r=-0,26$ ,  $p=0,01$ ). A rendellenes tüneteket mutató estekkel a tanári pontozás tekintetében szignifikánsan összefügg, ha a gyermek vérszerinti szülők nélkül nevelkedik ( $r=0,23$ ,  $p=0,03$ ). A gyermek testi betegsége pozitív

összefüggésben áll a rendellenes esetekkel ( $r=0,22$ ,  $p=0,04$ ). Szintén pozitív a korreláció a rendellenes kortárskapcsolati problémák és a gyermek pszichés eredetű betegsége között ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ). Tehát a tanári megítélések alapján jelentős összefüggés mutatható ki a rendellenes kortárskapcsolati problémák és pszichés zavarok között. A tanári megítélések szerint skálapontszám a hiperkinetikus magatartászavarral ( $r=0,36$ ,  $p=0,001$ ), a szuicid hajlammal ( $r=0,36$ ,  $p=0,001$ ) és az emocionális zavarral áll összefüggésben ( $r=0,52$ ,  $p<0,001$ ).

#### *4.5.2.5. A proszociális viselkedés zavarára utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata*

A gyermek elhanyagolása és a rendellenes esetek között gyenge, szignifikáns az összefüggés ( $r=0,23$ ,  $p=0,04$ ), különös tekintettel arra, ha a gyermek érzelmileg elhanyagolt, mely negatívan befolyásolja a skálán elért eredményt ( $r=-0,38$ ,  $p=0,001$ ). A proszociális viselkedés skálán elért eredmény és a testi betegségek között nincs összefüggés. A tanári pontszámok alapján a proszociális viselkedés skála pontszáma negatívan korrelál a pszichés betegségekkel ( $r=-0,25$ ,  $p=0,02$ ), tehát kevesebb a skálán elért pontszáma a diagnosztizált pszichés zavarral küzdő tanulóknak. A skálapontszám alapján a határeset övezet és a szelektív mutizmus között mutatkozik szignifikáns összefüggés ( $r=0,24$ ,  $p=0,02$ ).

#### *4.5.2.6. Az összesített probléma skálán elért pontszámok és a háttérváltozók kapcsolata*

Az összesített probléma skálán határeset övezetbe eső tanári pontszámok összefüggésben állnak a gyermek nemével ( $r=0,30$ ,  $p=0,005$ ). A pontszámok alapján több tanulásban akadályozott lány eredménye tekinthető határesetnek. Az életkorral kapcsolatos korreláció alapján a gyermekek életkorának növekedése több rendellenes esetet von maga után ( $r=0,24$ ,  $p=0,02$ ). Az összesített probléma skálán elért tanulói pontszám alapján normális övezetbe tartozó esetek és az anya iskolai végzettsége között pozitív összefüggés áll fenn ( $r=0,35$ ,  $p=0,006$ ). A határeset tartományba sorolt eseteket a testvérek száma szignifikánsan befolyásolja ( $r=0,34$ ,  $p=0,002$ ). A család anyagilag hátrányos helyzete és a skálán elért normálisnak tekinthető pontszámok között negatív összefüggés áll fenn ( $r=-0,33$ ,  $p=0,003$ ). Tehát az anyagilag nem hátrányos helyzetű tanulók összesített probléma pontszáma valószínűbben esik a normális tartományba. A gyermek hátrányos helyzete és a tanári pontszámok között is pozitív az összefüggés ( $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ). A szülők munkaviszonya közül az apa munkaviszonya van pozitív összefüggésben a skálán elért normális pontszámmal a tanulói ( $r=0,27$ ,  $p=0,03$ ) és a tanári kérdőíveken egyaránt ( $r=0,30$ ,  $p=0,01$ ). A gyermek elhanyagolása negatívan korrelál a skálán kapott normális pontszámmal ( $r=-0,26$ ,  $p=0,02$ ).

Szintén negatív összefüggés mutatható ki a gyermek elhanyagoltsága és a skálán elért normálisnak tekinthető eredmény között a tanári pontszámok szerint is ( $r=-0,31$ ,  $p=0,007$ ). Az érzelmi elhanyagoltság és a tanári pontszámok között pozitív a korreláció ( $r=0,39$ ,  $p<0,001$ ). Az összesített probléma skála pontszámát a testi betegség gyengén befolyásolja ( $r=0,23$ ,  $p=0,03$ ). Pszichés eredetű rendellenességek közül a szuicid hajlam a határesetnek tekinthető pontszámmal ( $r=0,22$ ,  $p=0,04$ ), míg a hiperaktivitás a rendellenes pontszámmal áll szignifikáns összefüggésben ( $r=0,29$ ,  $p=0,005$ ). A tanári pontszámok szintén szignifikáns összefüggést mutatnak a gyermekek pszichés rendellenességeivel ( $r=0,35$ ,  $p=0,001$ ), melyek közül a hiperkinetikus magatartászavar ( $r=0,33$ ,  $p=0,002$ ), a gyermekkori emocionális zavar ( $r=0,35$ ,  $p=0,001$ ) és a depresszió mutat szorosabb korrelációt ( $r=0,23$ ,  $p=0,03$ ).

#### *4.5.2.7. A tanulásban akadályozott tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolatának összegzése*

A háttérváltozók közül a gyermekek életkora csak az összesített probléma skálán elért tanári pontszámmal áll szignifikáns összefüggésben. Az életkor előrehaladtával a rendellenes problémák száma növekszik. A gyermek nemének hatása a kortárskapcsolati skálán elért rendellenes tanári pontszámban, illetve az összesített probléma skálán elért határeset pontszámban mutatkozik meg. Előbbi a tanulásban akadályozott fiúk, utóbbi a tanulásban akadályozott lányokkal mutat kapcsolatot. A családi háttérváltozók közül a szülők iskolai végzettsége inkább a tanulói pontszámokkal áll összefüggésben. A szülők és leginkább az anya iskolai végzettsége befolyásolja a gyermekek problémákra utaló tüneteit. Ugyanakkor az apa munkaviszonyának befolyásoló ereje mindkét értékelő esetén több skála tekintetében is megjelent. A gyermek elhanyagoltsága és főként érzelmi elhanyagoltsága a tanulói és tanári pontszámokkal több skála esetén is szignifikánsan korrelál. Ugyancsak befolyásoló erővel bír a család anyagilag hátrányos helyzete, illetve, ha a gyermek vérszerinti szülei nélkül nevelkedik. A testvérek száma a tanári pontozással többször korrelált, de az összesített probléma skálán elért pontszámokat a tanulói válaszokban is befolyásolta. A testi betegség többnyire a tanulói pontszámokkal áll összefüggésben, mely a beteg gyermekek fokozottabb vulnerabilitására enged következtetni. A skálákon elért pontszámok és az egyes pszichés betegségek közötti kapcsolat a kérdőív szűrőképességét bizonyítja, tehát a rendellenességeket megfelelően képes diszkriminálni tanulásban akadályozott gyermekek esetén is.

#### 4.5.3. A normál intellektusú tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolata

##### 4.5.3.1. Az érzelmi tünetek és a háttérváltozók kapcsolata

Az érzelmi tünetek skálán elért tanulói pontszámok és a gyermek neme gyengén, de szignifikánsan összefügg ( $r=0,26$ ,  $p=0,012$ ). A pozitív kapcsolat azt jelenti, hogy a skálán elért magasabb pontszám a lányokra jellemző inkább. A skálán elért pontszám összefüggésben áll a gyermekek hátrányos helyzetével ( $r=0,23$ ,  $p=0,034$ ). Az összefüggés a rendellenes pontszámok esetén is megmutatkozik ( $r=0,23$ ,  $p=0,036$ ). Az érzelmi skálán elért rendellenes tanulói pontszám a hátrányos helyzet mellett a gyermekek testi betegségével áll gyenge, de szignifikáns összefüggésben ( $r=0,22$ ,  $p=0,038$ ). A skálapontszám szintén gyenge, negatív összefüggésben áll az anya munkaviszonyával ( $r=-0,23$ ,  $p=0,037$ ). Tehát a skálán több pontszámot értek el azok a tanulók, akiknek édesanyja jelenleg munkanélküli. Az érzelmi skálán kapott tanári pontszámok egyetlen háttérváltozóval sem állnak szignifikáns kapcsolatban.

##### 4.5.3.2. A viselkedési problémák és a háttérváltozók kapcsolata

A tanári pontszámok és az anya iskolai végzettsége között gyenge, negatív a korreláció ( $r=-0,23$ ,  $p=0,04$ ). A tanárok, tehát valamivel kevesebb viselkedési problémát látnak a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező anyák gyermekein. A tanári pontszámok alapján normál övezetbe eső tanulók valószínűbben nem hátrányos helyzetűek ( $r=-0,22$ ,  $p=0,04$ ) és családjuk anyagilag sem hátrányos helyzetű ( $r=-0,29$ ,  $p=0,005$ ). Továbbá valószínűsíthető, hogy a gyermekek érzelmileg nem elhanyagoltak ( $r=-0,22$ ,  $p=0,04$ ), a szülők érdeklődnek a gyermek iskolai munkája iránt ( $r=0,29$ ,  $p=0,005$ ) és a tanuló nem BTM státuszú ( $r=-0,23$ ,  $p=0,027$ ). A tanári pontszámok alapján rendellenes esetek összefüggést mutatnak a gyermek, szülő nélkül való nevelkedésével ( $r=0,32$ ,  $p=0,002$ ), illetve az érzelmi elhanyagoltságával ( $r=0,35$ ,  $p=0,001$ ), a határesetek, pedig a tanulási zavarral ( $r=0,29$ ,  $p=0,006$ ).

##### 4.5.3.3. A hiperaktivitás tünetei és a háttérváltozók kapcsolata

A hiperaktivitás skálán elért tanuló pontszám gyenge összefüggésben áll a gyermek hátrányos helyzetével ( $r=0,26$ ,  $p=0,014$ ), érzelmi elhanyagoltságával ( $r=0,27$ ,  $p=0,012$ ), illetve BTM státuszával ( $r=0,34$ ,  $p=0,001$ ). A skálán elért rendellenes tanulói pontszámok az érzelmi elhanyagoltság ( $r=0,38$ ,  $p<0,001$ ) és BTM státusz mellett ( $r=0,29$ ,  $p=0,005$ ), a szülő nélkül való nevelkedéssel hozható kapcsolatba ( $r=0,34$ ,  $p=0,001$ ). Utóbbi három változó a rendellenes övezetbe eső tanári pontszámokkal is összefüggésben állnak. Szintén szignifikáns

az összefüggés a rendellenes tanulói pontszámok és aközött, hogy a szülők érdeklődnek-e a gyermek iskolai munkája iránt ( $r=-0,22$ ,  $p=0,039$ ). A hiperaktivitás skálán kapott magasabb tanári pontszámok kapcsolódnak a gyermek tanulási zavarához ( $r=0,24$ ,  $p=0,023$ ) és BTM státuszához ( $r=0,39$ ,  $p<0,001$ ).

#### *4.5.3.4. A kortárskapcsolati problémák és a háttérváltozók kapcsolata*

A tanári pontszámok kevés háttérváltozóval állnak kapcsolatban a kortárskapcsolati skála esetén. A pontszámok alapján határesetnek tekinthető kortárskapcsolati problémák és a tanulási zavar között szignifikáns az összefüggés ( $r=0,27$ ,  $p=0,01$ ). A tanárok valamivel több kortárskapcsolati problémát vélnek felfedezni a fiúk között ( $r=-0,23$ ,  $p=0,029$ ) illetve az egyszülős családban nevelkedő tanulók között ( $r=-0,26$ ,  $p=0,01$ ).

#### *4.5.3.5. A proszociális viselkedés zavarára utaló tünetek és a háttérváltozók kapcsolata*

A proszociális viselkedés esetén szignifikánsan összefügg a skálán elért magasabb pontszám a tanulók nemével ( $r=0,39$ ,  $p<0,001$ ) és negatívan korrelál a gyermekek életkorával ( $r=-0,37$ ,  $p<0,001$ ). Tehát a tanári kérdőíveken a lányok és a fiatalabb tanulók magasabb pontszámot értek el a proszociális viselkedés skálán. A határesetnek tekinthető pontszámok összefüggnek a család anyagilag hátrányos helyzetével ( $r=0,25$ ,  $p=0,019$ ) és a gyermekek érzelmi elhanyagoltságával ( $r=0,31$ ,  $p=0,004$ ). A skálán valószínűbben értek el normál övezetbe eső pontszámot azok a tanulók, akik nem BTM-esek ( $r=-0,39$ ,  $p<0,001$ ) és nem küzdenek tanulási zavarral ( $r=-0,22$ ,  $p=0,03$ ).

#### *4.5.3.6. Az összesített probléma skálán elért pontszámok és a háttérváltozók kapcsolata*

Az összesített probléma skálán elért, határeset övezetbe eső tanulói pontszám gyenge, negatív összefüggést mutat az apa iskolai végzettségével ( $r=-0,24$ ,  $p=0,037$ ) és szoros kapcsolatot a gyermek érzelmi elhanyagoltságával ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ). Utóbbi összefüggés a tanári pontszámokkal is összefügg ( $r=0,45$ ,  $p<0,001$ ). A szülők érdektelensége a gyermek iskolai munkája iránt szintén korrelál a határesetekkel ( $r=0,29$ ,  $p=0,005$ ). Közepesen erősen összefügg a határeset övezetbe eső pontszámmal az, ha a gyermek, szülő nélkül nevelkedik ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ) és ennél valamivel gyengébben, ha a tanuló BTM státuszú ( $r=0,33$ ,  $p=0,002$ ). A tanári pontszámok szerint az előbbi gyengébben ( $r=0,27$ ,  $p=0,01$ ), utóbbi valamivel erősebben korrelál a skálán elért pontszámokkal ( $r=0,37$ ,  $p<0,001$ ). Gyenge, negatív az összefüggés a normál övezetbe eső esetek és a hátrányos helyzet között ( $r=-0,23$ ,

$p=0,03$ ). A tanulási zavar a rendellenesnek tekinthető tanári pontszámokkal korrelál ( $r=0,29$ ,  $p=0,006$ ).

#### *4.5.3.7. A normál intellektusú tanulók problémákra utaló tünetei és a háttérváltozók kapcsolatának összegzése*

A normál intellektusú tanulók valamennyi problémakálán elért eredménye összefüggésben áll a gyermek hátrányos helyzetével, a család anyagilag hátrányos helyzetével és a tanulók érzelmi elhanyagoltságával. A szülők iskolai végzettsége, illetve a szülők munkaviszonya főként a gyermekek érzelmi tüneteire és viselkedési problémáira van hatással. Emellett gyakorta megjelenő együtt járás jelentkezik a tünetpontszámok és a BTM státusz, valamint a tanulási zavar között. Utóbbi két háttérváltozó hatása, tehát növeli a gyermek pszichés problémáinak kockázatát. Szintén nem elhanyagolható a hátrányos helyzet hatása a gyermekek tünetpontszámaira, hiszen az eredményekből látható, hogy a szerényebb körülmények közül érkező gyermekek és/vagy tanáraik valószínűbben számolnak be több problémáról, mint a nem hátrányos helyzetű kortársaik esetén.

### 4.6. Az eredmények összegzése

#### 4.6.1. Hipotézisek igazolása

1. Feltételezem, hogy a Képességek és Nehézségek Kérdőív egyszerűsített változatának magyar adaptációja alkalmazható tanulásban akadályozott gyermekek körében. Az első hipotézisem részben igazolást nyert. A tanulói kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek tekinthető (Cronbach- $\alpha=0,60$ ), ugyanakkor a viselkedési problémák skála, a kortárskapcsolati problémák skála, valamint a proszociális viselkedés skála reliabilitása kevésbé megbízhatónak bizonyult (Cronbach- $\alpha<0,60$ ).

2. Feltételezem, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el a kérdőív összesített probléma skáláján, mint a normál intellektusú gyermekek az önkítöltős és a tanári kérdőíveken egyaránt.

A második hipotézisem igazolást nyert. A tanulásban akadályozott gyermekek a tanulói és a tanári értékelések alapján is szignifikánsan több pontot szereztek a kérdőív összesített probléma skáláján.

3. Feltételezem, hogy a lányok az érzelmi tünetek és proszociális skálán, a fiúk a viselkedési problémák és hiperaktivitás skálán érnek el szignifikánsan magasabb pontszámot mindkét részminta esetén.

Harmadik hipotézisem nem nyert igazolást. A normál intellektusú lányok szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az érzelmi tünetek és a proszociális skálán, azonban a hiperaktivitás és a viselkedési problémák skálán nem adódott statisztikailag jelentős eltérés a két nem összehasonlításában. A tanulásban akadályozott fiúk és lányok között egyik skála tekintetében sem volt szignifikáns a különbség.

#### 4.6.2. Eredmények összefoglalása, következtetések

A kérdőívre vonatkozó elemzések, illetve az egyes skálák belső konzisztenciájának vizsgálatából származó eredmények arra engednek következtetni, hogy tanulásban akadályozott mintán az ötskálás elemzés mérsékelten megbízhatóan használható önkitöltős kérdőívek esetén. A Haynes és mtsai (2013) által javasolt három összevont skála használata jelentősen növelte a skálák reliabilitás mutatóját. Az így képzett skálák szintén képesek lehetnek az erősségek és a problémák elkülönítésére. Az összevont externalizáló tünetek skála is megbízhatóbban működne, mint önmagában a hiperaktivitás vagy viselkedési problémák skála.

A tanári és tanulói kérdőívekből származó adatok alapján elmondható, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek minden problémát feltáró skálán szignifikánsan magasabb pontszámot kaptak, illetve valamennyi skálán szignifikánsan több a rendellenes esetek száma, mint normál intellektusú kortársaik között. Eredményeim tehát illeszkednek a nemzetközi adatokhoz, hogy tanulásban akadályozott fiatalok között nagyobb a kockázat a viselkedési és pszichés zavarok kialakulására (pl. King, Lacy, és Siegel, 2014; Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011). Ugyanakkor az erősségeket feltáró proszociális viselkedés skálán nem mutatkozott jelentős különbség. Ez az eredmény azért is hasznosnak bizonyul, mert a tanulásban akadályozott gyermekek szociális képességeinek fejlesztése során ezen erősségekre támaszkodni lehet.

Eredményeim szerint a tanulásban akadályozott gyermekek nemének nem volt magyarázó ereje az egyes tünetek jelentkezésében. Ugyanakkor figyelemre méltó az egyes családi háttérváltozók szerepe a pszichés zavarokra utaló tünetek jelentkezésében. A tanulásban akadályozott gyermekek jellemzően rosszabb szociokulturális háttérrel rendelkeznek, illetve többen élnek rokon gyámsága alatt, nevelőszülőkkel vagy állami gondozásban. Jelen vizsgálatban a felsorolt háttérváltozók befolyásoló ereje több pszichés zavarra utaló tünet kapcsán is megjelent. Szintén kapcsolatot mutat a gyermek elhanyagolása a pszichés zavarokra utaló tünetek megjelenésében. Az említett jelenségek alapján tehát

valóban több negatív életeseménnyel szembesülnek a tanulásban akadályozott gyermekek, mely *Hermans és Evenhuis* (2012) elméletét igazolja. Szerintük ugyanis az életük során gyakrabban megjelenő negatív életesemények növelik a kockázatot a pszichés zavarok kialakulására.

Normál intellektusú tanulók között a hátrányos helyzet mellett a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézség, valamint a tanulási zavar (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia) több esetben is magyarázta a pszichés tünetek megjelenését. Az eredmények alapján arra lehet következtetni, hogy a tanulási zavar vagy nehézség okozta különbség a tanulmányi teljesítmény és az intellektuális képességek szerint elvárható eredmények között fokozott stresszforrást jelent (*Thaler, Kazemi és Wood*, 2010). A szülők és a pedagógusok sok esetben a tanulmányi teljesítmény és a viselkedés sikeres megnyilvánulásai szerint ítélik meg a gyermekeket, így a tanulási zavarral küzdő gyermekek számára frusztráló hatásként jelennek meg a tanulmányokban való kudarcok és az interperszonális kapcsolatokban felmerülő nehézségek (*Bolla*, 2014). Vizsgálatomban a normál intellektusú gyermekek részmintáján a tanulási zavar összefüggést mutat a kortárskapcsolati problémákkal, mely kapcsolatban állhat azzal, hogy a tanulási zavarral küzdő gyermekek tanulmányi- és szociális énképe sok esetben negatív (*Bryan, Burstein és Ergul*, 2004). Illetve gyakrabban szembesülnek elutasítással, gúnyolódással, mint tipikusan fejlődő társaik, melynek következtében szociometriai státuszuk is kedvezőtlenül alakulhat (*Wiener és Schneider*, 2002).

A minta nagysága lehetővé tette az eredmények statisztikai elemzését, azonban az elemszám növelésével árnyaltabb képet kaphatnánk a tanulásban akadályozott gyermekek pszichés státuszáról, az egyes háttérváltozók befolyásoló erejéről, illetve a nemek közötti különbségekről. A tanulók hátrányos helyzete, illetve a család anyagilag hátrányos helyzete mindkét részminta esetén összefüggést mutatott a tanulók tünetpontszámaival. A hátrányos helyzetnek az egyes viselkedési és pszichés problémák kialakulásában betöltött kockázati szerepe ismeretes (pl. *Csik*, 2008; *Dashiff, DiMicco, Myers és Sheppard*, 2009; *Herczeg és Fülöp*, 2008; *Reiss*, 2013). Jelen vizsgálatban a hátrányos helyzetű tanulók száma, illetve azok részmintákon való egyenetlen eloszlása nem tett lehetővé összehasonlító elemzést. További nagymintás vizsgálatok hozzájárulnának annak megismeréséhez, hogy a szocioökonómiai státusz mennyiben befolyásolja a tanulásban akadályozott és többségi gyermekek pszichés és viselkedési zavarokra utaló tünetei közötti különbségeket. Ehhez hasonló szociokulturális háttérrel rendelkező részminták összehasonlítására lenne szükség.

A tanulásban akadályozott gyermekek esetén használt háttérkérdőív a tanulók IQ-jára vonatkozó kérdést is tartalmazott, azonban a visszaérkezett válaszok csekély száma miatt az

adatokat nem tudtam bevonni az elemzésbe. További vizsgálatok során szükséges lenne az intelligencia szint alapján is megvizsgálni a jelentkező pszichés és viselkedési tünetek jellegét és gyakoriságát.

Jelen vizsgálatban nem volt lehetőség az eredményeket más mérőeszközből származó adatokkal összehasonlítani, azonban érdemes lenne az egyes pszichés zavarokra utaló tünetpontszámokat a tanulásban akadályozott gyermekek megküzdési stratégiáival összevetni. Egyénre szabott, hogy, hogyan éljük meg a frusztrációkat és hogyan válaszolunk a stresszel teli helyzetekre. A fogyatékoság ténye azonban már önmagában korlátozhatja a személyt egyes megküzdési stratégiák alkalmazásában (*Radványi, 2007*). Esetükben, tehát még fontosabb lehet a használt stratégiák ismerete és alkalmazásuk adekvát segítése.

## 5. Összegzés

A mentális és viselkedés zavarok előfordulása igen gyakori gyermek és serdülőkorban, főként értelmi fogyatékos személyek körében (Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011). A viselkedési problémák és a mögöttük húzódó pszichés érintettség minél hamarabbi felismerése fontos feladat mind értelmi fogyatékos, mind pedig ép intellektusú gyermekek körében, mert a felnőttkori mentális betegségek csaknem fele serdülőkorban gyökerezik (Kovacs és Sharp, 2014; Matson, Belva, Hattier és Matson, 2012; Turi, Gervai, Áspán, Halász, Nagy és Gádoros, 2013). Értelmi fogyatékos személyek körében a pszichiátriai kórképek valamennyi típusa előfordulhat, melyek prevalenciája legalább három-négyszer nagyobb, mint a normál intellektusú populációban (Vetró, 2008). Nemzetközi szinten már megindultak a tanulásban akadályozottság és pszichés zavarok kapcsolatának feltárására irányuló empirikus vizsgálatok, azonban hazánkban ez a tendencia még kevésbé érezhető. Számos esetben az értelmi fogyatékos gyermekek viselkedéses és érzelmi tüneteit a csökkent intellektuális képességgel magyarázzák, melynek következtében a pszichés zavarokat gyakran nem diagnosztizálják (Ahuja, Martin, Langley és Thapar, 2013). Nemzetközi vizsgálatok eredményei azonban azt mutatják, hogy értelmi fogyatékos személyek körében nagyobb a kockázat a mentális és viselkedési problémák kialakulására, illetve, hogy esetükben a viselkedési és magatartási problémák erős együtt járást mutatnak különböző pszichiátriai kórképekkel (pl. King, Lacy, és Siegel, 2014; Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011).

Kutatásom során a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) tanári változata mellett a kérdőív önkitöltős változatának Haynes, Gilmore, Shochet, Campbell és Roberts (2013) által egyszerűsített, tanulásban akadályozott gyermekek képességeihez igazított módosításának magyar nyelvű adaptációját használtam. A tanulói és tanári kérdőívek összehasonlítása alapján elmondható, hogy a tanári kérdőívek minden skála esetén, valamint a teljes kérdőívre vonatkozóan megbízhatóbbnak bizonyultak. A normál intellektusú gyermekek körében megbízhatóbbnak bizonyult a tanulói kérdőív, mint a tanulásban akadályozott gyermekek esetében. A tanulásban akadályozott gyermekek körében a tanulói kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek tekinthető (Cronbach- $\alpha$ =0,60), ugyanakkor a viselkedési problémák skála, a kortárskapcsolati problémák skála, valamint a proszociális viselkedés skála reliabilitása kevésbé megbízhatónak bizonyult (Cronbach- $\alpha$ <0,60). Az említett skálák megbízhatóságának eredménye illeszkedik más hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményeihez, ahol szintén a kortárskapcsolati problémák és/vagy a viselkedési problémák skála nem megfelelő reliabilitásáról számoltak be (pl. Di Riso, Salcuni, Chessa, Raudino, Lis,

*Altoé, 2010; Goodman, 2001; Turi, Tóth és Gervai, 2011).* A kétfaktoros modell és a háromfaktoros modell alapján képzett új skálák reliabilitása jelentősen emelkedett a tanulásban akadályozott és a normál intellektusú részminta kérdőívein egyaránt. A *Haynes és mtsai (2013)* által javasolt faktorstruktúra főként a tanulásban akadályozott részminta esetén működött megfelelően. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy tanulásban akadályozott személyek körében a kérdőív önkitöltős változata jelentősen megbízhatóbban működne három összevont skála használatával.

Az összehasonlító vizsgálatok alapján szignifikánsan több viselkedési és pszichés problémára utaló tünet jellemző a tanulásban akadályozott tanulókra a többségi gyermekekkel szemben, mely illeszkedik más, nemzetközi vizsgálatból származó eredményhez (pl. *Kaptein, Jansen, Vogels és Reijneveld, 2008*). A tanulásban akadályozott fiúk és lányok között egyik skála tekintetében sem adódott jelentős eltérés. Az erősségeket feltáró proszociális viselkedés skálán elért eredményekben nem volt jelentős különbség a két részminta között. Tehát a tanulásban akadályozott gyermekek proszociális viselkedése nem tér el jelentősen a normál intellektusú kortársaikétól. A skálapontszámok alapján képzett határeset és rendellenes tartományba minden problémát feltáró skála esetén több tanulásban akadályozott gyermek került. Tanulásban akadályozott gyermekek esetén a háttérváltozók közül a gyermek elhanyagoltsága és főként érzelmi elhanyagoltsága, a család anyagilag hátrányos helyzete, illetve a gyermek vérszerinti szülők nélkül történő nevelkedése befolyásolta leginkább a skálapontszámokat. A skálakon elért pontszámok és az egyes pszichés betegségek közötti kapcsolat a kérdőív szűrőképességét bizonyítja, tehát a rendellenességeket megfelelően képes diszkriminálni tanulásban akadályozott gyermekek esetén is. A normál intellektusú tanulók valamennyi problémaskálán elért eredménye összefüggésben áll a gyermek hátrányos helyzetével, a család anyagilag hátrányos helyzetével és a tanulók érzelmi elhanyagoltságával. Tehát a szerényebb körülmények közül érkező gyermekek és/vagy tanáraik valószínűbben számolnak be több problémáról, mint a nem hátrányos helyzetű kortáraik esetén. Emellett gyakorta megjelenő együtt járás jelentkezett a tünetpontszámok és a BTM státusz, valamint a tanulási zavar között. Utóbbi két háttérváltozó hatása, tehát növeli a gyermek pszichés problémáinak kockázatát.

Eredményeim, tehát illeszkednek a nemzetközi adatokhoz, melyek szerint a tanulásban akadályozott fiatalok között gyakrabban jelennek meg viselkedési és pszichés zavarokra utaló tünetek és nagyobb a kockázata a mentális zavarok kialakulásának (pl. *King, Lacy, és Siegel, 2014; Myrbakk és Tetzchner, 2008; Rzepecka, McKenzie, McClure és Murphy, 2011*). További vizsgálatokkal, valamint a minta elemszámának növelésével árnyaltabb képet

kaphatnánk a tanulásban akadályozott gyermekek pszichés státuszáról. Azonban az eddig ismert eredmények is arra engednek következtetni, hogy esetükben szükségeszerű a pszichés zavarok vizsgálata, valamint az adekvát pszichológiai segítségnyújtás.

## Irodalom

- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K. és Thapar, A. (2013): Intellectual Disability in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatrics*, **163**. 3. sz. 890–895.
- Állami Számvevőszék (2012): *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről*. On-line megteintés: <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf> 2014.09.20.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA, Washington, DC.
- Battaglio, C. és Makkar, J. (2011): Learning Disabilities - A Risk Factor for Depression and Related Psychosocial Pathologies: Implications for Mental Health Professionals and Counsellors in School Settings. *Canadian Journal of Humanities and Social Sciences*, **2**. 1. sz. 37–44.
- Bernard, S. H. (2009): Mental health and behavioural problems in children and adolescents with learning disabilities. *Psychiatry*, **8**. 10. sz. 387–390.
- Birkás Emma, Lakatos Krisztina, Tóth Ildikó és Gervai Judit (2008): Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, **23**. 5. sz. 358–365.
- BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal (2004). Animula Kiadó, Budapest.
- Bolla Veronika (2014): A tanulási zavarral diagnosztizált gyermekek megküzdési stratégiái. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **69**. 1. sz. 163–179.
- Bottcher, L. és Dammeyer, J. (2013): Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, **34**. 10. sz. 3607–3617.
- Bryan, T., Burstein, K. és Ergul, C. (2004): The Social-Emotional Side of Learning Disabilities: A Science-Based Presentation of the State of the Art. *Learning Disability Quarterly*, **27**. 1. sz. 45–51.
- Cooray, E. A. és Bakala, A. (2005): Anxiety disorders in people with learning disabilities. *Advances in psychiatric treatment*, **11**. 5. sz. 355–361.
- Csákvári Judit és Mészáros Andrea (2012): Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. On-line megtekintés: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Fujitsu/Dokumentumok/Downloads/diagnosztikai\\_kezikonyv\\_4fejezet%20%281%29.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Fujitsu/Dokumentumok/Downloads/diagnosztikai_kezikonyv_4fejezet%20%281%29.pdf). 2014. 12. 01.
- Csík Vera (2008): Magatartászavarok. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 232–236.
- Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B. és Sheppard, K. (2009): Poverty and adolescent mental health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, **22**. 1. sz. 23–32.
- Di Riso, D., Salcuni, S., Chessa, D., Raudino, A., Lis, A., Altoé, G. (2010): The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality and Individual Differences*, **49**. 6. sz. 570–575.
- Egészségügyi Minisztérium (2005): „Közös kincsünk a gyermek” - Nemzeti Csecsemő és Gyermkegészségügyi Program. On-line megtekintés: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Fujitsu/Dokumentumok/Downloads/kozos\\_kincunk\\_a\\_gyermek\\_61%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Fujitsu/Dokumentumok/Downloads/kozos_kincunk_a_gyermek_61%20(1).pdf) 2014.09.20.
- Eigner Bernadett (2012): Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe. *Gyógypedagógiai Szemle*, **40**. 1. sz. 14–24.

- Essau, C. A., Sasagawa, S., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Guzmán, B. O. és Ollendick, T. H. (2011): Psychometric properties of the Spence Child Anxiety Scale with adolescents from five European countries. *Journal of Anxiety Disorders*, **25**. 1. sz. 19–27.
- Fejes József Balázs és Szenczi Beáta (2010): Tanulási korlátok a magyar és az amerikai szakirodalomban. *Gyógypedagógiai Szemle*, **38**. 4. sz. 273–287.
- Gaál Éva (2000): A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Nyomdaipari és Kiadói Szolgáltató Kft., Budapest. 429–460.
- Gácsér Magdolna (2006): *Gyermekpszichiátria*. APC-Stúdió, Gyula.
- Gácsér Magdolna (2007): „Csodatévő virág” *Gyermekpszichiátriai esettanulmányok pedagógusoknak*. APC-Stúdió, Gyula.
- Gádos Júlia (2008): Neurotikus stresszhez társuló és szomatiform zavarok a gyermek- és serdülőkorban. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 140–156.
- Gallegos, J., Langley, A. és Villegas, D. (2012): Anxiety, Depression, and Coping Skills Among Mexican School ChildrenA Comparison of Students With and Without Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*, **35**. 1. sz. 54–61.
- Ginige, P., Tennakoon, S. U. B., Wijesinghe, W. H. M. K. J.; Liyanage, L., Herath, P.S.D. és Bandara, K. (2014): Prevalence of behavioral and emotional problems among seven to eleven year old children in selected schools in Kandy District, Sri Lanka. *Journal of Affective Disorders*, **167**. sz. 167–170.
- Glenn, S., Cunningham, C., Nananidou, A., Prasher, V. és Glenholmes, P. (2013): Using the strengths and difficulties questionnaire with adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, **34**. 10. sz. 3343–3351.
- Glozman, J. és Shevchenko, I. (2014): Specific Features of ADHD Syndrome at Preschool Age. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, **146**. 25. sz. 233–239.
- Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **38**. 5. sz. 581–586.
- Goodman, R. (2001): Psychometric Properties of the Strengtha and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **40**. 11. sz. 1337–1345.
- Gordosné Szabó Anna (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Halldorsdottir, T. és Ollendick, T. H. (2014): Comorbid ADHD: Implications for the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, **21**. 3. sz. 310–322.
- Haynes, A., Gilmore, L., Shochet, I., Campbell M. és Roberts, C.: (2013): Factor analysis of the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in a sample of children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, **34**. 2. sz. 847–854.
- Herczeg Ilona és Fülöp Zsuzsanna (2008): Hiperkinetikus szindróma. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 225–231.
- Hermans, H. és Evenhuis, H. M. (2012): Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, **138**. 1-2. sz. 79–85.
- Johnson, S. és Wolke, D. (2013): Behavioural outcomes and psychopathology during adolescence. *Early Human Development*, **89**. 4. sz. 199–207.

- Józsa Krisztián (2011): Híd a többségi és a gyógypedagógia között: a DIFER Programcsomag. In: Papp Gabriella (szerk.): *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig*. Eötvös Kiadó, Budapest. 37–58.
- Józsa Krisztián és Fazekasné Fenyvesi Margit (2007): Tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja. *Iskolakultúra Online*, **1.1.** sz. 76–92.
- Józsa Krisztián, Fazekasné Fenyvesi Margit, Szenczi Beáta és Szabó Ákosné (2014): Tanulásban akadályozott és tipikusan fejlődő gyermekek szóolvasási készségének, szövegértésének és olvasási motivációjának fejlődése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **69.** 1. sz. 181–204.
- Kaptein, S., Jansen, D. E. M. C., Vogels, A. G. C. és Reijneveld, S. A. (2008): Mental health problems in children with intellectual disability: Use of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, **52.** 2. sz. 125–131.
- Killeen, P. R., Russell, V. A. és Sergeant, J. A. (2013): A behavioral neuroenergetics theory of ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, **37.** 4. sz. 625–657.
- King, H. B., Lacy, N. és Siegel, M. (2014): Psychiatric Assessment of Severe Presentations in Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, **23.** 1. sz. 1–14.
- Koskentaustai, T., Iivanainen, M. és Almqvist, F. (2004): CBCL in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, **25.** 4. sz. 341–354.
- Kottlár Gabriella (2006): A terápiás rekreációs program hatásának vizsgálata. *Új Pedagógiai Szemle*, **56.** 10. sz. 75–86.
- Kovacs, S. és Sharp, C. (2014): Criterion validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) with inpatient adolescents. *Psychiatry Research*, **219.** 3. sz. 651–657.
- Költő András és Zsiros Emese (2013): Serdülők lelki egészsége. *Educatio*, **21.** 2. sz. 187–200.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (2009): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Li, H. és Morris, J. R. (2007): Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, **28.** 5. sz. 445–457.
- Matson, J. L., Belva, B. C., Hattier, M. A. és Matson, M. L. (2012): Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, **33.** 2. sz. 549–562.
- Myrbakk, E. és Tetzchner, S. (2008): Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, **29.** 4. sz. 316–332.
- Oesburg, B., Jansen, D. E. M. C., Groothoff, J. W. és Reijneveld, S. A. (2010): Emotional and behavioural problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases. *Journal of Intellectual Disability Research*, **54.** 1. sz. 81–89.
- Oláh Róza (2008): A hangulati élet zavarai gyermek és serdülőkorban. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 128–139.
- Péley Bernadette (2013): Pszichopatológia és fejlődés. Diagnózis és terapia fejlődési pszichopatológiai nézőpontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **68.** 1. sz. 3–6.
- Radványi Katalin (2007): A személyiség fejlődését és vizsgálatát nehezítő tényezők fogyatékossgal élő személyeknél. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, **8.** 1. sz. 1–30.
- Radványi Katalin (2008): A magatartásproblémák értelmezésének szempontjai kognitív zavarokkal élő személyeknél. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, **9.** 4. sz. 347–360.
- Reiss, F. (2013): Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, **90.** 24–31.

- Rodríguez, C.; González-Castro, P., García, T., Núñez, J. C. és Alvarez, L. (2014): Attentional functions and trait anxiety in children with ADHD. *Learning and Individual Differences*, **35**. 147–152.
- Rojahn, J. és Meier, L. J. (2009): Epidemiology of Mental Illness and Maladaptive Behavior in Intellectual Disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, **38**. 239–287.
- Rzepecka, H., McKenzie, K., McClure, I. és Murphy, S. (2011): Sleep, anxiety and challenging behaviour in children with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, **32**. 6. sz. 2758–2766.
- Schepman, K. Fombonn, E. Collishaw, S. és Taylor, E. (2014): Cognitive styles in depressed children with and without comorbid conduct disorder. *Journal of Adolescence*, **37**. 5. sz. 622–631.
- SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. On-line megtekintés: [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com). 2014.10.10.
- Spaller Árpád és Spaller Katalin (2006): *Gyógypedagógiai ismeretek tára*. Timp kiadó, Budapest.
- Susánszky Éva és Szántó Judit (2008): Ifjúság és egészség. *Új Ifjúsági Szemle*, **6**. 2-3. sz. 87–96.
- Szabó Ákosné (2008): Metamorfózisok: a debilitástól a tanulási akadályozottsáig. In: Szabó Ákosné (szerk.): *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és határtudományai köréből*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest. 11–37.
- Thaler, S. N., Kazemi, E. és Wood, J. J. (2010): Measuring Anxiety in Youth with Learning Disabilities: Reliability and Validity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Child Psychiatry & Human Development*, **41**. 5. sz. 501–514.
- Turi Eszter, Tóth Ildikó és Gervai Judit (2011): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, **26**. 6. sz. 415–426.
- Turi Eszter, Gervai Judit, Áspán Nikolett és Halász József (2013): *A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban*. *Psychiatria Hungarica*, **28**. 2. sz. 165–179.
- Tringer László (2010): *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Urbán Róbert (2004): Érzelmek. In: N. Kollár Katalin és Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Vajda Zsuzsanna (2005): Pszichológiai zavarok. In: Vajda Zsuzsanna és Kósa Éva (szerk.): *Neveléslélektan*. Orisis Kiadó, Budapest. 478–515.
- Vereenoghe, L. és Langdon P. E. (2013): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, **34**. 11. sz. 4085–4102.
- Vetró Ágnes (2008): Mentális retardáció. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermekek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 199–208.
- Vetró Ágnes és Kapornai Krisztina (2008): A pszichopatológia fejlődése. In: Vetró Ágnes (szerk.): *Gyermekek és ifjúságpszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 21–61
- Whiteside, S. P. H., Gryczkowski, M. és Ale, C. M. (2013): Development of Child- and Parent-Report Measures of Behavioral Avoidance Related to Childhood Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, **44**. 2. sz. 325–337.

- Wiener, J. és Schneider, B. (2002). A multisource exploration of friendship patterns of children with and without LD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **30**. 2. sz. 127–141.
- Zentai Gabriella, Fazekasné Fenyvesi Margit és Józsa Krisztián (2013): Tanulásban akadályozott és többségi gyermekek rendszerező képességének fejlődése. *Iskolakultúra*, **23**. 11. sz. 131–145.

## Melléklet

## 1. számú melléklet

| Angol<br>módosított tételek                                | Magyar<br>módosított tételek                                   |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 3. I get a lot of headaches, tummy aches or sickness.      | Sokszor fáj a fejem, a hasam, vagy hányingerem van.            |
| 4. I usually share with others, like my CDs, game or food. | Általában megosztom másokkal. (pl. játékon, ennivalón, CD-ken) |
| 6. I would rather be alone than with kids my age.          | Inkább egyedül vagyok, mint a korombeli gyerekekkel.           |
| 9. I am helpful if someone is hurt, upset or feeling sick. | Segítek, ha valakit bántanak, ideges vagy beteg.               |
| 10. I am constantly fidgeting or moving in my seat.        | Állandóan fészkelődök, mozgolódok a helyemen.                  |
| 11. I have at least one good friend or even more than one. | Van egy vagy több jó barátom.                                  |
| 12. I fight a lot.                                         | Sokszor verekszem.                                             |
| 13. I am often unhappy, sad or crying.                     | Gyakran boldogtalan, szomorú vagyok vagy sírok.                |
| 15. I find it difficult to concentrate.                    | Nehezen tudok figyelni.                                        |
| 16. I am nervous in new situations.                        | Ideges vagyok új helyzetekben.                                 |
| 17. I am kind to other kids.                               | Kedves vagyok más gyerekekkel.                                 |
| 18. People often say that I lie or cheat.                  | Az emberek gyakran mondják, hogy hazudok vagy csalogok.        |
| 19. Other kids pick on me or bully me.                     | Más gyerekek piszkálnak vagy csúfolnak engem.                  |
| 22. I steal things.                                        | Elveszem mások dolgait.                                        |
| 24. I am scared of a lot of things.                        | Sok dologtól félek.                                            |
| 25. My attention is good.                                  | Jó a figyelmem.                                                |

## 2. számú melléklet

### Képességek és nehézségek kérdőív

Neved: ..... Fiú / lány

Olvasd el figyelmesen az állításokat. A **mondatok** **melletti** **négyzet** **bekarikázásával** jelöld, hogy az állítás mennyire igaz rád!

Ha **nem igaz** rád, karikázd be az **üres** négyzetet!

Ha **valamennyire igaz** rád, karikázd be a **félig tele** négyzetet!

Ha **határozottan igaz** rád, karikázd be a **fekete tele** négyzetet!

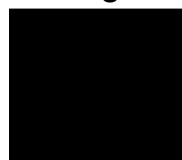
Nem igaz



Valamennyire igaz



Határozottan igaz



|                                                                      | Nem igaz                 | Valamennyire igaz        | Határozottan igaz        |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Próbálok kedves lenni másokhoz, törődöm az érzéseikkel.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nyughatatlan vagyok, nem tudok sokáig nyugton maradni.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sokszor fáj a fejem, a hasam, vagy hányingerem van.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Általában megosztozom másokkal. (pl. játékon, ennivalón, CD-ken). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nagyon mérges tudok lenni és gyakran dühbe gurulok.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Inkább egyedül vagyok, mint a korombeli gyerekekkel.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Rendszerint azt teszem, amit mondanak.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sokat aggódom.                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Segítek, ha valakit bántanak, ideges vagy beteg.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                     |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Állandóan fészkelődök, mozgolódok a helyemen.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Van egy vagy több jó barátom.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sokszor verekszem.                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gyakran boldogtalan, szomorú vagyok vagy sírok.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kortársaim általában kedvelnek.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Nehezen tudok figyelni.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ideges vagyok új helyzetekben.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Kedves vagyok más gyerekekkel.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Az emberek gyakran mondják, hogy hazudok vagy csalok.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Más gyerekek piszkálnak vagy csúfolnak engem.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sokszor segítek önként is (szülőknek, tanároknak, gyerekeknek). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Végiggondolom a dolgokat, mielőtt cselekedni kezdek.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Elveszem mások dolgait.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sok dologtól félek.                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Jó a figyelmem.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |