EREDETI KÖZLEMÉNYEK

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Hallássérültek Pedagógiája Tanszék

A figyelemzavar-hiperaktivitás vizsgálata hallássérült tanulóknál

ZSOLDOS MÁRTA

A közelmúlt hazai szakterületi rendezvényein, konferenciáin egyre erőteljesebbé vált az igény a hallássérüléshez társuló tanulási zavar sokszor tárgyalt témaköre mellett a magatartási problémák – ezen belül a figyelemzavar-hiperaktivitás kérdésének – elemzése iránt. Érthető, hogy a hallássérültek intézményeinek gyógypedagógusai pontosabb képet szeretnének kapni a sajátos tünetekről, a felismerés és diagnosztizálás lehetőségeiről, illetve a befolyásolás pedagógiai eszközeiről, mert iskoláikban jelentős a súlyosabb fokú figyelemzavart mutató gyermekek száma. A gyakorlat szakemberei számára valóban fontos azoknak a támpontoknak az ismerete, amelyek jelzik, hogy meddig tekinthető a panaszolt magatartáskép, motoros aktivitás vagy figyelmi állapot a tanulási zavar kísérőjének, és mikortól kell a komoly iskolai teljesítményzavart okozó figyelemzavar-hiperaktivitás szindrómára gondolni.

A kérdés tisztázása halló gyermekeknél sem egyszerű, hallássérülteknél pedig még nehezebb, mert az érzékszervi fogyatékosság és a szindróma bonyolult összefüggésrendszere, szociális izolációt növelő együttes jelenléte miatt az akadályozottság nagyobb mértékű és összetettebb.

A figyelemzavar-hiperaktivitás általános kérdéseiről

Röviden áttekintve a figyelemzavar-hiperaktivitás témakörének nemzetközi és hazai szakirodalmát, mindenekelőtt azt kell leszögezni, hogy mindmáig nem egyértelmű, vajon önálló kórképről vagy multifaktoriális kóreredetű tünetegyüttesről van-e szó. Egyre elfogadottabb azonban az a koncepció,

amely szerint a háttérben feltételezhető organikus ok vagy atipikus idegrendszeri érés, neurokémiai folyamat, illetve genetikus tényező „csak abban az esetben válik manifesztté, ha a környezeti feltételek nem segítik elő a kompenzációs mechanizmusok beindulását" (F. Földi, 2005. 11. o.). Ez a szemlélet új megvilágításba helyezi a diagnosztikai és – főként – a preventív valamint a terápiás lehetőségek alkalmazását, érvényességét.

A szakemberek álláspontja viszonylag egységes a viselkedéses jellemzők leírásában. Ennek alapján elkülönítik a figyelem fokozott terelhetőségében, szervezetlen fluktuációjában és a célvezérelt tevékenységért magasabb szinten felelős végrehajtó funkciók szabályozatlanságában megnyilvánuló *figyelemzavar*t (Attention Deficit Disorder, ADD) a *figyelemhiányos hiperaktivitászavar*tól (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), amely a figyelmi rendszer több területére kiterjedő súlyos fejlődési zavart jelenti a motoros kontroll hiánya mellett. Az alaptüneteket három differenciáldiagnosztikai kategóriába rendezik, úgymint *figyelemzavar* (elkezdett cselekvés abbahagyása, feladatra összpontosítás nehézsége, fokozott elterelhetőség játék során is, stb.), *impulzivitás* (gondolkodás nélküli cselekvés, szervezetlen feladatvégzés, folyamatos felügyelet igénye, stb.) és *hiperaktivitás* (extrém expanzív viselkedés, állandó mozgás, nyugtalanság alvás közben is, stb.). A definíciókban elsősorban a figyelmi-, gátlási-, arousal- és megerősítési működések zavarát emelik ki, melyek másodlagos kognitív tünetekkel járnak, és különböző mértékű zavarokat okoznak a metakogníció, a tanulási stratégiák és a szociális viselkedés terén. Mindemellett – a terápia és az objektív megítélés szempontjából – egyre inkább jelentőséget tulajdonítanak a hiperaktivitás pozitív kísérő magatartási jegyeinek is, mint például a spontán segítőkészségnek, az erős igazságérzetnek, vagy a gyors reakciókészségnek (DSM-III., 1980; Douglas in Kulcsár, 1992/93; Bender, 1997; Neuhaus, 1999; Brandau és mtsai, 2004; Csépe, 2005; F. Földi, 2005; Sindelar, 2007).

A gyakorisági felmérések adatai meglehetősen ellentmondásosak, összefüggésben a differenciáldiagnosztikai kérdések tisztázatlanságával, illetve a környezet különböző elvárás- és feltételrendszerével. Az 1980-as évek vizsgálatai szerint a gyermekkori hiperaktivitás előfordulása 5-10%. Ugyanakkor az 1990-es évek kutatásai alapján a 3-5% gyakorisági adat a nemzetközi szinten elfogadott arány, még akkor is, ha egyes vizsgálatokban ebben az időszakban is beszámolnak 10-15% vagy közel 20%-os előfordulásról. Az eltérő adatok ellenére egységes a kép a nemi aránytalanságról. Közismert, hogy a fiúknál jelentősen gyakoribb a szindrómára utaló tünetegyüttes (2:1, sőt egy újabb felmérés szerint 9:1 között is változhat a

fiú-lány arány), és a tendencia a preadolescencia időszakában még kifejezettebb (Kulcsár, 1992/93; Furlonger, 1998; Csépe, 2005; F. Földi, 2005).

A figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma gyanújának igazolása multidiszciplináris diagnosztikai team működését igénylő összetett feladat, melyet több körülmény is nehezít. A tünetek változatosak és változékonyak, előfordulhat, hogy egyéni foglalkozás során vagy új feladathelyzetben kevésbé jelennek meg, és az életkor előrehaladásával különböző mértékben csökkenhetnek is. A nemzetközi diagnosztikai gyakorlatban általánosan bevált eljárások a célzott szülői és pedagógusi megfigyelési skálák, kikérdezési módszerek, önmegfigyelési szempontsorok, a kognitív profil elemzésére alkalmas pszichológiai, neuropszichológiai tesztek és a teljesítménypróbák.

A tünetek, az etiológia és az előfordulási arány hasonlósága miatt specifikus differenciáldiagnosztikai kérdést jelent a tanulási zavar és a figyelemzavar-hiperaktivitási szindróma elkülönítése, vagy a köztük lévő oki kapcsolat irányának megállapítása. Erős leegyszerűsítéssel az előbbi elsősorban sajátos információfeldolgozási, kognitív zavarnak tekinthető, míg az utóbbi főként a végrehajtó funkciók, a tanulási- és feladatmegoldási stratégiák metakognitív zavarának. Éppen ezért a feltárási folyamatban kiemelten fontos azoknak az ismert pedagógiai módszertani problémáknak a számbavétele, amelyek felerősítik a figyelemzavar különböző mértékű tüneteit (pl. a teljesítménycentrikusság, az egyéni fejlődésmenetet kevéssé tekintetbe vevő mechanikus gyakoroltatás, a monoton tanulási környezet, az egyoldalúan frontális oktatás, stb.). Így érthető, hogy a pedagógiai-, illetve pszichoterápiás lehetőségek többsége hangsúlyosan metakognitív szándékú. Specifikus tanulási stratégiák kialakítását, problémamegoldó viselkedési minták kiépítését célozzák változatos, strukturált felépítésű egyéni és kiscsoportos foglalkozások rendszerében (pl. interakciós tréning, játék- és mozgásterápia), szülői tanácsadás kíséretében, melyhez – szükség szerint- gyógyszeres kezelés is társul. Ám a segítő beavatkozásoktól, a különleges gondoskodás változatos módszereitől csakis akkor várható eredmény, ha mellettük az iskolai tanítás során fokozottan érvényesül a differenciálás pedagógiai elve (Samar és mtsai, 1998; Krowatschek, 2004; F. Földi, 2005).

A figyelemzavar-hiperaktivitás kérdése a hallássérültekkel foglalkozó nemzetközi szakirodalomban

A fenti erősen leszűkített, tömör összefoglalóhoz képest is lényegesen kevesebb a megbízható ismeret, hiteles vizsgálati tapasztalat a hallássérülés

mellett megjelenő figyelemzavar- és hiperaktivitási szindrómáról. A téma kutatása viszonylag új keletű. A nem nagy számú, igényesebb részletességű elemzések csak az 1990-es évek második felében fedezhetők fel a nemzetközi szakirodalomban, vagyis akkor, amikor a szindrómát már új, önálló kategóriaként ismerték el a halmozott hallássérülés tipológiai rendszerében (Luckner, Carter, 2001).

A megelőző időszak kutatásaiban a hallássérültek tanulási-, illetve emocionális- és magatartási zavarainak egyik szimptómájaként foglalkoztak a kérdéssel, vagy az összetett viselkedéses tünetegyüttes csak egyes jellegzetes megnyilvánulását részletezték. Így például számos tanulmány született a hallási fogyatékos gyermekek és fiatalok impulzív magatartásának vizsgálati tapasztalatairól. Többek között amerikai szerzők – Meadow, Altshuler, Harris, Moores és munkatársaik – már az 1970-es évek elején beszámoltak erről a sajátosan gyakori viselkedési formáról, melynek kialakulását nem örökletes faktorokra vezették vissza, hanem mindenekelőtt a megzavart korai kommunikációval és a következetlen szülői-nevelői magatartási mintákkal hozták összefüggésbe. Vizsgálati eredményeik azt bizonyították, hogy halló családi környezetben magasabb az impulzivitás előfordulása, míg a nevelői attitűd problémája elsősorban a hallássérült szülőknél jellemző. Közléseikben még nem szerepelt a figyelemzavar-hiperaktivitás fogalma, legfeljebb óvatos felvetésként, mely – részben – a definiálás körüli bizonytalansággal is magyarázható volt (Marschark, in: Zsoldos szerk., 2004). Van Uden kialakította a hallássérüléshez társuló „feltűnő tanulási-, magatartási- és emocionális zavarok” osztályozási rendszerét, melynek egyik alcsoportjában megjelölte a patológiás figyelemhiányt, illetve a hiperaktivitást. Megjegyzendő, a diszfáziát „nem feltűnő” társuló zavarnak minősítette (Van Uden, 1980; Nagyné Réz, 2004). Szemléletének követői egy évtizeddel később kísérletet tettek arra, hogy differenciálják a „figyelemprogramozás és cselekvésirányítás zavarának” jellemző jegyeit siketeknél és nagyothallóknál (Seubert, Geissler, in: Keresztessy szerk., 1994). A korai tanulmányok köréből mindenképpen indokolt megemlíteni egy fontos hazai szakirodalmi vonatkozást, Budayné Balkay Sarolta tanulmányát. A *Gyógypedagógiai Szemlé*ben 1975-ben közzétett munkájában pontos leírást adott a hiperkinézis (hiperaktivitás) specifikus kérdésköréről két hallássérült fiatal magatartási problémájának elemzése kapcsán, és jól hasznosítható módszertani alapelveket is megfogalmazott a gyógypedagógiai terápiás foglalkozások számára.

Az 1990-es évek új szemléletű tanulmányainak szerzői felhasználták a neurobiológia, a kognitív pszichológia, a kognitív neuropszichológia, illetve a viselkedésgenetika kutatási tapasztalatait, elsősorban azokat a tudományos

eredményeket, melyek igazolták az agyi frontális területek jelentős – bár nem kizárólagos – szerepét a figyelemzavar formáinak kialakulásában (Kelly és mtsai, 1993a, b; Samar és mtsai, 1998; Furlonger, 1998). Egységes véleményük az volt, hogy a neurogén tanulási zavar és a figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma a hallássérült gyermekeknél is ugyanolyan karakterű, differenciáldiagnosztikailag elkülöníthető problémát jelent, mint a hallóknál. Az előbbi tehát ennél a populációnál is specifikus információ-feldolgozási-kognitív zavar, míg az utóbbi a figyelemszervezés, a cselekvéstervezés és -kivitelezés, az önkontroll, illetve a végrehajtó funkciók metakognitív zavara. Megállapították, hogy a viselkedéses jellemzők sem térnek el alapvetően a halló gyermekekétől, és itt is megtalálható a figyelemzavar ismert három fő tüneti csoportja. Illinois Állam súlyos hallássérültekkel foglalkozó iskolájának 1992-ben végzett vizsgálatában az intézmény gyógypedagógusai a figyelemzavar ismert magatartási jegyei mellett néhány specifikus viselkedési jellegzetességet is regisztráltak összefüggésben az érzékszervi sérüléssel és a kommunikációs zavarral. Így például azt tapasztalták, hogy a *figyelemzavar (kóros disztrakcióérzékenység)* tüneteit mutató tanulók összpontosítását gyakran megszakító exogén (vizuális, auditív, taktilis) és endogén (szomatikus) ingereken kívül az egyidejű nem nyelvi mozgások fokozottan megnehezítik a szájról olvasást, illetve a jelnyelv használatát. Továbbá például azt látták, hogy a kommunikációt kezdeményezni próbálkozó *impulzív* gyermekeknél az önkontroll és az anticipáció gyenge szintjére visszavezethető nagyobb fokú megértési zavar miatt jóval hamarabb megjelennek az agresszívnak vélhető reakciók. A *hiperaktivitással kísért figyelemdeficit* esetében viszont az önkontroll teljes hiányát panaszolták, és hangsúlyozták a kölcsönös frusztráció kialakulását, tartós jelenlétét a kortárs és felnőtt iskolai környezetben. Úgy találták, hogy a szülői véleményekben erős a tendencia a hiperaktivitás elsietett minősítésére a gyermekek nagyfokú mozgásigénye miatt, ugyanakkor a nemritkán túlvédő vagy megengedő otthoni légkör jelentősen akadályozza a végrehajtó funkciók és a szociális készségek fejlődését. Az illinois-i vizsgálat egyik fontos megállapítása szerint a hallássérülteknél pubertáskorban nem csökkennek a hiperaktivitási magatartási jegyek, ahogy a halló kortársaknál, sőt a frusztráció vagy az agresszió még fokozódhat is, mely azonban összefügghet a nem megfelelően előkészített továbbtanulással és iskolaváltással is (Kelly és mtsai, 1993a, b).

A hallássérülés elsődleges exogén kórokai (rubeolás terhesség, Rh összeférhetetlenség, meningitis, anoxia, koraszülés, cytomegalovírusfertőzés) egyúttal a tanulási és figyelemzavarok kiváltói is lehetnek. Ezzel magyarázták, hogy előfordulásuk miért lehet nagyobb arányú ebben a

populációban, mint a halló gyermekeknél (Moores, 1996). A hallássérültek impulzivitását elemző – fentiekben már említett – korábbi vizsgálatok is azt jelezték, hogy a figyelemzavarok kialakulásában a nem örökletes faktoroknak nagy jelentőségük van. Az illinois-i kutatás erre a kérdésre is kitért. A figyelemzavar-hiperaktivitás ellenőrzésére alkalmas szülői és pedagógusi minősítő skálákkal (Conners, 1990; Ullman és mtsai, 1984) kérdőíves felmérést végeztek, és azt találták, hogy az intézmény 238 fős tanulói populációjában a szerzett hallássérülteknél 38,7% a figyelemzavar veszélyeztetettségének előfordulási aránya, míg örökletesség esetén csak 14,1%. A szignifikáns különbséget jelző prevalencia adatok alapján ők is arra következtettek, hogy az exogén etiológiai faktorok növelhetik a társuló tanulási és magatartási zavarok kialakulásának kockázatát. Kelly és munkatársai (1993a) viszont azt állapították meg, hogy a hallási fogyatékosság kóreredetétől függetlenül az előfordulás általános mértéke 22,7%. Ezek valóban magas értékek, azonban a halló populációval való összehasonlító vizsgálatok mégsem bizonyítottak szignifikáns gyakorisági különbséget a két minta között. Sőt frissebb nemzetközi statisztikai kutatások is alátámasztották, hogy a hallási fogyatékosság melletti figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma általános előfordulása nem tér el jelentősen a hallók csoportjaiban elfogadott 3-5%-nyi aránytól. Továbbá egy nagymintájú (414 fő), 1999-ben publikált finnországi felmérésben az is beigazolódott, hogy más társuló (pl. tanulási) zavarok esetén hallássérülteknél is számítani kell a hiperaktivitás gyakoribb megjelenésére. Mindenesetre az illinois-i adatokat óvatosan kell kezelni néhány nem kellően tisztázott körülmény miatt (pl. mintavétel, szociális környezet heterogenitása, kikérdezés objektivitása), de az nem kétséges, – halló mintákkal való összevetések is igazolták –, hogy szerzett hallássérülésnél mindig nagyobb arányú a figyelemzavarok különböző súlyosságú formáinak előfordulása. Hozzá kell tennünk, hogy a kutatásokban ma is változatlanul fontosnak tartják a kedvezőtlen korai nyelvi-szociális környezeti hatások kóroki lehetőségét, tekintettel a viselkedés-szervezésben, a cselekvéslépések következményeinek anticipálásában és az adaptív magatartásminták kialakításában betöltött meghatározó szerepükre (Furlonger, 1998; Hindley, Kroll, 1999; Austen, Crocker, 2004; Eldik és mtsai, 2004; Berke, 2008).

A szindróma korrekt felismerése és elsődleges vagy következményes jellegének megítélése komplex differenciáldiagnosztikai feladatot jelent az érzékszervi sérülés miatt. A megfigyelési és vizsgálati helyzetek szervezése, az eljárások alkalmazása, az eredmények értékelése fokozott előkészítést és ellenőrzést igényel. Számolni kell továbbá a halló populációban is jellemző, félrediagnosztizálásra okot adó körülményekkel. Hiszen jól ismert a

figyelemzavar-hiperaktivitás gyanújának nemritkán téves felvetése súlyos nyelvfejlődési és kommunikációs zavar, emocionális és magatartási probléma, illetve komoly nevelési nehézségekkel küzdő, hátrányos vagy csonka családi környezet esetén. A diagnosztikai gyakorlat rendszere hallássérülteknél is összetett, mely legalább a következő elemekből áll: a) pedagógusi és gyermekorvosi vizsgálati javaslattétel, b) szülői és pedagógusi megfigyelésen alapuló minősítő skálák, kérdőívek, interjúk c) anamnézis, pedagógiai élettörténet, d) neurológiai vagy más célzott szakorvosi vizsgálat, e) folyamatdiagnosztikai teljesítménypróbák, e) figyelemtesztek, f) neuropszichológiai és pedagógiai pszichológiai tesztek a kognitív profil és a végrehajtó funkciók feltárására, vagy egyéb felmerülő kórokok kizárására. A standardizált pszichometriai eszközök és a folyamatos, strukturált megfigyelés eljárásainak kombinációjából álló komplex vizsgálati modellben a „diszkrét" mérés és a dinamikus diagnosztika szemlélete arányosan érvényesül. Az alkalmazott ismertebb módszerek között szerepel például a Conners-féle minősítő skála szülői és pedagógusi változata, a Wechsler Gyermek Intelligenciateszt, a Woodcock-Johnson Kognitív Képességek Tesztje, a Peabody Egyéni Teljesítményteszt, vagy a WORD-teszt. Az 1990-es évek diagnosztái hangsúlyozták, hogy a vizsgálati protokoll hallássérülteknél való alkalmazásánál nyomatékosan figyelemmel kell lenni a nyelvi és kultúrabeli eltérésekre. Elismerték, hogy a populáció specifikus módszertani adaptálások, standardizálási törekvések csak részleges eredményekkel jártak. A komplex diagnosztikai modellben fontos támpontnak tekintették a gyógypedagógus figyelemzavart befolyásoló saját kezdeményezésű próbálkozásait a célzott szakvizsgálatokat megelőzően. Integrált nevelési javaslattételnél különösen indokoltnak tartották a (neurogén) tanulási zavar és a figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma pontos differenciáldiagnosztikai elhatárolását a szükséges és megfelelő pedagógiai gondoskodás biztosítása érdekében (Samar és mtsai, 1998). Az utóbbi években hollandiai vizsgálatokban statisztikailag értelmezhető kapcsolatot találtak a hallássérült tanulók figyelemzavara és intelligenciaszintje között, mely összefüggést újabb szempontként értékelték az egyéni diagnosztikai döntésekben (Eldik és mtsai, 2004). Mindezzel együtt a szakemberek mai álláspontja szerint a szindróma hallási fogyatékosság melletti megállapítása változatlanul nehéz feladat, de azt is látni kell, hogy a diagnosztikai kérdésekben is – éppúgy, mint a tüneteknél – több a hallókéhoz való hasonlóság, mint az érzékszervi sérülés miatti különbözőség.

A figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma multimodális terápiás elvének és gyakorlatának hallássérülteknél való alkalmazása szorosan összefügg a komplex diagnosztikai szemlélet iránti igénnyel. A gyógyszeres kezelés,

nevelési tanácsadás, fejlesztő és pszichoterápiás eljárás, viselkedés- és szociáliskészség tréning, logopédiai-, mozgás- és egyéb szükséges foglalkozás szerves egységét jelentő, a szülők és szakemberek aktív együttműködésére épülő komplex terápiás munka alapjaiban nem tér el a halló populációban kipróbált tevékenységtől. Ennek megfelelően a releváns gyógypedagógiai, illetve pedagógiai szakanyagokban is elsősorban általános elvek, terápiás módszertani javaslatok olvashatók, és a szerzők alkalomadtán csak egy-egy példával illusztrálják az adaptációs megoldásokat a hallássérült gyermekek különböző súlyosságú figyelemzavarainak egyedi befolyásolására. Így – többek között – lényeges szempont az osztálytermi környezet módosítása, vagyis olyan elhelyezést biztosítani a gyermek számára, hogy a tanár közvetlen közelében legyen a folyamatos szemkontaktus fenntartásával és az egyidejű figyelemelterelő zajok, vizuális ingerek erős korlátozásával. Továbbá specifikus gondoskodást jelent például a tanítás során a leegyszerűsített, ám motiváló ismeretanyag, a lassabb tempó, az egyértelmű és egyszerű instrukcióadás, az érintéssel vagy több képi szemléltetéssel való megsegítés, a gyakoribb ismétlés, a rövid szünetek jól tervezett és rendszeres beiktatása, stb. Belátható, hogy – éppúgy, mint a halló gyermekeknél, – itt is csak az a terápiás út lehet eredményes, amely nem egyes módszerek recept-szerű, mechanikus alkalmazásából áll, hanem az egyéni szükségletekhez igazodó differenciálás elvét követi a különböző osztálytermi és más foglalkozási helyzetekben egyaránt. Ezt a szemléletet közvetíti a gyógypedagógus-továbbképzés és az esetmegbeszélő csoportok keretében szervezett specifikus felkészítő programok többsége. Néhány ország már figyelemreméltó tapasztalattal rendelkezik e téren. Mégis – általános nemzetközi vélekedés szerint – a gyakorló szakemberek nem elégedettek az így szerezhető ismeretek felhasználásának hatékonyságával. A figyelemzavar-hiperaktivitás tüneteinek felismerésével, illetve befolyásolásával kapcsolatos diagnosztikai és terápiás tudásukat hiányosnak érzik, a szakértői vélemények értelmezésében bizonytalanok, problémamegoldó próbálkozásaikat esetlegesnek tartják. A kritikus visszajelzések nyomán még sürgetőbb a felkészítés módszertani és strukturális reformja a különböző posztgraduális programok eddigi gyakorlatában (Kelly és mtsai, 1993b; Samar és mtsai, 1998; Dyck, Denver, 2002; Eldik és mtsai, 2004). Hozzá kell tennünk, a megújuló hazai szakterületi gyógypedagógus képzésben megkerülhetetlenül fontos feladat, hogy a témakör az eddiginél jóval nagyobb hangsúlyt kapjon az elsajátítandó ismeretanyag rendszerében.

A fenti – főként angol nyelvterületről származó – szakirodalmi összeállításban azokból az 1990-es években megjelent tanulmányokból

válogattunk, amelyeket ma is a téma alapmunkáiként ismernek el, és amelyeket mindmáig meghivatkoznak a frissebb szakanyagokban.

A figyelemzavar-hiperaktivitás hazai vizsgálata hallássérült tanulóknál

A vizsgálat célja, indoklása

Leíró, empirikus vizsgálatunk fő célja az volt, hogy egy első, átfogó hazai helyzetképet alkossunk a figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma hallássérülés melletti előfordulásának gyakoriságáról és jellegéről, valamint tisztázzuk, hogy a szakterület gyógypedagógusai oktatási-nevelési tapasztalatuk alapján milyen tüneteket tartanak meghatározóan fontosnak e társuló probléma felvetésénél, vagy gyanújának megfogalmazásánál. A hallássérültek nyolc hazai intézményének általános iskolai tagozata vett részt országos szintű felmérésünkben. Az osztálytanító gyógypedagógusok a Conners-féle tanári minősítő skálát használva 571 gyermekről alkottak véleményt a figyelemzavar-hiperaktivitás veszélyének, jelenlétének vagy elutasításának megállapításával.*

A hiánypótló kutatási téma kezdeményezése mindenekelőtt azzal a közismert statisztikai ténnyel magyarázható, hogy a hallássérültek iskoláiban – a tanulói létszám csökkenése ellenére – évek óta változatlanul magas a társuló zavarokat mutató hallási fogyatékos gyermekek előfordulási aránya, és közülük egyre karakterisztikusabban rajzolódik ki a dominánsan súlyos figyelemzavar tüneteit viselő tanulók csoportja (Csányi, 2003; Zsoldos, 2007). Szakszerű ellátásuk komplex feladat, a ma gyógypedagógiájának nagy szakmai kihívása, és fontos eleme a speciális intézmények napjainkban zajló részleges profilváltásának (Perlusz és mtsai, 2007). Az érintett gyógypedagógusoknak számos nehezen megoldható nevelési helyzettel és módszertani kérdéssel kell szembenézniük.

Szándékunk szerint vizsgálatunk elsősorban ahhoz járulhat hozzá, hogy a gyakorlat szakemberei egységesebb képet alkossanak a hallási fogyatékosság mellett megjelenő figyelemdeficit különböző súlyosságú formáiról. Jelen kutatásunk tehát csak első lépés a figyelemzavar-hiperaktivitás szindrómát mutató hallási fogyatékos gyermekek összetett feladatellátásához, hiszen a pedagógusi minősítő skálával készült nagymintájú felmérésünkkel

* A kutatásban való részvételért köszönettel tartozom az intézmények vezetőinek, a választ adó gyógypedagógusoknak és Pillár Ildikó, diplomamunkáját készítő hallgatónak.

mindenekelőtt a felismeréséhez nyújthatunk segítséget. Ám ez a fontos lépés vezethet el a terápia és befolyásolás specifikus módszertani és strukturális kérdéseinek tisztázásához.

A tanulmányban a kutatómunka első tapasztalatainak leíró szintű bemutatására kerül sor.

Hipotézisek

1) A figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma társuló jelenléte nincs közvetlen összefüggésben a hallássérülés mértékével.
2) A hallássérült gyermekeknél ugyanúgy jellemző a figyelemzavar-hiperaktivitás nemek szerinti aránytalansága, mint a halló populációban. A fiúknál jelentősen gyakoribb az előfordulás.
3) Magasabb osztályfokokon enyhülhetnek a tünetek, részleges összefüggésben a nyelvi szint, illetve a kommunikációs készség fejlődésével.
4) Társuló tanulási nehézség mellett hallássérülteknél is jelentősen gyakoribbak a figyelemzavar-hiperaktivitás tünetei.
5) A gyógypedagógusok értékelő, minősítő viselkedése jellegzetes tendenciákat mutat.

A vizsgálat módszere

A *Conners-féle rövidített tanári minősítő skála* (Conners, 1988) a gyermekkori hiperaktivitás vizsgálatánál alkalmazott ismert eljárás (Kulcsár, 1992/93). Az iskolai környezetbeli tartós megfigyelésre épülő, 10 viselkedéses jellemzőt tartalmazó szempontsor a figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma különböző minőségű és súlyosságú tüneteit fejezi ki. Ezek a következők: *Nyugtalan és túl aktív; Ingerlékeny, impulzív; Zavarja a többieket; Nem fejezi be, amit elkezdett, figyelme nem tartós; Állandóan mocorog; Figyelmetlen, könnyen elterelhető; Kívánságait azonnal teljesíteni kell, könnyen frusztrálódik; Gyakran és könnyen sír; Hangulata gyorsan és drasztikusan változik; Indulatkitörésekre hajlik, robbanékony, kiszámíthatatlan.*

A pedagógus mind a 10 viselkedési minősítő kategóriáról eldönti, hogy azok milyen mértékben jellemzőek a kérdezett gyermekre. Az odaítélés mértéke négy fokozatú *(egyáltalán nem jellemző, kissé, eléggé, nagyon)*, melyekhez 0-3 pontértékek rendelhetők a súlyosságot és gyakoriságot kifejező növekvő sorrendben. Így, ha a pedagógus úgy ítéli meg, hogy például a *„nyugtalan és túl aktív”* minősítő kategória *nagyon* jellemző a gyermekre,

akkor ezt 3 ponttal jelöli, míg az *egyáltalán nem* véleményt 0 ponttal. Az eljárás nem standardizált, de az odaítélt pontértékek összege alapján a figyelmi állapot két övezetbe – a hiperaktív gyanús vagy a hiperaktív övezetbe – sorolható.

Saját vizsgálatunkban a Conners-skála kis módosításával dolgoztunk, 9 értékelő kategóriát használtunk. A figyelemzavar differenciált minőségét specifikus populációnkban kevéssé kifejező, egymást átfedő két kategóriát összevontunk, anélkül, hogy tartalmi változás történt volna. A figyelem tartósságának és elterelhetőségének problémájára utaló minősítések kerültek egy kategóriába. A módosításra azért volt lehetőség, mert az eljárás értékelési elve hangsúlyosan minőségi szempontú, a mennyiségi mutatók csak másodlagosak. Az összevonás miatt a hiperaktivitást, illetve a gyanút jelző övezetek ponthatárai arányosítással lettek megállapítva a következőképpen:

– hiperaktivitás gyanúja: 13-17 pont

– hiperaktivitás: 18-27 pont

Hangsúlyoznunk kell, hogy a választ adó gyógypedagógusok feladata nem a hiperaktivitás megállapítása volt, hanem a hallássérülés melletti differenciált tünet képének elemzése.

A Conners-skála értékelési lehetőségét kiegészítettük a figyelemzavar mértékének egyéni foglalkozási helyzetben való megítéltetésével, tekintettel arra, hogy a hallássérültek anyanyelvi oktatásában a magasabb óraszámú egyéni fejlesztésnek kiemelt szerepe van. Itt a figyelemzavar csökkenő tendenciájára számítottunk. Természetesen az egyéni foglalkozásról alkotott vélekedés értékeit elkülönítetten kezeltük, nem használhattuk fel a kétféle övezetbe sorolásnál. Ám az így szerzett tapasztalatokat összehasonlíthattuk az osztálybeli figyelmi viselkedéssel. További kérdéseink a gyermekek hallássérülésének mértékére, az értelmi és a nyelvi fejlettségi szint átfogó minősítésére, valamint a társuló tanulási nehézség jelenlétére (pl. diszfázia, részképesség zavar) vonatkoztak. Az értelmi és nyelvi szint értékelése három kategóriába sorolással történt (gyenge, átlagos, jó).

A vizsgálati minta

Vizsgálatunkat a 2005/2006. tanév 2. félévében végeztük. A hallássérültek nyolc intézményének osztálytanító gyógypedagógusai 571 általános iskolai tagozaton tanuló gyermekről töltötték ki a Conners-skálát kiegészítő részeivel együtt. A mintában 36 integráltan oktatott gyermek is szerepelt. A vizsgálati téma szempontjából elkülönült értékelésük nem volt indokolt.

hallásfok	nem	fő	nemi megoszlás almintán belül	hallásfok megoszlás a teljes mintában
közepes fokban hallássérült	fiú	162	59,1 %	
	lány	113	40,9 %	
	összesen	275		48,15 %
súlyos fokban hallássérült	fiú	150	50,8 %	
	lány	146	49,2 %	
	összesen	296		51,85 %
összesen		571		100 %

1. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása a hallássérülés mértéke és a nem szempontjából

A hallássérülés mértékének két kategóriáját nézve a minta kiegyenlített. A nemi megoszlás viszont kissé aránytalan, mivel a közepes fokban hallássérültek csoportjában a fiúk felülreprezentáltak, bár a különbség nem szignifikáns. Az 571 fős teljes minta széles életkori övezetet fog át, mert a Conners-skálával történt kérdőíves felmérés az általános iskola teljes intervallumában történt, beleértve az előkészítő osztályokat is. Azonban a korcsoportok közti nagy eltéréseket mégis tudtuk kezelni, mivel vizsgálati témánk szempontjából az iskolai tanulással eltöltött időtartam fontosabb tényező volt, mint az életkor.

pedagógus véleménye	értelmi szint		nyelvi szint	
	fő	megoszlás	fő	megoszlás
gyenge	184	32,3 %	246	43,3 %
átlagos	225	39,5 %	179	31,5 %
jó	161	28,2 %	143	25,2 %
összesen	570	100 %	568	100 %

2. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása az értelmi és a nyelvi szint gyógypedagógusi értékelése alapján

A gyógypedagógusok összbenyomása alapján az 571 fős minta kétharmadánál közel azonos arányban jellemző az átlagos, illetve a gyenge értelmi szint. A tanulók kevesebb, mint egyharmada bizonyul csak jó mentális képességűnek. Ellenőriztük, hogy ez a tendencia a hallássérülés mértéke szerinti két kategóriában is megfigyelhető. Még ennél is szembetűnőbb, hogy a nyelvi fejlettség átfogó értékelésénél a gyengék csoportja a legnagyobb létszámú a teljes mintában. A

további elemzés azt mutatta, hogy a gyenge nyelvi szintűek magas aránya a súlyos hallássérültek több mint felének odaítélt gyenge minősítésnek köszönhető, miközben a közepes fokban hallássérültek csoportjában egyharmadnál kevesebb tanuló kapta ezt az értékelést. A teljes mintára nézve elmondható, hogy az értelmi és a nyelvi szint között nincs statisztikailag igazolható szoros összhang a gyógypedagógusok általános vélekedése szerint.

tanulási nehézség	**fő**	**megoszlás**
tanulási nehézség jellemzi	316	55,8 %
tanulási nehézség nem jellemzi	250	44,2 %
összesen	566	100 %

3. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása a társuló tanulási nehézség diagnózisa és gyanúja alapján

A szakértői vélemények diagnózisa és a gyógypedagógusok feltételezése szerint a társuló tanulási nehézséget mutató gyermekek száma igen magas, a teljes minta több mint 50%-a. A hallássérültek iskoláinak 2006. évi adatszolgáltatása szerint – a diszfáziát csaknem 150 tanulónál diagnosztizálták szakértői vizsgálattal (Perlusz és mtsai, 2007). Így mintánkban a tanulási nehézség 316 fős csoportjának több mint felénél feltehetően a diszfázia gyanúja, vagy a tanulási nehézség valamely más formája fogalmazódik meg. Hiszen ez egy igen tág kategória, amelybe beletartozik például a gyenge mentális hátterű és minden téren rosszul teljesítő gyermek éppen úgy, mint a kognitív (rész)képességzavarokat vagy a parciális teljesítményzavarokat mutató tanuló is.

A teljes minta alcsoportjait az iskolai tanulással eltöltött időtartam szerint alakítottuk ki, mert a figyelemzavar tüneteinek rendszerezésénél elsősorban ennek a szempontnak tulajdoníthattunk jelentőséget, és – mint említettük – így az életkori heterogenitás is kezelhetőbb volt. Három osztálycsoportot alakítottunk ki összevonással *(4. táblázat)*.

osztálycsoport	**osztályok**	**fő**	**megoszlás**
kisiskolások	előkészítő 1. és 2. első/1. és 2. (nyújtott első) integrált és speciális iskolai 1. és 2.	222	38,9 %
középső szakaszban tanulók	speciális iskolai 3. 4. 5. integrált 3. 4. 5.	171	29,9 %
záró szakaszban tanulók	speciális iskolai 6. 7. 8. integrált 6. 7. 8.	178	31,2 %
összesen		571	100 %

4. táblázat: Az osztálycsoport alminták létszámának megoszlása

A három alminta létszámának megoszlása kissé aránytalan, mert a kisiskolások felülreprezentáltak, bár nem szignifikáns mértékben. A nemi megoszlás kiegyenlített. A gyógypedagógusok átfogó értékelése alapján az egyes osztálycsoportok értelmi és nyelvi szintje lényegében véve nem tér el a teljes mintáétól. A csoportjellemző százalékértékek további finomelemzése azonban azt mutatja, hogy a kisiskolásoknál nagyobb arányban jeleztek gyenge értelmi szintet, mint a felsőbb osztályokban. A középső és záró szakaszban viszont csak az átlagos szintűeknek minősítettek száma nő az osztályfok emelkedésével párhuzamosan, míg a jó értelmi képességűeké nem. Ez a tendencia még markánsabban megfigyelhető a nyelvi fejlettségről alkotott véleményekben. Almintáinkban ellentmondásos az összkép a rendszeres iskolai tanulás intelligenciára és nyelvi fejlődési szintre vonatkoztatható hatásáról. Ugyanakkor a tanulási nehézség előfordulása minden osztálycsoportban magas, 50% fölöttinek vélik. Sőt az előkészítő és az 1., 2. osztályba járó tanulóknál még ennél is gyakoribbnak tartják, mert a csoport kétharmadánál jelölték. Megállapítható a kisiskolások fokozott érintettsége mind a három kérdezett terület vonatkozásában.

A vizsgálat eredményei

Vizsgálati adataink feldolgozása az SPSS matematikai statisztikai programmal és minőségi szempontú elemzéssel történt.

1) A figyelemzavar-hiperaktivitás gyakorisága a teljes mintában és az osztálycsoportokban

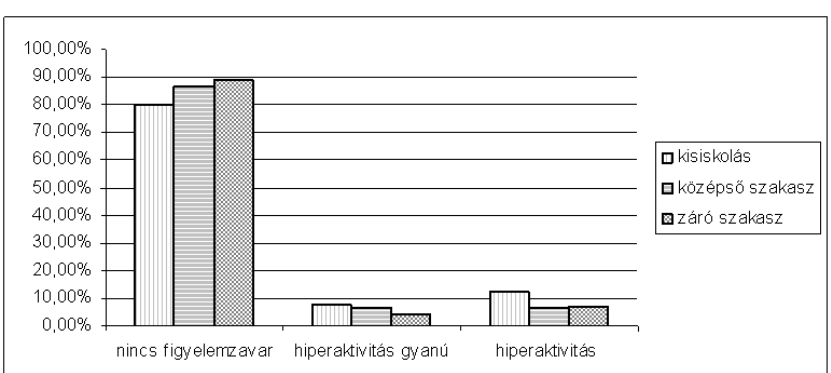
Először megvizsgáltuk, hogy a figyelemzavar-hiperaktivitás ugyanolyan gyakori-e a hallássérült tanulók populációjában, mint a halló kortársaknál.

figyelemzavar-hiperaktivitás övezetek	**fő**	**megoszlás**
nincs zavar (0-12 pont)	473	84,76 %
gyanú (13-17 pont)	35	6,27 %
hiperaktivitás (18-27 pont)	50	8,96 %
összesen	558	100 %

5. táblázat: A teljes tanulói létszám megoszlása a Conners-skála pontövezeteiben

A gyógypedagógusok értékelése alapján a teljes minta 9%-a (50 fő) került a hiperaktivitás övezetébe és mindössze 6% (35 fő) a „gyanú" övezetébe. A hiperaktivitás átlag-százalékérték gyakorisági mutatója kissé magasabb, mint a halló iskolásoknál általánosan elfogadott 3-5% előfordulási arány, de a különbség nem szignifikáns (p>0,05). Ha adatainkat összehasonlítjuk a korábban ismertetett illinois-i kutatás jóval nagyobb gyakorisági értékeivel, már első benyomásra is úgy tűnik, hogy a hazai gyógypedagógusok vélekedése reálisabb, és jobban illeszkedik a nemzetközi trendhez. Ám figyelembe kell venni, hogy az amerikai intézmény munkatársainak Conners-skálán adott értékelését a hallássérülés kóreredete szempontjából elemezték, mely az egyébként is kisebb létszámú mintát tovább szűkítette, és az arányokat is megváltoztathatta. Mindezzel együtt megállapíthatjuk, hogy hallássérült tanulóink vizsgált populációjában nem igazolható a hiperaktivitás nagyobb gyakorisága, bár a Conners-skála mindkét övezetében megfigyelhető a magasabb arányú előfordulás tendenciája. Továbbá elmondható, hogy gyógypedagógusaink odaítélő attitűdjére általában nem jellemző a probléma felnagyítására való hajlam.

A kérdést differenciáltabban vizsgálva arra kerestünk választ, hogy vajon van-e jelentős különbség az osztálycsoportok között a figyelemzavar-övezetekbe besorolás alapján. Első megközelítésben ugyanis azt láttuk, hogy a kisiskolások közül több gyermeknek ítélték oda a hiperaktivitást vagy annak gyanúját jelző pontértékeket, mint a másik két almintában *(1. ábra)*.



1. ábra: Az osztálycsoportok megoszlása a Conners-skála pontövezeteiben

A matematikai statisztikai próbák eredményei alapján nem találtunk igazolható összefüggést (X^2=p>0,05). Az osztálycsoportok figyelemzavar-

övezetekbe való besorolása nem különbözik jelentősen. Így tehát a kisiskolásoknál a figyelemzavar vagy a „gyanú” nem szignifikánsan gyakoribb a többi almintához képest. Ezzel együtt csoportjukban a grafikonokkal ábrázolt átlag-százalékértékek növekvő tendenciája a Conners-féle két övezetben mégsem elhanyagolható jelzés.

2) A hallássérülés mértéke és a figyelemzavar-hiperaktivitás összefüggése a teljes mintában

Második lépésben azt vizsgáltuk, hogy a hallássérülés foka befolyással van-e a jelentősen zavart figyelmű, illetve hiperaktív magatartásra.

A kétmintás t próba eredménye azt bizonyította, hogy a hallássérültek két csoportjában a Conners-skála mért átlagpontértékei nem különböznek szignifikánsan (közepes fokban hallássérültek csoport-átlag: 6.20; súlyos hallássérültek csoport-átlag: 6,45; $p>0,05$). Tehát a figyelemzavar-hiperaktivitás vagy a gyanúja nem fokozódik, illetve nem jellemzőbb súlyos hallássérülés esetén, és nem enyhébb közepes fokú hallássérülésnél. Erre az eredményre számítottunk is a napi tanítási gyakorlat tapasztalata alapján. A hallási fogyatékosság mértéke nincs meghatározó befolyással a figyelemzavarra.

3) A nemi megoszlás kérdése a teljes mintában

Azt elemeztük, hogy a figyelemzavar-hiperaktivitás tüneteit mutató hallássérült gyermekeknél is megtalálható-e a halló populációban nagyon jellegzetes nemi aránytalanság.

A kétmintás t próba szerint a hallássérültek mintájában a nemek két csoportjában a figyelemzavar mért átlagai szignifikánsan különböznek (fiúk csoport-átlag: 7,11; lányok csoport–átlag: 5,40; $p<0,001$). A hallássérült fiúk erősen felülreprezentáltak a figyelemzavart mutatók körében. A probléma náluk jelentősen gyakoribb, mint a lányoknál. A gyógypedagógusok fiúkat minősítő véleményében sokkal jellemzőbbek a figyelemzavar-hiperaktivitás súlyosabb tünetei, mint a lányokéban. Az eredmény várható volt.

4) A nyelvi szint és a figyelemzavar összefüggése

Arra is választ kerestünk, hogy a rendszeres anyanyelvi nevelés következtében várhatóan javuló nyelvi fejlettségi szint kedvező befolyással lehet-e a figyelemzavar-hiperaktivitás tünetegyüttesére. A kérdés elemzésére hangsúlyt fektettünk, mivel az ADHD szindróma kórokai között a korai kommunikációs probléma fontos tényező, és a hallássérültekkel végzett téma-specifikus kutatásokban elsősorban ezzel indokolják az impulzív magatartás kialakulását. Ennek ellenére saját vizsgálatunkban nem kaptunk egyértelmű választ a kérdésre. A statisztikai próbák ellentmondásos eredményeket adtak.

A varianciaanalízis alapján a figyelemzavar mért átlagértékeiből arra a tendenciára lehetett következtetni, hogy minél jobb az anyanyelvi szint, annál kevésbé jellemző a Conners-skála súlyos zavart jelző pontértékeinek odaítélése (gyenge nyelvi szint csoport-átlag: 7.56; közepes nyelvi szint csoport-átlag: 5,88; jó nyelvi szint csoport-átlag: 4,90; $p<0,001$). Hozzá kell tennünk viszont, hogy a nagy szórás miatt ezeket a matematikai statisztikai eredményeket óvatosan kell fogadnunk. Mindezzel együtt azt mondhatjuk a teljes mintára nézve, hogy a figyelemzavar összefüggésben van a nyelvi szinttel, ám vizsgálataink alapján mégsem bizonyítható, hogy a jobb nyelvi fejlettséget mutató gyermek jobban is figyel.

A kérdést az osztálycsoportok szintjén is elemeztük tekintettel az anyanyelvi nevelés időtartamának fontos szempontjára. Csak kicsit remélhettük, hogy az osztálycsoportoknál végzett X^2 próba számítással differenciáltabb magyarázatot kapunk a fenti ellentmondásos összefüggésre, mert a gyógypedagógusok átfogó véleményük alapján a teljes minta közel felét egységesen gyenge nyelvi szintűnek minősítették *(ld. 2. táblázat)*. Mindössze csak a középső szakaszban tanulók almintájánál találtunk szignifikáns kapcsolatot a figyelemzavar és a nyelvi szint között ($p<0,05$). A további minőségi szempontú vizsgálódásunk során azt láttuk, hogy ebben az osztálycsoportban fordul elő a legkevesebb „gyenge nyelvi szint" minősítés (36,5%) és a legtöbb „jó nyelvi szint" értékelés is (30%), de a másik két csoporthoz viszonyított különbség nem szignifikáns. Ráadásul a középső szakaszban tanulók Conners-féle övezetekbe való besorolása nem mutatja az előfordulás elvárható csökkenő arányát. Így az osztálycsoportok szintjén sem kaptunk elfogadható magyarázatot a figyelemzavar és a nyelvi szint ellentmondásos összefüggésére. (Megjegyzendő mindenképpen további vizsgálódást érdemelne az a tapasztalat is, hogy miért a középső szakaszban tanulók csoportjáról alakult ki egy némileg kedvezőbb nyelvi összkép.)

5) A társuló tanulási nehézség és a figyelemzavar-hiperaktivitás összefüggése

A tanulási és magatartási zavar gazdag szakirodalmának egyik legtisztábban feltárt területe az atipikus fejlődésű kognitív képességstruktúra, a figyelemzavar és az eltérő teljesítményszint közötti komplex oki kapcsolat, mely gyakran neurogén hátterű. Joggal számíthattunk arra, hogy matematikai statisztikai próbáink a hallássérült tanulók mintájában is meggyőzően igazolják a társuló tanulási nehézség melletti figyelemzavar jellemzően gyakori előfordulását.

	tanulási nehézség	n	x	std. dev.	p
figyelem-zavar	van	310 fő	8,23	6,667	p<,001
	nincs	243 fő	3,78	4,536	

6. táblázat: A figyelemzavar-hiperaktivitás előfordulása a hallássérüléshez társuló tanulási nehézség mellett

A kétmintás t próba eredménye egyértelműen bizonyítja a szignifikáns összefüggést a figyelemzavar-hiperaktivitás és a hallássérüléshez társuló tanulási nehézség között (p>0,000), vagyis a kóros aktivitászavar különböző súlyosságú tünetei jelentősen gyakrabban fordulnak elő a társuló tanulási nehézséget mutató hallássérült gyermekeknél, mint a társaiknál. Adataink megegyeznek a tanulási és figyelemzavar összefüggéséről alkotott általános tapasztalattal, és alátámasztják a fentiekben említett jelentős létszámú hallássérült mintával végzett finnországi kutatás eredményét is (Hindley, Kroll, 1999).

6) A gyógypedagógusok figyelemzavart minősítő, értékelő viselkedésének tendenciái

A gyógypedagógusok értékelő viselkedésének elemzésénél abból indultunk ki, hogy megnéztük, a Conners-skála kategóriái közül melyeknél választották legtöbbször a figyelemzavar súlyos tüneteit kifejező „gyakran jellemző" és „nagyon gyakran jellemző" minősítést. Válaszaikat gyakorisági rangsorba állítottuk, hogy megtudjuk, a hallássérült tanulóknál milyen főbb viselkedéses jellemzőkben mutatkozik meg a figyelemzavar-hiperaktivitás, vagy az erre utaló gyanú a napi tanítási gyakorlat során.

Conners-skála minősítő kategória	egyáltalán nem jellemző		esetenként előfordul		gyakran jellemző		nagyon gyakran jellemző	
	odaítélés/fő	%						
Figyelmetlen (könnyen elterelhető) nem fejezi be, amit elkezdett	203	35,8%	182	32,1%	**105**	**18,5%**	77	**13,6%**
Nyugtalan és túl aktív	287	50,6%	164	28,9%	**66**	**11,6%**	**50**	**8,8%**
Állandóan mocorog	297	52,3%	156	27,5%	**59**	**10,4%**	**56**	**9,9%**
Zavarja a többieket	254	44,7%	221	38,9%	**53**	**9,3%**	**40**	**7,0%**

7. táblázat: A figyelemzavar-hiperaktivitás minősítések odaítélésének főbb jellemző gyakorisága

A gyógypedagógusok figyelemzavart minősítő odaítéléseiben négy olyan minősítő kategóriát találtunk, amelyek a „gyakran jellemző” és a „nagyon gyakran jellemző” válaszokban minimum 40 vagy 50 alkalommal fordultak elő. Ezek alapján azt gondolhatjuk, hogy elsősorban a figyelem fluktuációja, a cselekvések befejezetlensége, a folyamatos nyugtalanság, a mozgáskontroll hiányossága és a környezet zavarása fejezi ki legmarkánsabban az iskolai tanulási helyzetekben megnyilvánuló súlyosabb figyelemzavart a hallássérült gyermekeknél. A *„Figyelmetlen (könnyen elterelhető) nem fejezi be, amit elkezdett”* odaítélés használata jelentősen gyakoribb, mint a másik három értékelő kategóriáé, így ezt tekinthetjük domináns tünetnek.

Érdemes megemlíteni, hogy a gyógypedagógusok a Conners-skála minősítő kategóriái közül hármat igen ritkán alkalmaztak a súlyos figyelemzavar jellemzésére. Véleményük szerint a hallássérült gyermekek viselkedéses tünetegyüttesében nem jelentős a gyakori sírásra vagy a robbanékonyságra, kiszámíthatatlanságra és indulatkitörésre való fokozott hajlam, sőt a hirtelen vagy drasztikus hangulatváltás sem.

Jelen munkánkban nem térünk ki a figyelemzavar-hiperaktivitás egyéni foglalkozások során tapasztalt viselkedéses jellemzőire, illetve a figyelmi szint elvárt kedvező változására, azonban jelezzük, hogy első korrelációszámítási adataink szerint a viselkedéses tünetek az egyéni helyzetben lényegesen nem csökkennek, bár jobban kontrollálhatók. Így azt mondhatjuk például, hogy az a gyermek, aki „nyugtalan és túl aktív” vagy „ingerlékeny és impulzív” az osztályban, az általában ilyen viselkedésű a személyre szóló foglalkozások során is.

Válasz a hipotézisekre

1) A Conners-skála pedagógiai értékelési eljárásával végzett kutatásunk igazolta, hogy a figyelemzavar-hiperaktivitás tünete vagy gyanúja nincs közvetlen összefüggésben a hallássérülés mértékével.

2) Igazolást nyert, hogy a hallássérült gyermekeknél ugyanúgy jellemző a figyelemzavar-hiperaktivitás nemek szerinti aránytalansága, mint a halló populációban. A fiúknál jelentősen gyakoribb az előfordulás.

3) Nem volt bizonyítható, hogy az anyanyelvi nevelés következtében várhatóan javuló nyelvi fejlettségi szint kedvező befolyással lehet a figyelemzavar-hiperaktivitás viselkedéses tünetegyüttesére, bár jobb anyanyelvi szint esetében kevésbé jellemző a Conners-skála súlyos zavart jelző pontértékeinek odaítélése.

4) Beigazolódott, hogy társuló tanulási nehézség mellett hallássérülteknél is jelentősen gyakoribbak a figyelemzavar-hiperaktivitás vagy gyanújának tünetei.

5) A gyógypedagógusok értékelő viselkedésének jellegzetes tendenciái a Conners-skála minősítő kategóriáinak szűkebb körében voltak tetten érhetők.

Záró gondolatok

Tanulmányunkban egy átfogó hazai helyzetképet mutattunk be a hallássérüléshez társuló figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma előfordulásáról, gyanújának felvetéséről, jellegzetes megnyilvánulási formáiról általános iskolai tanulók korosztályában. A hallássérült tanulókat fogadó valamennyi iskola részvételével, 571 fős tanulói mintával végzett kutatásunk során feltérképeztük a gyógypedagógusok tartós tapasztalatát és vélekedését a Conners-féle pedagógusi minősítő skála rendszerében. Az első eredményeket ismertető jelen tanulmányunk a biztosabb, korrektebb felismeréshez adhat támpontokat a figyelemzavar-hiperaktivitás hallássérülés melletti viselkedéses tüneti képének rendszerezésével, mely fontos kezdeti lépés az érintett gyermekek komplex megsegítéséhez.

Eddigi kutatómunkánk alapján megállapíthatjuk, hogy a hallássérüléshez társuló súlyosabb figyelemdeficit fő tünetei lényegében véve nem térnek el a halló gyermekekétől, habár ezt a tendenciát a Conners-féle minősítő kategóriáknak egy szűkebb köre mutatja karakterisztikusabban. Nem vitatva, hogy a hallássérülés mellett megjelenő figyelemzavar jóval komplexebb problémát jelent, úgy véljük, hogy a kérdéses témában a két populáció között több a hasonlóság, mint az eltérés. Ezt a felvetést megerősíti a gyakoriságról, a hallásfok nem releváns befolyásáról, a nemi aránytalanságról, a tanulási zavar melletti jelentős előfordulásról, a nyelvi fejlettség és a figyelemzavar ellentmondásos összefüggéséről szerzett kutatási tapasztalat. Hozzá kell azonban tenni, hogy a Conners-féle tanári minősítő skála nem egy klasszikus értelemben vett differenciáldiagnosztikai eszköz, hanem a pedagógusok tartós észrevételeit átfogóan rendszerző eljárás, mely így segíti a pedagógiai feltárást és a célzott foglalkozások tervezését. Mindebből következően első kutatási tapasztalataink alátámasztják azt a nemzetközi trendet, mely szerint a figyelemzavart befolyásoló terápiás elvek és komplex eljárások a vizsgált, érintett hallássérült gyermekcsoportnál is ajánlhatók és alkalmazhatók a szükséges adaptációkkal. A feltárás korrekt pedagógiai módszerei hozzájárulhatnak a figyelemzavart mutató hallássérült gyermekek összetett problémáinak pontosabb megismeréséhez, és ezáltal az egyéni szükségleteket

kielégítő, differenciáló pedagógiai szemlélet érvényesítéséhez, mely a célzott terápiás programok sikerének alapja, és az egyetlen biztonsággal ajánlható pedagógiai út halló és hallássérült gyermek esetében egyaránt.

Irodalom

BENDER, W. N. (1997) *Understanding ADHD. A practical guide for teachers and parents.* Merrill Prentice-Hall, New Yersey.

BERKE, J. (2008) *Deafness and attention deficit disorder.* http://deafness.about.com/cs/add/a/ deafadhd.htm

BRANDAU, H., PRETIS, M., KASCHNITZ, W. (2004) *ADHS bei Klein- und Vorschulkindern.* Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.

BUDAYNÉ BALKAY S. (1975) Magatartászavaros hallássérültek életútjának néhány kérdése. *GYOSZE* III. 3.102-109.

CONNERS, C. K. (1988) *Conners' teacher's questionnaire.* North Tonawanda, NY.: Multi-Health Systems Inch.

CSÁNYI Y. (2003). Létszám- és részleges profilváltás a hallássérülteket ellátó intézményekben. *GYOSZE* XXXI. 2. 81-87.

CSÉPE V. (2005) *Kognitív fejlődés-neuropszichológia.* Gondolat Kiadó, Budapest.

DICK, M.J., DENVER, E. (2003) Can the emotion recognition ability of deaf children be enchanced? A pilot study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education.* 8:3

ELDIK, T., TREFFERS, P., VEERMAN, J.W., VERHULST, F. (2004) Mental health problems of Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf.* vol. 148. no.5. 390-395.

F.FÖLDI R. (2005) *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere.* Comenius Bt., Pécs.

FURLONGER, B. (1998) Issues involved in the identification and management of attention deficit hyperactivity disorder in deaf adolescent. *Deafness and Education*. 22/3. 24-29.

GEISSLER, G. (1994) Neurogén tanulási zavarok adatai nagyothalló tanulók beszédelsajátítása kapcsán. In: Keresztessy É. (szerk.) *A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnózisa és terápiája hallássérült gyermekeknél.* BGGYTF 52-59.

HINDLEY, P., KROLL, L. (1999) Theoretical and epidemiological aspects of attention deficit and overactivity in deaf children. *Mental Health and Deafness.* Whurr Publishers.

KELLY, D., FORNEY, J., PARKER-FISHER, S., JONES, M. (1993) The challenge of attention deficit disorder in children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf.* vol. 138. no.4. 343-348.

KELLY, D., FORNEY, J., PARKER-FISHER, S., JONES, M. (1993) Evaluating and managing attention deficit disorder in children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf.* vol. 138. no.4. 349-357.

KROWATSCHEK, D. (2004): *ADS und ADSH. Diagnose und Training. Materialien für Schule und Therapie.* Borgmann. Verlag Modernes Lernen.

KULCSÁR ZS. (1992/93) Gyermekkori hiperaktivitás. *Magyar Pszichológiai Szemle.* 48-49. 270-290.

LUCKNER, J. L., CARTER, K. (2001) Essential Competencies for teaching students with hearing loss and additional disabilities. *American Annals of the Deaf.* Vol. 146, No. 1. 7-15.

MARSCHARK, M. (2004) Szociális- és személyiségfejlődés az iskolás évek alatt. In: Zsoldos M. (szerk.) *Pszichológia és hallássérülés I.* Fogyatékosok Esélye Közalapítvány. 84-106.

MOORED, D. E. (1996) *Educating the deaf: Psychology, principles and practices.* Houghton Mifflin, Boston.

NAGYNÉ RÉZ I. (2004) Hallássérült fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív képességei. In: Lányiné Engelmayer Á. (szerk.) *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 125-151.

NEUHAUS, C. (1999): *Hiper- és hipoaktivitás, Figyelemzavar.* Kairosz Kiadó, Budapest.

PERLUSZ A., CSÁNYI Y., BODORNÉ NÉMETH T. (2007) Tendenciák a hallássérültek pedagógiájában a változó populációra való tekintettel. *GYOSZE.* XXXV. 3. 161-167.

SAMAR, V.J., PARANIS, I., BERENT, G. (1998) Learning disabilities, attention deficit disorders, and deafness. In: Marschark, M., Clark, D. (eds.) *Psychological perspectives on deafness.* vol. 2. Lawrence Erlbaum Assoc. Nj. 199-242.

SEUBERT, E. (1994) Speciális eredmények a siket gyermekeknél. In: Keresztessy É. (szerk.) *A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnosztikája, terápiája.* BGGYTF, Budapest. 40-51.

SINDELAR, B. (2007) Informationsverarbeitsstörungen in ihrer Auswirkung auf das Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Update in *Psychiatrie und Psychotherapie Essentials.* 12. (April) 17-19.

ULLMAN, R.K., SLEATOR, E.K., SPRAGUE, R.L. (1984) A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. *Psychopharmacological Bulletin.* 20. 160-164.

VAN UDEN, A.M.J. (1980) *A diagnosis of those multiple handicap in prelingually deaf children which endanger an education according to the purely oral way.* International Congress on Education of the Deaf, Hamburg.

ZSOLDOS M. szerk. (2004) *Pszichológia és hallássérülés I.* Fordításgyűjtemény. Fogyatékosok Esélye Közalapítvány.

ZSOLDOS M. (2007) Tanulási zavart mutató, diszfáziás hallássérült tanulók intelligenciaprofiljának újabb vizsgálati lehetősége. *Fejlesztő Pedagógia* 18. évf. 5. 36-41.