

Révész-Kiszela Kinga

A rekreáció elmélete és módszertana 4.

KÜLÖNLEGES BÁNÁSMÓ- DOT IGÉNYLŐK TESTNEVE- LÉSE ÉS SPORTJA

KÉSZÜLT AZ ESZTERHÁZY KÁROLY FŐISKOLA SPORTTUDOMÁNYI INTÉZETÉNEK
KÖZREMŰKÖDÉSÉVEL

Szerző:

Révész-Kiszela Kinga

Szerkesztő

Dr. Révész László, Dr.Bíró Melinda

Szakmai lektor

Kristonné Dr. Bakos Magdolna

Anyanyelvi lektor

Vasné Varga Judit

Készült: a TÁMOP-4.1.2.E-15/1/Konv-2015-0001
"3.misszió" Sport és tudomány a társadalomért Kelet-Magyarországon projekt keretében

ISBN 978-615-5621-09-3

Az Eszterházy Károly Főiskola tankönyve
A kiadványért felelős
az Eszterházy Károly Főiskola rektora.

Megjelent az EKF Líceum Kiadó gondozásában.

2015



Révész-Kiszela Kinga

Testnevelő tanár–egészségtantanár, egyetemi adjunktus (EKF)

Diplomáját a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karán (TF) szerezte testnevelő tanár–egészségtantanár szakon 2008-ban. Még ebben az évben szerzett aerobik edzői diplomát is. 2008-tól 2011-ig több mozgásfejlesztő-mozgásterápiás módszert sajátított el. Komplex mozgásfejlesztőként évekig foglalkozott SNI-s, BTMN-es gyermekek fejlesztésével, táboroztatásával a budapesti Eleven Team Alapítványnál. 2010 és 2013 között a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karának külsős oktatója, 2014-ben pedig az ELTE Tanító- és Óvóképző Karának tanársegédje lett.

Jelenleg az Eszterházy Károly Főiskola Sporttudományi Intézetének adjunktusa (2014-). Doktori kutatási témája: Egy intervenciós program hatása az iskolaérettségre a tanulási és motoros képességek tükrében.

Tartalom

1.	Bevezetés	6
2.	A köznevelésben használt alapfogalmak és azok értelmezése	7
2.1.	Terminológiai dilemmák	7
2.2.	A törvényi terminus technikus	9
2.2.1.	Kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló.....	10
2.2.2.	Különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló.....	11
2.2.3.	Hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló	12
3.	A fogyatékossgal élők helyzete az egyes történelmi korokban.....	13
3.1.	Ókori töredékek a fogyatékossg történetéből	15
3.1.1.	Mezopotámia.....	15
3.1.2.	Egyiptom.....	16
3.1.3.	Athén.....	16
3.1.4.	Róma.....	17
3.1.5.	Spárta.....	18
3.1.6.	Ószövetségi zsidó kultúra.....	19
3.2.	A középkor és a kialakuló kereszténység hatása a fogyatékossgképre.....	19
3.3.	Újkori töredékek a fogyatékossgkép alakulásában.....	20
4.	A fogyatékossg értelmezési keretei, modelljei	22
4.1.	A WHO klasszifikáció.....	23
4.1.1.	ICIDH modell.....	24
4.1.2.	ICF-FNO modell.....	25
4.2.	AZ OECD kategóriák	26
5.	Fogyatékossggal élők együtt oktatása, nevelése hazánkban.....	28
5.1.	Speciális intézményektől az együttoktatásig a hazai törvényalkotásban	28
5.2.	Integráció, inklúzió értelmezési keretei.....	29
5.2.1.	A Salamancai Nyilatkozat és Cselekvési Tervezet.....	30
5.2.2.	A PHARE Twinning Program	31
5.2.3.	Az integráció és az inklúzió, mint fogalom.....	32
6.	A pedagógiai szakszolgálatok szerepe az együttoktatás-nevelés támogatásában.....	35
6.1.	Típusai, működésük, feladataik	35
6.2.	Az iskolaérettségi vizsgálat és annak szerepe a korai felismerésben	36
7.	Az egészséges életmódra nevelés fogyatékossg-specifikus sajátosságai a testnevelés és sport által	40
8.	Az adaptált fizikai aktivitás (APA) és az adaptált testnevelés (APE) célja, feladatai a fogyatékossggal élők testnevelésében és sportjában	42
9.	Sajátos nevelési igényűek (SNI) testnevelése és sportja	44

9.1.	Mozgásszervi fogyatékosok testnevelése és sportja	44
9.2.	Érzékszervi fogyatékosok testnevelése és sportja	45
9.2.1.	Hallássérültek testnevelése és sportja.....	46
9.2.2.	Látássérültek testnevelése és sportja	47
9.3.	Értelmi fogyatékosok testnevelése és sportja.....	48
9.4.	Beszéd fogyatékosok testnevelése és sportja.....	49
9.5.	Autizmus spektrumzavarral küzdő személyek testnevelése és sportja	50
10.	Beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdők (btmn) testnevelése és sportja	51
10.1.	Tanulási zavarokkal küzdők testnevelése és sportja.....	51
10.1.1.	Diszlexiások testnevelése és sportja	52
10.1.2.	Diszgráfiások testnevelése és sportja	53
10.1.3.	Diszortográfiások testnevelése és sportja.....	54
10.1.4.	Diszkalkulációs testnevelése és sportja.....	54
10.2.	ADHD-s tanulók testnevelése és sportja	55
10.3.	Mozgásfejlesztő, mozgásterápiás hatások a BTMN-es tanulók megsegítésére	58
10.3.1.	A legnépszerűbb mozgásterápiák Magyarországon	59
11.	Fogyatékosokkal élők hazai és nemzetközi sportrendszere	62
11.1.	A paralimpiai mozgalom története	62
11.2.	A Nemzetközi és a Magyar Paralimpiai Bizottság megalakulása.....	64
11.3.	A fogyatékos személyek sportjának hazai sportszervezetei	65
12.	Fogyatékosokkal élők sportja, jellemző sportágak	66
12.1.	Mozgásszervi fogyatékosok és látássérültek sportja, sportágak a Paralimpián	66
12.2.	Értelmi fogyatékosok sportja, sportágak a Speciális Olimpián	68
12.3.	Hallássérültek sportja, sportágak a Siketlimpián.....	69
12.4.	Szervátültetettek sportja, sportágak a Szervátültetettek Világjátékán.....	69
13.	Felhasznált irodalom.....	71

1. BEVEZETÉS

Jelen társadalmunk rengeteg problémával, nehézséggel néz szembe nap mint nap: klímaváltozás, szegénység, munkanélküliség, migráns-válság... Mindezek árnyékában kell az embereknek szervezni a mindennapjaikat, élni az életüket a tőlük telhető legmagasabb színvonalon. A társadalom tagjaiként viszont vannak olyan személyek, akik ezen mindennapi gondok, problémák megoldásán túl még más területen is helyt kell, hogy álljanak: el kell érniük, hogy a többi ember elfogadja őket, hogy tevékeny tagjai lehessenek a társadalom nagy, termelésre beállított gépezetének. Ők a fogyatékosággal élő személyek.

Bár helyzetük sok tényező mentén nehezebb, mint ép társaiké, az ő céljuk sem más, mint másoknak: élni és élni hagyni. Nem sajnálatra, szájalomra vágnak, hanem mint sokan: lehetőségre. Lehetőségre a tanulásban, a munkában, a családalapításban és természetesen a sportban is.

Jelen könyvben célunk bemutatni a különleges bánásmódot igénylő személyek csoportjait, a fogyatékoságukkal, zavarukkal együtt járó nehézségeket. Ismertetni kívánjuk a főbb fogyatékos-ügyi alapfogalmakat, kategorizálási szempontokat. Kitekintünk a fogyatékosággal élők helyzetére az egyes történelmi korok viszonylatában, valamint a világon – és így hazánkban is – egyre inkább teret nyerő integrációs-inklúziós szemléletbe. Néhány gondolat erejéig kitekintünk a pedagógiai szakszolgálatok, főként a szakértői és rehabilitációs bizottságok munkájába, majd górcső alá vesszük a fogyatékkal élők sportolási lehetőségeit nemzetközi és hazai viszonylatokban élsport és rekreációs tevékenységként egyaránt.

Bízunk benne, hogy könyvünket haszonnal forgatják majd mindazok, akik a téma iránt érdeklődők, netán elkötelezettek és egy átfogó ismeretanyagot adhatunk át a sporttudományos képzésben résztvevő hallgatók számára azon személyek oktatási-nevelési és sportolási lehetőségeivel kapcsolatban, akikkel munkájuk során egyre nagyobb eséllyel találkozhatnak majd.

2. A KÖZNEVELÉSBEN HASZNÁLT ALAPFOGALMAK ÉS AZOK ÉRTELME- ZÉSE

A társadalom azon csoportjait, akikről könyvünkben tájékoztatást szeretnénk adni az elmúlt évtizedek, sőt évszázadok során igen sokféleképpen nevezték már. Talán az egyik leggyakoribb megszólítás a fogyatékossgal élők, azonban ez nem minden esetben fedí le azokat a személyeket, akik a mindennapokban problémával küzdenek. Ismeretes lehet a sajátos nevelési igényű (SNI) névhasználat is, amely már nagyobb távlatokat nyit a gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek csoportjainak értelmezésében. Az SNI fogalomnak ugyanis csak egy kis részét teszik ki a fogyatékossgal élők csoportjai, és ebben a terminus technikusban előtérbe kerülnek a régen „más” fogyatékosnak, ma beilleszkedési, tanulási, magtartási nehézségekkel küzdőknek (BTMN) nevezettek kategóriái is.

A névváltozások gyakorisága könnyen tetten érhető az okoktatási-köznevelési törvények szövegének tanulmányozásakor. Az éppen aktuális és helyes szóhasználat folyamatos nyomon követést igényel még a szakmában járatos személyek esetében is, és a helyzetet csak tovább nehezíti, hogy az elnevezések országoként is változhatnak. Ezen okból kifolyólag sokszor tapasztalhatjuk, hogy fordítási hibaként helytelen szakszavakat adaptálunk magyar nyelvre (Kálmán és Könczei, 2002).

2.1. Terminológiai dilemmák

Ha meg szeretnénk nevezni, vagy akár csak jelzővel szeretnénk illetni azon személyeket, akiknek valamely mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy pszichés okból adódóan több nehézséggel kell megküzdenie a mindennapokban, mint „normális”, ép társainak, a szerencsésebb többségnek, azonnal nyelvi nehézségekbe ütközünk. A „fogyatékossg” vagy a „fogyatékos” kifejezések diszkriminálók, lekezelők, stigmaként értékelhetők, mégpedig azért, mert az adott személy gyengeségeit helyezik előtérbe, és elrejtik – a sokszor pejoratív kifejezés mögött – magát az embert, a cselekvőképes egyént (Kálmán és Könczei, 2002).

Munkám során több ízben fordult elő, hogy fűltanúja voltam, amint a fogyatékossgal élő kifejezésre az érintett/ek felháborodásából fakadó válasza az volt, hogy „Én nem a fogyatékossgommal élek, hanem a családommal”.

Az talán kijelenthető, hogy olyan kifejezés, amely jól, mindenfajta pejoratív érzet nélkül lemezné a fent említett csoportot, nincs ma Magyarországon. Az angol terminológiában, napjainkban teret nyert azon kifejezések használata, amelyben a személy szerepel elől, mint meghatározó fogalom, és csak ezt követi a sérültség természetének megjelölése, például: child with a physical challenge – mozgássérült gyermek, vagy person with a hearing disability – hallászavarral küzdő személy (Kálmán és Könczei, 2002).

A magyar nyelvben is egyre inkább tetten érhető a fogalmi keretek változása. Példának okáért ma már senki nem használja a mozgásszervi fogyatékosok jellemzésére a „nyomorék”, a „béna” vagy a „sérült” fogalmakat, helyette sokszor a testi fogyatékos, kerekes székes és legújabban a fent említett mozgásszervi fogyatékos fogalmakat részesítik előnyben. A névváltozások oka nagyon egyszerű: a szaknyelvben használatos szakkifejezések, mint amilyen a XIX. században a „nyomorék” volt, beszivárgott a köznyelvbe, ott sokszor pejoratív jelentéstartalommal ruházták fel, és mint olyat, tovább már nem használhatták az adott csoport leírására, jellemzésére. Így a szakemberek folyamatosan kutatják, keresik a megfelelő szavakat az egyes kategóriák jellemzésére.

Az elnevezés problémája jelenleg is a mindennapok problémája. Még a nemzetközi szakma körén belül sincs konszenzus arról, hogy az állapot pontos jellemzését tűzzék ki célul, vagy igyekezzenek olyan elnevezéseket megalkotni, amely által az érintett egyén diszkriminációját törekszenek elkerülni. A kérdés tehát változatlanul az, hogy az állapotot, az állapot tartós következményeit, vagy a sérült emberrel szemben mutatott társadalmi elvárásokat nevezzék-e meg.

A WHO által felállított klasszifikációkban (WHO, 2007) is tetten érhető a szakkifejezések körüli paradigmaváltás, vagyis hogy egyre inkább arra törekednek, hogy ne csak az egyén fogyatékossgát lássuk meg, hanem a fogyatékossg mögött az embert is, aki része az adott kultúrának, társadalomnak. Hogy egy embert nem az állapota, hanem a társadalom maga tesz fogyatékossgá, hangsúlyozva ezzel az egyes egyének és a kormányok felelősségét a diszkrimináció folyamatában. Az érzékenyítés, a társadalmi elfogadás „kicsiben” az egyén szintjén kell, hogy megvalósuljon, azonban a folyamat széles társadalmi bázis nélkül csak nehezen valósítható meg.

2.2. A törvényi terminus technikus

1993. évi LXXIX. törvény a Köznevelésről már ír azon gyermek- és tanulócsoporthoz, amelyeknek iskolai ellátását a többségi intézményekben lehet és/vagy kell megoldani. Ez abban az időszakban elsődlegesen az úgynevezett evidens (látható) fogyatékosokra irányult. Ilyen volt a testi, érzékszervi és az értelmi fogyatékoság például.

Az 1997. évi módosításban kellett, hogy megismerkedjen a pedagógus szakma a „más” fogyatékos kategóriával a Köznevelési Törvényben, mely által bővült az együttnevelésbe kerülő gyermekek létszáma. Pontosabban nem bővült, csak névvel illették azokat a gyermekeket, tanulókat, akik bár nem voltak evidens fogyatékosok, mégis vagy az iskolai teljesítményeknek vagy a szabályoknak nem tudtak eleget tenni. Ők voltak azok, akik beilleszkedési, viselkedési zavarokkal küzdöttek, vagy éppen tanulási problémáik adódtak.

A legszembeütőbb változást a 2003. évi módosítás hozta, amikor is a törvényi szabályozókban – és így a Köznevelési Törvényben is – megjelent a sajátos nevelési igény (SNI) fogalma, amely azon tanulók jellemzésére szolgált, akiknek fejlődésük érdekében az átlagostól eltérő szolgáltatásokra van szükségük a köznevelés rendszerében és azon kívül is. Ezen módosítás szerint „Sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló az a gyermek, tanuló, aki a szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye alapján testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, illetve több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, vagy a pszichés fejlődés zavarai miatt a nevelési, tanulási folyamatban tartósan és súlyosan akadályozott (például diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, mutizmus, kóros hiperkinetikus, vagy kóros aktivitászavar).” Ezzel a fogalommal tulajdonképpen megalkották az SNI „A” és „B” kategóriáit. Az „A” kategóriába sorolták az evidens, a „B” kategóriába pedig a nem evidens fogyatékosokat. Ez a fogalomhasználat azonban, főként az SNI „B” kategóriában olyan mértékű túldiagnosztizálási hullámmal hozott, amely sok esetben már kezelhetetlenné tette az ellátó rendszerek helyzetét.

A törvényalkotók így – a szakmával közösen – tovább gondolkodtak, vajon hogyan lehetne változtatni a fent említett diagnosztizálási robbanáson, és arra jutottak, hogy a sajátos nevelési igény fogalmát módosítani kell. Így a következő, 2007. évi Köznevelési Törvény-módosításban már a következőképpen írták le a sajátos nevelési igény fogalmát: „Sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló az a gyermek, tanuló, aki a szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye alapján:

SNI „A”: testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, és a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra visszavezethető tartós és súlyos rendellenességével küzd;

SNI „B”: a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra vissza nem vezethető tartós és súlyos rendellenességével küzd.”

Tehát az evidens fogyatékoságok továbbra is részét képezik az SNI fogalmának. A lényeges változást a megismerő funkciók és a viselkedés fejlődésének organikus, azaz szervi okokra visszavezethető, vagy vissza nem vezethető voltának szűrése adja. Az organikus ok létét vagy nem létét minden esetben gyermek neurológus orvosnak, vagy gyermek- és ifjúságpszichiáternek kell megállapítania.

Erre azért volt szükség, mert vannak olyan zavarok, amelyeknek nem organikus, hanem elsősorban pszichés okai vannak (pl. mutizmus), illetve olyanok is, amelyeknek van pszichés és szervi oka is (pl. ADHD, azaz figyelemhiányos hiperaktivitás zavar). Olyan problémákat is ismerünk, amelyet súlyossági foka szerint tudunk az „A” vagy a „B” kategóriába sorolni. Ilyen a tanulási problémák 3 fő típusa: a tanulási nehézség, a tanulási zavar és a tanulásban akadályozottság. A tanulási nehézség egy átmeneti tanulási probléma, amely nem szervi eredetű, míg a tanulási zavar súlyos problémaként értelmezhető, legtöbbször organikus okokra visszavezethető. A tanulásban akadályozottság pedig tartós és súlyos probléma, határozott szervi, elsősorban agyi-idegrendszeri eredettel.

Míg a megismerő funkciók és a viselkedés fejlődésének organikus okokra visszavezethető tartós és súlyos rendellenességével küzdők rehabilitációs célú foglalkoztatás során kajak meg a többlétszolgáltatást, addig az organikus okokra vissza nem vezethető kategóriába tartozók fejlesztő foglalkozásokra jogosultak a törvényi szabályozók szerint (2007. évi LXXXVII. Törvény a közoktatásról).

2.2.1. Kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről ismét drasztikus változást hozott a sajátos nevelési igény elnevezésében és kategorizálásában. Azon gyermekeket, tanulókat, akiknek speciális oktatási-nevelési igényét a köznevelés rendszerén belül valamilyen többlétszolgáltatással lehet csak biztosítani, „kiemelt figyelmet igénylő gyermeknek, tanulónak” nevezte el. Ez az eddig alkalmazott legtágabb kategória, amely a klasszikus értelemben vett evidens és nem evidens

fogyatékoságokon túl a tehetséges és a hátrányos, valamint halmozottan hátrányos helyzetű gyermekeket, tanulókat is csoportosítja, mint többlétszolgáltatásra jogosultakat.

A törvényi rendelkezésben megfogalmazottak szerint:

„Kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló:

- a) különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló,
 - aa) sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló,
 - ab) beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló,
 - ac) kiemelten tehetséges gyermek, tanuló,
- b) a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény szerint hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló.”

2.2.2. Különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló

Ezen kategóriának 3 alkategóriáját különíti el a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről: Az SNI-s, a BTMN-es és a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók csoportjait. Ez az igazi innováció ebben a törvényben. A különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló fogalma nem újkeletű, hiszen a pedagógiában régóta használt fogalmak közé tartozik. Bevezetése azért is innovatív, mert felismerték, hogy azok megsegítésén túl, akik az iskolai rendszerben alulteljesítenek, illetve akik átlag feletti képességeket mutatnak bizonyos területeken (amely tény a pedagógia már régóta tudja és a differenciálpedagógia eszközeivel igyekszik eredményt elérni) másként kell foglalkozni.

További újítás a fogalom bevezetésével, hogy megszüntette a csak ködösen értelmezhető SNI „A” és „B” kategóriát, és helyette az evidens fogyatékoságokkal élőket nevezte el sajátos nevelési igényűeknek, míg a nem evidens fogyatékoságok nagyon beszédes gyűjtőfogalmaként a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdők fogalmat adja meg.

A hatályos törvény szövege alapján „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.”

„Beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd, közösségbe való beilleszkedése, továbbá személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősül sajátos nevelési igényűnek.”

A legkülönlegesebb kategória ezek között a kiemelten tehetséges gyermek, tanuló, azaz „az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki átlag feletti általános vagy speciális képességek birtokában magas fokú kreativitással rendelkezik, és felkelthető benne a feladat iránti erős motiváció, elkötelezettség.”

2.2.3. Hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermek, tanuló

A hátrányos, halmozottan hátrányos helyzet fogalmát évtizedekig a Köznevelési Törvényben (1993. évi LXXIX. törvény a köznevelésről és annak módosításai) definiálták. Változást hozott ebben a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, ugyanis ezen fogalmak meghatározása kikerült a törvényből annak ellenére, hogy a kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló alkategóriájaként feltünteti azt.

2013. szeptember 1-jei hatállyal a hátrányos, halmozottan hátrányos helyzetű gyermek (fiatal felnőtt fogalma) és ennek megállapítása a gyermekvédelmi gondoskodás körébe tartozó hatósági intézkedés egyike.

A gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 2013. évi módosítása szerint „Hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek (fiatal felnőtt), aki esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll:

- a) a szülő vagy a családba fogadó gyám alacsony iskolai végzettsége, ha a gyermeket együtt nevelő mindkét szülőről, a gyermeket egyedül nevelő szülőről vagy a családba fogadó gyámról – önkéntes nyilatkozata alapján – megállapítható, hogy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény igénylésekor legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezik,
- b) a szülő vagy a családba fogadó gyám alacsony foglalkoztatottsága, ha a gyermeket nevelő szülők bármelyikéről, vagy a családba fogadó gyámról megállapítható, hogy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény igénylésekor a Szociális törvény 33. §-a szerinti aktív korúak ellátására jogosult, vagy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény

igénylésének időpontját megelőző 16 hónapon belül legalább 12 hónapig álláskeresőként nyilvántartott személy,

- c) a gyermek elégtelen lakókörnyezete, illetve lakáskörülményei, ha megállapítható, hogy a gyermek a településre vonatkozó integrált városfejlesztési stratégiában szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben, vagy félkomfortos, komfort nélküli, vagy szükséglakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek.”

„Halmozottan hátrányos helyzetű

- a) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, aki esetében a fenti a)-c) pontokban meghatározott körülmények közül legalább kettő fennáll,
- b) a nevelésbe vett gyermek,
- c) az utógondozási ellátásban részesülő és tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt.”

A hátrányos, vagy halmozottan hátrányos helyzet megállapítása a jegyző feladatkörébe tartozik, és egy év időtartamra adja/adhatja meg az érintett gyermeknek.

3. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK HELYZETE AZ EGYES TÖRTÉNELMI KOROKBAN

A fogyatékoságtörténeti szakirodalom meglehetősen hiányosnak tekinthető. Bár történelmi leletek viszonylag nagy számban állnak a tudósok rendelkezésére, azonban a történelmi emlékeknek csak töredéke ad utalást arra, hogy vajon hogyan élhettek, milyenek voltak a fogyatékos-sággal élő emberek hétköznapijai az egyes korokban (Kálmán és Könczei, 2002).

Ami azonban szinte teljes bizonyossággal állítható: a fogyatékoság jelensége egyidős az emberrel. Amióta az ember őse „lemászott” a fáról és két lábra emelkedve, karjai és kezei finom-motoros tevékenységeinek szabad utat engedve elindult a fejlődés útján, a fogyatékoság vele-született és szerzett változatai is létező problémaként értelmezhetők. A fogyatékoság társadal-

mi problémaként való értelmezése a XX. századtól vált világméretű problémává. Az ezt megelőző korokban – az időben egyre inkább visszafelé vándorolva – az lehetett a tendencia, hogy a fogyatékosnak született, vagy azzá lett embereknek kevés volt az esélye az életben maradásra. Ismeretes az állatvilágból, hogy a bármilyen okból sérült egyedek túlnyomó többségére a pusztulás várt részben a darwini természetes kiválasztódás okán, részben pedig azért, mert a gyenge egyedekkel társaik végeznek.

Mindemellett azt is érdemes leszögeznünk, hogy bár az egyes történelmi koroknak általában megvan a jellegzetes fogyatékosága, az egyes korok és főként a mai, modern kor „termeli” a fogyatékoságokat. Az ipar és annak szennyező hatása, a környezetszennyezés, a túlfogyasztásból származó rossz minőségű élelmiszerek fogyasztása, a felfokozott stressz hatások, a gyógyszeripari nyomás mind olyan tényezők, amelyek hajlamosítanak a fogyatékoságok kialakulására. Utóbbinak egyik klasszikus, ámbar modernkori példája a Contergan-ügy, vagy más néven Contergan botrány, amely az 1960-as évek Németországának „népbetegségét” hozta maga után és végtaghiányos fejlődési rendellenességgel született gyermekek tömegét hozta abban az időszakban (www.h2so4.blog.hu/2008/09/19a_contergan_bebik_tukre).

A modernkori orvostudomány hatása is csak fenntartásokkal nevezhető minden esetben pozitívnak. George Morris Piersolt idézve: „A modern medicina éveket adott az élet számára, most nagy és közös felelősség életet adni az évek számára” (Kálmán és Könczei, 2002, 30.). A könnyebb megértés érdekében érdemes elgondolkodni azon, hogy a mai orvostudomány mire lehet képes. Vegyük példának okáért Amillia Sonja Taylor esetét, aki 2006-ban, a 21. terhességi héten koraszülötként, 283 grammal és 24,13 cm-rel született meg Amerikában. Másfél éves korában érte el a 3 kg-os testsúlyt és duplázta meg születési hosszát. Két évesen tette meg első lépéseit (www.baby2see.com). Vajon azzal, hogy életet kapott, biztos, hogy egészségben eltölthető élete lesz? Egyelőre csak bízni tudunk benne. Esete mégis jól példázza az orvostudomány „mindenhatóságát”, hogy képes életet adni és életet elvenni. A nagy kérdés mégis az: képes-e egészségben megélhető éveket, életet biztosítani. Ezen kérdés megválaszolásához az orvosi ellátórendszer másik oldalát, a rehabilitáció-rehabilitáció intézményét is alaposan meg kellene vizsgálnunk, azonban ezt most nem érezzük feladatunknak.

Az emberi történelem során az egyes korok változatosan reagáltak a társadalomban megjelenő fogyatékoságokra, azonban nem csak azokra, hanem az öregségre, sőt a súlyos betegségekre is. Ha az egyes történelmi korok fogyatékoság-hozzáállását igyekszünk feltárni, a vizsgálódásnak több szempontúnak kell lennie:

- Hogyan nevezték és írták le akkor a ma fogyatékkal élőknek nevezett csoportok állapotát?
- Milyen társadalmi akadályokat (környezeti és attitűdbeli) tapasztaltak meg a kor fogyatékosai?
- Kaptak-e a társadalmon belül támogatást ezek az emberek, és ha igen, az mire irányult (orvosi, nevelési, foglalkoztatási)?

3.1. Ókori töredékek a fogyatékoság történetéből

Az ókori fogyatékoság-megítélés nem tartozik a legintenzívebben kutatott történelmi témák közé. A források nagy része még feldolgozatlanul hever a levéltárakban, az azonban sokkal jellemzőbb, hogy a történettudomány intenzív forráshiányban szenved. Ennek legfőbb oka, hogy a fogyatékkal élő emberek nem voltak kedvelt témái a kor történetíróinak, gyaníthatóan nem voltak az érdeklődés középpontjában. A témát kutató tudósoknak az is nehezíti a dolgát, hogy a források hitelessége sokszor megkérdőjelezhető (ilyen például a spártai Taigetosz-elmélet is – lásd később).

Általánosságban elmondható, hogy már az ókorban találkozhatunk bizonyos gyógyítási kísérletekkel (természetesen a kor ismert módszereinek felhasználásával). Főként a testi, érzékszervi fogyatékoságok voltak azok, amelyek a társadalom számára könnyen azonosíthatók voltak, és amelyek a hiedelmeket táplálták. Nem ismerjük azt, hogy vajon hogyan élhettek a fogyatékos-sággal élők ebben a korban, de feltételezhetően családjuk körében nevelkedhettek, a család gondoskodott róluk. A társadalomtól függően bizonyos csoportokat kirekesztettek, másokkal viszont képesek voltak együtt élni. Mindezek ismeretében nézzük meg az ókori kultúrák fogyatékoságképét (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.1.1. Mezopotámia

A korra jellemző, hogy a fogyatékosággal élő emberekkel szembeni előítéletek a vallási hiedelmekkel, előítéletekkel álltak kapcsolatban. Ennek jó példája, hogy az ékírásos táblák tanulsága szerint nemcsak olajból és füstből, hanem „torzszülöttekből” is jóstak. A fogyatékkal élő személyek létezésének prognosztikus ómeneket, túlvilági erők hatását tulajdonították. Már ebben a korban megjelent az az elv, hogy a veleszületett, vagy a szerzett fogyatékoságok mögött isteni büntetést sejtettek. Különböző ómenlisták (előjelzőlő szövegek) láttak napvilágot. Ilyen volt például: „ha egy asszony torz csecsemőt hoz a világra, az országban az ínség lesz az úr.” Vagy, „ha egy városban a némák számosak, ez azt jelenti, a városnak jó lesz.” Azonban, „ha egy

városban a vakok számosak: szenvedés a városnak.” (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002)

3.1.2. Egyiptom

Az ókori Egyiptom a törpe növésű emberekkel kapcsolatban szolgáltat nekünk számottevő információt. Ama korban a törpenövés nem adott diszkriminációra okot, sőt, sok esetben magas rangú tisztségviselő válhatott a kis növésű személyből. Ennek egy iskolapéldája Szeneb, a törpe esete. Egy, a Szenebet és családját ábrázoló i. e. XXIII. századi szobor Gízából, feltehetően Szeneb és családja sírboltjából került elő. Szeneb a fáraó textilüzemének feje volt, és mint olyan, elismert és fontos személy. A szobor képzőművészeti szempontból is érdekes, hiszen a korra nem jellemzően családi ábrázolást mutat, a korra szintén nem jellemzően a szobrok feje kissé félrefordul, az ábrázolt nőalak, a feleség szája pedig mosolyra görbül. A korra nem jellemző, igen egyedi és intim ábrázolásmódok ezek. Szeneb sikerének titka valószínűleg a vele kapcsolatos pozitív diszkriminációban is rejlik, testalkata nemhogy hátráltató, hanem ösztönző lehetett.

Az egyiptomi kultúrában az istenek törpe alakban való ábrázolása sem volt ritka. Ott van például Ptah ősfőisten, aki a világ teremtője és a Nap mozgatója, akinek szintén „lehetett törpe alakja”. Egyes elmondások szerint Bész isten is törpe volt. Védőistenségként tisztelték, aki távol tartja a gonosz erőket, vigyázza az alvók álmát és a szülő nők egészségét, sőt, még a mérges kígyókat és a krokodilokat is elűzi (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.1.3. Athén

A kor világképe és embereszménye a kalokagathia, azaz az „ép testben ép lélek”, a „tökéletes jellem” akár szembe is állítható a fogyatékoságokkal. Hiszen az emberi ideálhoz a testi-lelki kiegyensúlyozottság, az épség éppúgy hozzátartozott, mint a harmónia és a szépség. Azonban több olyan korabeli képzőművészeti alkotásra leltek a tudósok, melyen a görögök mindennapjaikat ábrázolva olyan foglalkozásokkal ismerkedhetünk meg, amelyek súlyos és maradandó fizikai sérüléseket, elváltozásokat predesztinálhatnak (pl. bányászok). A nehéz fizikai munkán kívül a háborúskodás is járhatott fogyatékosá válással.

Több írásos emlék maradt fent az ókori Athénból tekintélyes társadalmi szereplők és egyes hozzátartozóik fogyatékoságáról nem mindig pozitív szövegkörnyezetben. Például Maiandriosz türannosz elborult elméjű testvéréről, Kroiszosz király siketnéma fiáról, férfiaságuktól bosszúból megfosztott férfiokról, csonkításos büntetésekről, és nem feledkezhetünk meg a görög mi-

tológia egyik jelentős alakjáról: Héphaisztoszról, a sánta kovácsistenről sem. Fogyatékkosságának eredete több szempontú. Egyik elmélet szerint anyja, Héra eltaszítja magától torzszülöttjét és leveti őt az Olümposzról. Egy másik szerint viszont apja, Zeusz büntetését szenved el azért, mert anyja pártját fogja vele szemben. Ismét megjelenik az isteni, esetében a főisteni büntetés mítosza.

A fogyatékkal élőkről való gondolkodást és szemléletet hűen tükrözi Arisztotelész, Nagy Sándor nevelőjének az elmélete a siketokról és a vakokról. Véleménye szerint, ha valaki elveszíti érzékszerveit, az ismeretei egy részétől is megfosztatik. A legértékesebb érzékszervnek a látást véli, míg az intellektus fejlődése szempontjából a hallás a legfontosabb. Ezt azzal a megfigyeléssel vélte igazolni, hogy a veleszületett vak emberek okosabbnak bizonyultak, mint a veleszületetten siketek. A siketeket Arisztotelész a taníthatatlan kategóriába sorolta, és az állatokhoz hasonlította őket. Fogyatékkoságképe még a középkori emberképre is kihatással volt (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.1.4. Róma

A Római Birodalom is tartogat számunkra néhány történelmi adatok a fogyatékkal élőkről. Fontos tény, hogy az elbeszélések szerint Claudius császár maga is fogyatékkal élő volt, egy „szörnyszülemény”, akinek testét „haragjukban hozták létre az istenek”.

Fennmaradt adatok szerint a rómaiak kezdték el a siketek támogatását, hallásnevelésbe kezdtek, munkát adtak nekik felnőttként (például festők lehettek).

A rómaiaknál találkozhatunk a „Levatio” jelenségével. A római családokban az apa a család feje, aki ítélkezhet megszületett gyermeke életéről vagy haláláról. Az újszülöttet az apa lábához helyezték, és ha felvette onnan, akkor felnevelték a gyermeket. Ha a családban sok volt a gyermek, vagy az újszülött lány volt, ha az apa személye kétséges volt, vagy ha fogyatékkosság jeleit mutatta, az apa nem vette fel a gyermeket: egy kosárban, forgalmas helyre (terek, templomok bejárata, forgalmas utak) tették ki őt. Az árva és elhagyatott gyermekek leggyakoribb sorsa a rabszolgaság lett. Az anyák, hogy gyermeküket férjük elfogadja, Levana istennőhöz fohászkodtak, akiről úgy tartották, segíti felemelni az újszülött kisdedet a földről. Mindezek ismeretében azt gyanítjuk, hogy a korban mind az anyai, mind a gyermeki halandóság magas arányú volt.

A Római Birodalomban gyakorlat volt a gyermekáldozatok bemutatása is a haragvó istenek kiengesztelésére. Az elbeszélések szerint az elsőszülött gyermekekre várt a feláldozás. Egy történet szerint egy karthágói nő elsőszülött, vélhetően ép és egészséges gyermeke helyett siketné-

ma gyermekét áldozta fel valószínűsíthetően azért, mert a fogyatékos gyermekét kevésbé értékesnek tartotta, és isteni büntetésnek élte meg a sérült gyermek születését. Így két legyet ütött egy csapásra: az emberáldozat intézményének és a bűntől való megszabadulásnak is eleget tett.

Később Justinianus törvénykönyve korlátozta a gyermekkitevést. Csak ha 5 szomszéd igazolta a gyermek fogyatékoságát, akkor lehetett kitenni a gyermeket. Kötelezte az apákat, hogy minden fiúgyermeket neveljenek fel, valamint az elsőszülött lányokat is. Így Justinianus rendelkezései a gyermekvédelem első intézkedésinek tekinthetők a történelemben (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.1.5. Spárta

A gyermekkitevés jelensége nem csak a Római Birodalom sajátja volt, hanem egyes elbeszélések szerint Spártáé is. Spárta, a városállam, amelyben az emberkép, a „jó katona” egyes elméletek szerint nehezen összeegyeztethető a fogyatékos szereppel. A Taigetosz-elméletek ismertetése előtt azonban szögezzük le azt, hogy a kutatásokban résztvevő tudósok legfrissebb eredményei alapján a kora spártai történelmi adatok nagy része hellenisztikus kori fikció, így valódi történeti értékük csekélynek minősíthető.

Plutarkhosz írásaiból tudjuk, hogy az újszülött csecsemő felett Spártában nem az apja, hanem a törzsek vénei rendelkeztek, akikhez apja vitte el a csecsemőt egy Leszkhé nevű helyre. Ott a vének megvizsgálták a gyermeket. Ha egészségesnek látták, kötelezték az apát, hogy nevelje fel, és kijelöltek neki egyet a 9000 katonai parcellából. Ha úgy vélték, hogy a gyermek alkalmatlan, nem méltó a spártai államhoz, bedobták a Taigetosz Apothetai nevű szakadékába. Platón ugyanezt a szokást nem levetésként, hanem kitevésként írja le. A népi hiedelmek, emberáldozatok mítoszában túl egyes tudósok szerint a kitevésnek vagy a levetésnek társadalmi védő funkciója is lehetett, mégpedig elsődlegesen a népszaporulat visszafogásának egyik eszköze. Írásos emlékek szerint Spártában például többször robbant ki háború amiatt, mert elfogyott a 9000 katonai parcella, és így a földek már nem voltak képesek ellátni a rájuk utalt lakosságot.

Az újszülöttek kitevését annak ellenére gyakorolhatták Spártában, hogy a halottak el nem temetése a legszörnyűbb büntetések egyike volt abban a korban. Mindezek alapján úgy vélhető, hogy a sérült csecsemőt nem is tekintették igazán embernek (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.1.6. Ószövetségi zsidó kultúra

A régi zsidóság legszentebb és legjelentősebb dokumentuma, a Tóra több olyan tényt is tartalmaz, amely jól jellemzi a korai zsidó nép fogyatékoságképét. Már az állatáldozatoknál is leszögezi, hogy csak hibátlan állat áldozható fel. A papok kötelességei között tartja számon annak betartatását, hogy ne áldozhasson Isten oltára előtt az, „akinek testi hibája van, vak, vagy sánta, vagy csonka, vagy hosszú tagú, vagy az, akinek lába törött, vagy keze törött, vagy púpos, vagy törpe...” Ugyanez volt érvényes a tisztátalanokra és a leprásokra is. Erős diszkriminációnak tűnő kijelentéseknek tűnhetnek ezek, azonban a véleményezéssel érdemes várni egy kicsit.

Az egyik zsoltár szövege például így hangzik: „Boldog, aki gondol a szűkölködőre és a szegényre, az Úr megmenti majd a csapás napján.” Ez az idézet a kötelező segítségnyújtás alapjait villantja fel. A Leviták könyvében ezt olvashatjuk: „Ne átkozd a némát és ne tégy akadályt a vak útjába, hanem féld Istenedet.”

Találunk példát arra, hogy gyógyító eljárásokat is próbáltak alkalmazni a betegek, sérültek megsegítésére. Egyes elbeszélések szerint Saul királyt sokszor szállták meg „démonok” – mai értelemben pszichés problémákat mutatott –, amelyet Dávid zenével, pontosabban lantjátékkal igyekezett gyógyítani, az írások szerint hatékonyan (Zászkaliczky és Verdes, 2010; Kálmán és Könczei, 2002).

3.2. A középkor és a kialakuló kereszténység hatása a fogyatékos- ságképre

A középkor és a korai kereszténység kialakulásának időszakában a görög embereszmény felbomlani látszott. A vallás válsága is fokozódott: az ókori istenek tekintélye gyorsan csökkent, mindemellett megjelent más, többnyire idegen istenek imádata. Ennek hatására titkos szekták alakultak, majd Jézus Krisztus megjelenésével elindult a keresztény közösségek szerveződése.

A középkori gyermekkép, gyermekszemlélet változása jól tetten érhetők az egyházatyák és nagy gondolkodók írásaiban. Aranyszájú Szent János műve a családi nevelésről a IV. század végén például kifejti, hogy a szülők feladata óvni, védeni gyermekeik tiszta és romlatlan lelkét a káros hatásoktól. A gyermekek nevelésében a verést, a testi fenytést nem gondolja megfelelőnek, helyette a szigorú tekintet vagy a szemrehányó szavak lehetnek célra vezetőek. A nevelés fontos eszközének a mesét tartotta. Szent Ágoston gondolatmenetét ezzel szemben az eredendő bűn és annak kérdésköre töltötte ki. Szemlélete hosszú időig hatást gyakorolt nemcsak a

középkor, de az azt követő történelmi korok ember- és gyermekeszményére is. Véleménye szerint a gyermek képtelen a jó felismerésére, ezért alá kell rendelnie magát a felnőttek akaratának és a szigorú nevelési elveknek, ahol a testi fenyítés is helyett kapott. A nevelés – szerinte – folyamatos küzdelem a gyermek bűnös természete ellen.

Ebben az időszakban a gyermekkitevés már bűnnek minősült és halálbüntetéssel sújtották azt, aki ez ellen vétkezett.

A kor fogyatékoságképe kettősséget mutatott. Ismeretesek olyan egyházatyák és gondolkodók történetei, akik igen magas rangot töltöttek, tölthettek be a középkorban.

Egyik volt közülük Didymus, akit tanítványa, Szent Jeromos „élesszemű”-nek nevezett annak ellenére, hogy az elbeszélések szerint vak volt. Remek memóriájának köszönhetően fogyatékosága nem akadályozta őt a Biblia megismerésében, fából faragott betűket olvasott. Igen bölcs ember hírében állt, magas rangú egyházatyá vált belőle.

Másik jelentős személyiség volt Notker Balbulus, akit Dadogó Notkerként ismert meg a világirodalom. Dadogó Notker szerzetes és könyvtáros volt St. Gallen városában. Leírások szerint később ő lett a zenészek és a dadogás ellen esdeklők védőszentje.

Másik oldalról pedig terjedtek a fogyatékosággal kapcsolatos népi hiedelmek, babonák, mint amilyenek az alácsempészett vagy váltott gyermekek legendái. Az elgondolások szerint gonosz erők, amikor az anya vagy a baba nem figyelt, „szörnyszülötett” csempészték az „embergyermek” helyére. Jellemző volt, hogy ezekre a gyermekekre nem tekintettek emberként, így ők elpusztíthatók voltak. Ha élve hagyták őket, gyakran kitették és később cirkuszi látványossággént mutogatták őket.

Összességében elmondható, hogy bár néhány fogyatékos személy magas rangot is betölthetett, az általános mégis a fogyatékosággal élők kirekesztése, elkülönítése volt a középkori társadalmakban, ugyanis a gyermekek megölése bűn volt ebben az időszakban (Mészáros és mtsai, 2005).

3.3. Újkori töredékek a fogyatékoságkép alakulásában

Az újkori eszmék, eszmerendszerek és történelmi tettek áttekintése során törekedtünk a leglényegesebb történelmi vonulatokat megjeleníteni, természetesen azonban a történetek országokként, kontinensenként szélesebb betekintést igényelnének, melyre ezen könyv keretében csak korlátozottan van lehetőségünk.

A humanizmus, a reneszánsz időszaka nagy változást hozott a fogyatékossgal élőkkel való bánásmódban, ugyanis felvetődött a nevelés, nevelhetőség kérdése. Agricola és Cardanus a „siketnémák”, Pedro Ponce de León a hallássérültek, Petrarca pedig a vak, siket, beszédhibás, gyengeemlékezetű és nehézértelmű gyerekek nevelését említi. Juan Pablo Bonet és munkacsoportja Padovában pedig kidolgozta a siketek kézjeleinek a rendszerét, a daktílt.

Jan Amos Comenius kísérletet tett a gyermekek képesség szerinti kategorizálására. Eszerint vannak „éleseszű” és „tudásra vágyakozó” gyermekek, „éleseszű, de lomhák, azonban engedelmesek”, „éleseszűek és tudásvágyóak, de vadak és makacsok”, „engedelmesek és tanulni vágyók, de lassúak és nehéz felfogásúak”, „tompaszűek, akik tunyák és tétlenek”, valamint „tompaszűek, rosszindulatúak és ravaszok” (Mészáros és mtsai, 2005).

Az ipari forradalom hatásai néha meglepő következményekkel is jártak. Az 1690-es évek Angliájában például egy igen sajátos foglalkoztatási rehabilitációs formával találkozhatunk: volt olyan manufaktúra, amelyben értelmi fogyatékosokat foglalkoztattak elsődlegesen azzal a céllal, hogy a gyár gyártási titkai ne tudjanak kiszivárogni (Kálmán és Könczei, 2002).

A felvilágosodás kora a közvélemény figyelmét a siketekre és a vakokra terelte. John Wallis (1616-1703), az oxfordi egyetem professzora fonetikai megfigyeléseket végzett beszédhibások és „siketnémák” nevelése közben. Wallis módszere a hangbeszédre tanítás volt a látás segítségével. Johann Konrad Amman (1669-1724) svájci orvos kidolgozott egy olyan módszert, amivel a siketen születetteket meg lehet tanítani beszélni. A kor legnagyobb eredménye, hogy megnyíltak az első speciális intézmények: elsőként a „Siketnémainkézet” 1770-ben, majd a „Vakok Intézete” 1784-ben, Párizsban. A kor talán egyik leghíresebb fogyatékos volt Viktor, akit az aveyroni erdőben találtak meg 10 éves kora körül, és az elgondolások szerint a vadonban, egyedül nevelkedett, így az „aveyroni vad” elnevezéssel illették (Mészáros és mtsai, 2005).

A XIX. század végéig világszerte megindult a fogyatékossgal élők oktatása, de nem a közoktatás rendszerében, hanem egyes speciális intézményekben, azonban még mindig voltak olyan csoportok, amelyek oktatását nem, vagy csak igen nehezen tudták ellátni. A foglalkoztatási rehabilitáció is kezdetét vette, azonban gyakran találkoznak a történelemkutatók extrém esetekkel. Jellemző volt, hogy a rehabilitációs munka lényege még mindig a gondozás és nem pedig az önállóság támogatása volt (Kálmán és Könczei, 2002).

Az áttörést a XX. század nagy háborúi hozták meg annak okán, hogy a harcok hatására megnőtt az egyes, érintett társadalmakban a sérültek száma. Ennek hatására több országban nagy gondozó intézmények jöttek létre és kialakultak a csoportos foglalkoztatás keretei is.

A II. világháború eseményei a fogyatékosok ügyében erős ambivalenciát hozott. Világossá vált, hogy a Holocaust és annak „értéktelen élet” eszmerendszere határtalan. Az egyes népcsoportok irtásán, „sterilizálásán” túl tudomása van a történelemtudósoknak a „gyermekakción”, amelyben a súlyos értelmi fogyatékos és a fizikai fogyatékossgal született gyermekek meggyilkolása történt. A T/4-es akció során a felnőtt elmebetegek és értelmi fogyatékosok pusztítása, míg a 14.f.13-as „különleges kezelés” elnevezés alatt a munkaképtelenek legyilkolása folyt. Az ellenoldalon viszont elindult a háborús sérültek rehabilitációja, intézményes ellátása is. Nagy eredménye a háború utáni időszaknak, hogy a fogyatékossgal élők gondozása és segítése helyett az önellátás, a függetlenség és a közösségbe integrálás váltak a rendszer központi kérdésévé, témájává.

Ennek egyik tényezője az együttoktatás, az integráció alapjainak a lefektetése volt. Az 1970-es évektől országonként indult meg a fogyatékosok jogainak törvénybe iktatása (1973. Amerikai Egyesült Államok Rehabilitációs Törvénye, 1975-ös ENSZ kiáltvány a fogyatékossgal élők jogairól stb.). Ezt követően az 1994. évi Salamancai Nyilatkozat jelentett mérföldkövet a fogyatékosok oktatásában és ellátásában (Kálmán és Könczei, 2002).

4. A FOGYATÉKOSSÁG ÉRTELMEZÉSI KERETEI, MODELLJEI

A hagyományos gyógypedagógiai tipológiában a XX. század végén paradigmaváltás következett be. Elvetették a tisztán orvosi, majd később a pszichológiai, vagy éppen a pedagógiai szempontú, úgynevezett komplex fogalmak nagy részét is, mivel úgy vélték, hogy azok a szegregált gyógypedagógiai intézetekbe történő szelekció alapjait szolgálták. A korábbi gyűjtőfogalmak, mint amilyenek például a sérültek, akadályozottak, kivételes fogalmak voltak mind „parkoló pályára” kerültek (Gordosné, 2004).

A paradigmaváltás után is a fogyatékossgal maradt a gyógypedagógia és a törvényi szabályozók központi fogalma, azonban bevezetésre került egy új gyűjtőfogalom: a gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek. Ezen kifejezés magába foglalja mindazon személyeket, akiknek

optimális életminőségük, rehabilitációjuk és integrációjuk megvalósításához gyógypedagógiai segítségre, gyógyító nevelő hatásokra van szükségük (bármilyen életkori megkötés nélkül).

A történelem során a különféle szervezetek, mint a WHO és az OECD kísérletet tettek a fogyatékossgal élő, napjainkban gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek fogyatékossgszerepének, fogalmainak definiálására, azonban a mai napig sincs egy olyan átfogó, komplex konszenzus, hogy vajon melyik fogalomhasználat a ma leginkább elfogadott. Ennek oka a nyelvtérületenkénti eltérő fogalomhasználatban rejlik (Kálmán és Könczei, 2002).

4.1. A WHO klasszifikáció

Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO törekvései között szerepelt és szerepel ma is a fogyatékossg fogalmának lehető legpontosabb meghatározása. Ehhez természetesen definiálni kellett az egészség és a betegség fogalmát is, ugyanakkor a mai napig dilemma a betegség és a fogyatékossg közötti párhuzam felállítása. Hiszen, ha belegondolunk: egy fogyatékossgal élő személy miért ne lehetne egészséges, és egy ép ember miért ne lehetne beteg? Hogyan kell definiálnunk az egészséget, és mi az a betegség?

Talán a legfontosabb különbség a betegség és a fogyatékossg között pont az időintervallumban rejlik. A fogyatékossg többnyire irreverzibilis, visszafordíthatatlan és maradandó állapotként értelmezhető, míg a betegség – természetesen az adott körülmények ismeretében – reverzibilis, visszafordítható folyamatként, nem pedig állapotként definiálható. Az tény, hogy bizonyos fogyatékossgok kiindulópontja lehet maga egy betegség, de a preventív tevékenységeknek köszönhetően a betegség mint folyamat megállítható, vagy éppen javítható. Ezért érdemes volna tisztázni az egészség-betegség és az ép-fogyatékos fogalompárokat is a jobb megértés érdekében.

A WHO egészségfogalma mindenki által ismeretes: „Az egészség nem csupán a betegségek hiánya, hanem a teljes testi, szellemi, szociális jóllét állapota.” Ha jobban belegondolunk ebbe a fogalomalkotásba, akkor jogosan merülhet fel bennünk a kérdés: vajon van-e a világon olyan, aki ezen kritériumoknak maximálisan eleget téve, egészségesnek vallhatja magát? Ez talán az „épség” fogalma lehetne inkább? Azonban az előző gondolatmenetre visszatérve az ép ember nem lehet egy adott pillanatban influenzás (akut megbetegedésben szenvedő)? Vagy ha már valaki akut és/vagy krónikus megbetegedésben szenved, akkor nem lehet ép? Mert egészséges már biztosan nem. Ha a betegség egy adott pillanatban hatással van az életminőségünkre (testi, szellemi, szociális viszonylatokban), akkor a funkcióim megfelelően tudnak működni, vagy csak

csökkent értékűen? Viszont a funkciócsökkenés sok esetben fogyatékoságnak minősül. Akkor, ha egy személy influenzás, vagy éppen a foci meccsről kifelé jövet arra lesz figyelmes, hogy átmeneti halláskárosodást szenvedett, vagy éppen cukorbetegsége miatt inzulin-injekcióval kénytelen szervezete homeosztázisát fenntartani, akkor ő az adott pillanatban fogyatékosnak minősül? Valóban igaz lehet akkor ezek szerint a már korábban említett megállapítás, hogy a körülmények (sok esetben a társadalom) tesznek minket fogyatékosná? A válaszok megtalálása nehéz, és talán nem is tisztünk ezek felett pálcát törni. Így érdekesebb a tényeket vázolni, vagyis ismerjük meg a WHO klasszifikációkat a fogyatékoságra nézve.

4.1.1. ICIDH modell

A WHO 1980-ban megalkotott osztályozási rendszere, az ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps = A károsodás, fogyatékoság és hátrány/rokkantság nemzetközi osztályozása) bevezette a statikus fogyatékoságértelmezés helyébe a fogyatékoság, mint folyamatértelmezést. Ennek alapján a fogyatékosá válás folyamatában az alábbi lépcsőfokokat jelölték meg (Kálmán és Könczei, 2002):

betegség → károsodás → fogyatékoság → hátrány/rokkantság.

A fogyatékoság kialakulása – ebben az értelmezésben tehát – egymásra épülő folyamat. Betegség, vagy valamilyen rendellenesség után fellépő:

- következmény, azaz valamilyen károsodás, sérülés (impairment),
- további következmény, azaz fogyatékoság (disability),
- még további következmény, azaz hátrány/rokkantság (handicap) (Gordosné, 2004).

A károsodás, sérülés a szervezet biológiai működésének zavaraként értelmezhető. Az egyén pszichológiai fiziológiai szerkezetének, funkciójának rendellenessége, esetleg hiányossága (veleszületetten, vagy szerzetten hiányzó, vagy sérült testrész; öröklött vagy szerzett halláshiány, betegségéből eredő korlátozott légzésfunkció, Lyme-kór miatti végtagbénulás stb.).

A fogyatékoság – amely a károsodás következménye – módosult vagy csökkent képessége az emberi tevékenységeknek, mint például: közlekedés, evés-ivás, önellátás, munkavégzés stb. A fogyatékoság tehát már a személy szintjén értelmezhető, valamely speciálisan humán (emberi) tevékenységben jelentkező funkciózavar (pl. érzékszervi, értelmi, lokomotorikus funkciózavar).

A hátrány (rokkantság régen, ma inkább akadályozottság) a károsodásból és/vagy a fogyatékoságból eredő társadalmi hátránnyként értelmezhető, amely korlátozza vagy akadályozza az

egyént abban, hogy kortól, nemtől, társadalmi és kulturális hovatartozásától függetlenül betöltse normális, mindennapi szerepeit a társadalomban. A hátrány tehát nem más, mint a károsodás és/vagy fogyatékoság társadalmivá válása, azaz az embernek, mint társadalmi lénynek a szociális szerepekben bekövetkező zavara (Gordosné, 2004; Kálmán és Könczei, 2002).

4.1.2. ICF-FNO modell

A WHO-ICIDH klasszifikációt nagyon sok kritika érte megalkotása után. A fő érvek a fogalomhasználat megreformálása mellett a következők voltak:

A fogyatékoság kialakulásának individuális jellege, magánügyként kezelése;

- A fogyatékoság kialakulásában szerepet játszó kölcsönhatások, ún. kontextusfaktorok szinte teljes figyelmen kívül hagyása;
- Linearitás hangsúlyozása a fogyatékosági folyamatban;
- A medicinális megközelítés túlhangsúlyozása.

Mindezek hatására 2001-ben megszületett az új WHO-fogyatékoságértelmezés, az ICF-FNO modell (International Classification of Functioning, Disability and Health = A funkció-képesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása) (Kullmann, 2012).

AZ ICF-FNO modell – kidolgozói szerint – nem az embereket, hanem azok problémáit igyekszik osztályozni. Az általuk használt új fogalmak az egészségi állapot, károsodás, tevékenység, részvétel, melyek kölcsönösen hatnak egymásra. Az új értelmezés megtartja az egészségi állapotot, mint kiindulópontot, és az egészségben bekövetkező károsodás lesz az, amely majd korlátozza az egyén aktivitását a tevékenységben, mely akadályozza őt a társadalomban történő részvételre. Háttértényezőket is megállapítanak a folyamat hátterében: a környezeti (társadalmi) és a személyes (egyéni) faktorokat. AZ ICF-FNO modell hangsúlyozza, hogy a fogyatékoság kialakulása nem magánügy, hanem a környezet is befolyásoló hatással bír. Felhívja a figyelmet a társadalom felelősségére, miszerint gyakran nem az állapot, hanem maga a közeg (a társadalom és annak elvárásai, normái) tesznek bizonyos embereket fogyatékosá.

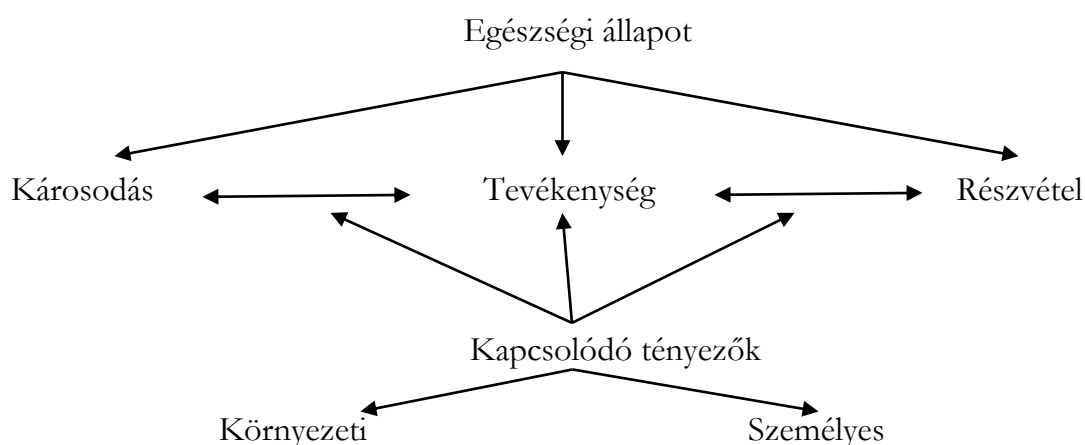
A modell szerint károsodásról akkor beszélünk, amikor a testi struktúrákban és/vagy funkciókban veszteség vagy rendellenesség következik be. A rendellenesség itt nem jelent mást, mint a normáktól való szignifikáns eltérést, a másságot (?).

A tevékenységet egy feladat vagy cselekvés egyén általi végrehajtásaként jelöli meg, így ez alapján a tevékenység akadályozottsága olyan nehézséget jelent, amely megakadályozza az

egyént tevékenységének végrehajtásában. A tevékenység akadályozottsága, mint fogalom a fogyatékoság terminus technikusát hivatott helyettesíteni a modellben, és a test funkcióképességének egyéni vetületeit tükrözi.

A részvétel egy személynek egy adott élethelyzetben történő közreműködése, mely az egyén funkcióképességének társadalmi oldalait tükrözi. A részvételi korlátozottság ez alapján olyan problémaként értelmezhető, amely kapcsán az egyén bizonyos élethelyzetekben történő közreműködése korlátozódik.

Az ICF-FNO modell egy integratív, biopszichoszociális modellként értelmezhető, melynek fő fogalma a funkcióképesség, azon belül is a funkcionális egészség és a funkcionális akadályozottság. A funkcionális egészség nem más, mint a testi funkciók, a testi struktúrák, a tevékenység és a részvétel akadálytalansága, mely minőségében megfelel az egészséges emberének. Ebből kifolyólag a funkcionális akadályozottság akkor valósul meg, ha a testi funkciók, a testi struktúrák, a tevékenység (individuálisan) és a részvétel (társadalmilag) területein valamilyen szintű akadályozottsága figyelhető meg (Gordosné, 2004, Kálmán és Könczei, 2002).



4.2. AZ OECD kategóriák

Az OECD (Organisation of Economic Cooperation and Development = Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) a legfejlettebb országokat tömörítő szervezet. Gazdasági kérdések mellett gyakran oktatáspolitikai problémákkal is foglalkozik. Oktatáspolitikájában – az elmúlt több mint 30 évben – folyamatosan szerepet játszanak/játszottak a fogyatékos és a különböző okból tanulási problémákat mutató tanulók. Ennek egyik állomása az új, átfogó, azonban nem diagnosztikus, hanem iskoláztatási szempontú populáció meghatározás, a SEN (Children/Students with Special Educational Needs), magyar fordításban SNI, azaz sajátos nevelési igényű gyermek/tanuló kifejezés.

Az OECD Oktatási Bizottsága 1968-ban létrehozta a CERI (Centre of Educational Research and Innovation = Oktatási, Kutatási és Innovációs Központ) intézményét, amely 1996-ban létrehozta Gyógyypedagógiai Albizottságát és fő feladatuként jelölte meg a speciális nevelési szükségletek kutatását. A kutatómunkát a SENDDD (Special Educational Needs – Disabilities, Learning or Behaviour Difficulties and Social Disadvantages = Speciális nevelési szükségletek – fogyatékoságok, tanulási és viselkedési nehézségek és szociális hátrányok) program gondozza. Ezen program a nemzetközi összehasonlítások támogatására létrehozta az ún. ISCED (International Standard Classification of Education = Az oktatás nemzetközi szabvány szerinti osztályozása) eszköztárat, amelynek 1997. évi kiadásában megfogalmazottak szerint azon tanulók számítanak sajátos nevelési igényűnek, akik az iskolai tantervi követelményeknek csak oktatási többlétszolgáltatás által képesek megfelelni. A megsegítés számukra többféle lehet: személyi (többtanáros osztálytanítási modell, kiscsoportos foglalkoztatás), dologi (akadálymentesítés, speciális eszközpark), vagy pénzügyi támogatás.

Az OECD 2002-ben az SNI tanulók három kategóriáját különítette el:

- „A” kategória = Fogyatékoság: orvosilag egyértelműen diagnosztizálható, valamely organikus okra visszavezethető károsodás (az evidens fogyatékoságok köre);
- „B” kategória = Tanulási nehézség: magatartási vagy érzelmi rendellenesség és speciális tanulási zavar (a nem evidens fogyatékoságok köre);
- „C” kategória = Hátrányos helyzet: szociális-gazdasági, kulturális és/vagy nyelvi hátrányok.

A fenti felsorolásból egyértelműen kiolvasható, hogy az OECD SNI kategóriája messze túlnyúlik a klasszikus értelemben vett fogyatékoság definíción, hiszen annak csak egy kis részét teszi ki. Az OECD egy, 2007-ben megjelent kiadványában – a statisztikai adatok szerint – az összes tanulónak a 2,63%-a tartozik az „A” kategóriába, míg Magyarországon az összes tanuló 7%-a kerül be az SNI kategóriába (Gordosné, 2004; Bánfalvy, 2008).

5. FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK EGYÜTT OKTATÁSA, NEVELÉSE HAZÁNKBAN

A magyar gyógypedagógiai iskoláztatás a klasszikus európai utat járta be ugyan, de annak megvalósulása valamelyest késett a nyugat-európai országokhoz viszonyítva.

5.1. Speciális intézményektől az együttoktatásig a hazai törvényalkotásban

A magyar oktatásügy első egységes központi szabályozása, a Mária Terézia által kiadatott Ratio Educationis (1777), bár határozott szervezeti kereteket és tananyagbeli tartalmakat foglalmazott meg iskolafokonként, még nem tudta megoldani a fogyatékossgal élők iskoláztatásának kérdéseit.

A tankötelezettséget szentesítő első törvény (1868) szintén nem terjed ki a siketekre és a vakokra annak ellenére sem, hogy speciális intézményeik már évtizedek óta sikerrel működtek hazánkban.

A fogyatékosok iskoláztatásának a feltételei csak a XIX-XX. század fordulóján teremtdtek meg, ugyanis azóta Magyarországon is hivatalosan működik a gyógypedagógiai intézményrendszer. Ezek előzményeként, elsőként alakult meg 1802-ben a „Siketek Nevelőháza” Vácott, majd 1825-ben Pozsonyban a „Magyar Vakok Iskolája”.

A tankötelezettségről szóló első népoktatási törvény, az 1868. évi XXXVIII. törvény a fogyatékosok jogaira még nem terjedt ki. Báró Eötvös József alkotása a „testileg, vagy szellemileg gyenge gyerekek” számára felmentést adott az iskolába járás alól, az „elmebetegségben szenvedőket, avagy taníthatatlan tompaelmőjűeket” pedig egyenesen kizárta a közoktatás rendszeréből. A siketnémákról és a vakokról ez a törvény nem tesz említést.

A tankötelezettséget megerősítő első népoktatási törvényre, amely a fogyatékosokra is érvényessé vált, 1921-ig kellett várni. Eszerint minden tanköteles korú gyermeknek büntetőjogi felelősség mellett köteles iskolába járnia. Ezt a rendeletet a fogyatékosokra úgy vonatkoztatja, hogy kizárja a nyilvános iskolából azokat a tanulókat, akik szervi fogyatkozásuk okán „a tanulmányokban való normális előrehaladást lehetetlenné” teszik, „ragályos, vagy undort keltő betegségben” szenvednek, az „elmebeteg, vagy tompaelmőjű”, valamint a „többi gyermek erkölcsisé-

gét” veszélyeztető gyermekeket. A törvény ezzel párhuzamosan azonban kötelezi az illetékes minisztereket, hogy külön rendeletben szabályozzák a kizártak tankötelezettségének teljesítési feltételeit. Ezzel megindult a gyógypedagógiai intézmények erősödése, melynek hozományaként 1922-ben a gyógypedagógiai intézményeket a közintézetek közé sorolták.

A fogyatékosok iskolázási jogát már az alaptörvényben szabályozó első átfogó oktatási törvény az 1961. évi III. törvény lett. 4. § ezt írja: „A testileg, érzékszervileg vagy értelmileg fogyatékos, de képezhető tanköteles gyermekek oktatása és nevelése gyógypedagógiai intézményekben történik”. Ennek a törvénynek is ugyanaz a hátránya, mint az előzőeknek, azaz, hogy megtartja a „képezhetetlenség” fogalmát, amely azonban az elkövetkező évek során sokat finomodott, hiszen a szakemberek kezdeményezésére ezek a gyermekek is megkapták a sérülésspecifikus gyógypedagógiai ellátást, csak nem a közoktatás rendszerében, hanem az egészségügyi és szociális ellátó intézményekben. Ennek hatására 1963-ban rendeletben fogalmazták meg, hogy minden gyermek az általános iskolában kell, hogy megkezdje tankötelezettségét, és a gyógypedagógiai intézményekbe való átminősítés csak ezután következhet be.

Az 1985. évi I. törvény már a társadalmi esélyegyenlőséget is támogatja, és a fogyatékosok neveléséről-oktatásáról egységes szemléletű gondoskodást kezdeményez. Fontos változtatása a törvénynek, hogy a gyógypedagógiai intézményeket megkülönböztető jelző nélküli általános iskolákká minősítették, és középfokon bevezették a speciális szakiskolákat. Ez a törvény már kinyilvánította az iskolák szakmai önállóságát és a pedagógusok szakmai szuverenitását, valamint meghatározta az oktatásban érdekelték jogait is.

Újabb jelentős változást az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról hozott, melynek többször módosított kiadványaiban a fogyatékossgal élők fogalmának folyamatos változásairól már korábban írtunk (Gordosné, 2004; Illyés, 2000).

5.2. Integráció, inklúzió értelmezési keretei

Ahhoz, hogy eljussunk arra a pontra, hogy tisztázzuk az integráció és az inklúzió fogalmait, érdemes az inkluzív szemlélet alapjának tekintett dokumentummal, a Salamancai Nyilatkozat és Cselekvési Tervezettel való megismerkedés. Ez a dokumentum ugyanis olyan irányelveket fogalmaz meg, amelyek a mai együttoktatást megalapozzák és segítséget nyújtanak az elvi keretek megértésében.

Mindezeken túl hasznos információkkal szolgálhat a magyar-dán kooperációban megalkotott PHARE Twinning program is, amely jól foglalja össze az egyes szinterek feladatait és kötelezettségeit az együttoktatás megvalósíthatóságának tervezésekor.

5.2.1. A Salamancai Nyilatkozat és Cselekvési Tervezet

Az UNESCO által szervezett 1994. évi Salamancai Világkonferencia a sajátos nevelési igényű tanulók neveléséről mérföldkőnek számít az együttoktatás-nevelés kapcsán. A több mint 300 résztvevővel – 92 kormány és 25 nemzetközi szervezet képviselőjével – megtartott tanácskozáson célul tűzték ki, hogy megvitassák „az „Oktatás Mindenkinek” (Education for All) című programhoz szükséges alapvető kötelező politikai változtatásokat, hogy elősegítsék az inkluzív (befogadó) oktatáshoz való közeledést, hogy az iskolák képesek legyenek minden gyermek, de különösen a sajátos nevelési igényű gyermekek szükségleteinek kielégítésére”. „A sajátos nevelési igényű tanulók oktatása nem fejlődhet tovább szegregált formában. Egy átfogó oktatási stratégiának és egy igazán új társadalom- és gazdaságpolitikának a részévé kell válnia. Ez pedig fontos reformokat igényel az iskoláztatásban” – olvashatjuk a Salamancai Nyilatkozat előszavában (Salamancai Nyilatkozat, 1994).

A Salamancai Nyilatkozat legfontosabb alapelvei közé sorolható, hogy kimondja:

- Mindenkinek – az egyéni különbségekre való tekintet nélkül – joga van a tanuláshoz.
- Minden gyermeknek egyéni tulajdonságai, érdeklődési köre, képességei és tanulási szükségletei vannak, ezért az oktatási rendszereket úgy kell megtervezni és az oktatási programokat úgy kell bevezetni, hogy azokban figyelembe vegyék a tanulók sajátosságainak és szükségleteinek legkülönbözőbb voltát.
- Mindenkinek, aki sajátos nevelési igénnyel rendelkezik, legyen lehetősége arra, hogy olyan többségi iskolába járjon, amely alkalmazkodik hozzá, továbbá egy gyermekközpon-tú pedagógiával képes kezelni ezen sajátos nevelési igényeket.
- A törvényekben jelenjen meg az inkluzív oktatás alapelve, és vegyenek fel minden gyermeket a többségi iskolákba, hacsak nincs nyomós ok arra, hogy másként cselekedjenek.
- Gondoskodjanak arról, hogy az oktatási rendszer átalakuljon, és a tanárképzési illetve tanár továbbképzési programok tartalmazzák az inkluzív iskolákban a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatásához szükséges szolgáltatások megjelenését.
- Minden sajátos nevelési igényű személynek joga van kifejezni az igényeit a saját oktatásával kapcsolatban.

- A szülőknek alanyi joguk van arra, hogy felvilágosítást kapjanak a gyermekük szükségleteihez, körülményeihez, vágyaihoz legjobban igazodó oktatási formáról.
- Az inkluzív iskolák lényege, hogy a sajátos nevelési igényű tanulók megkapjanak minden támogatást, ami szükséges az eredményes oktatásukhoz.
- Az inkluzív iskoláztatás a leghatékonyabb formája a sajátos nevelési igényű gyermekek és társaik között kialakítandó szolidaritás megalapozásának.
- A gyermekek speciális iskolákban – vagy külön osztályokban – történő elhelyezésére csak kivételes esetekben kerülhet sor. Ez azokban a ritka esetekben ajánlott, amikor teljesen nyilvánvaló, hogy a többségi osztályban történő oktatás semmilyen körülmények között nem felel meg a gyermek oktatási és szociális szükségleteinek, és amikor a gyermek saját vagy társai épségét ez veszélyeztetné (Salamancai Nyilatkozat, 1994).

5.2.2. A PHARE Twinning Program

2004-ben, magyar-dán kooperációban, a PHARE Twinning program keretében elkészült az „Esélyegyenlőség biztosítása a fogyatékkal élők számára” inklúziós tanterv. Célja volt egy olyan inklúziós tanterv kidolgozása, amelyet a pedagógusképzésben használhatnak, emellett az akadálymentesítés technikai kivitelezéséhez kísérel meg segítséget nyújtani, valamint a pedagógusok számára kíván továbbképzést biztosítani. A tananyag maximum 90 órából áll, mely azonban igény szerint variálható.

A tantervnek öt és egy nulladik szintje van, melyek koncentrikusan épülnek egymásra az általános ismeretektől a konkrét információk felé haladva. A nulladik szint tartalmazza az SNI gyermekek integrációjával, inklúziójával kapcsolatos alapfogalmakat. Ezután következik az első, azaz a nemzetközi szint, amelyben az integrált nevelést támogató nemzetközi szervezetek (ENSZ, UNESCO, OECD, Európai Unió) és azok mozgalmái, valamint a különböző országok integrációra vonatkozó jogszabályai kerülnek ismertetésre. A második szint a nemzeti és helyi szint, amely az SNI gyermekek együttnevelésével kapcsolatos hazai viszonyokat taglalja, beszámol a hatályos Köznevelési Törvény témát érintő paragrafusairól, az integrációban résztvevőkről és azok feladatairól, valamint az SNI pedagógusképzésben betöltött szerepéről. Az iskolai szint az inklúziós tanterv harmadik szintje, melyben egy befogadó intézmény szemszögéből vizsgálják az inklúziós törekvéseket. Milyen tárgyi, személyi feltételeket kell egy ilyen intézménynek biztosítania ahhoz, hogy az együttnevelés feltételei megvalósulhassanak. A tanterv negyedik szintje az osztályszint, ahol már a konkrét szervezési feladatok ellátásáról, a tanár-diák,

tanár-szülő, SNI-nem SNI gyermekek kapcsolatáról folyik az elmélkedés. Az értékelés és differenciált oktatás lehetséges megoldásai is itt kerülnek tárgyalásra. Az utolsó, azaz az ötödik szint pedig a személyes szint, ahol az SNI gyermek szemszögéből vizsgálják az integrációs lehetőségeket (Csányi és Fótiné, 2006).

5.2.3. Az integráció és az inklúzió, mint fogalom

Az integráció latin eredetű szó, jelentése: különálló részeknek valamely nagyobb egészbe, egységbe való beilleszkedése, beolvadása. Tág, szociológiai értelmezésben az integráció nem más, mint a fogyatékos, akadályozott, azaz sajátos nevelési igényű (SNI) személyek beilleszkedése ép társaik közé (Illyés, 2000). Szűkebb, pedagógiai értelmezésben a különböző okoknál fogva tanulásban akadályozottak együtt oktatása-nevelése hasonló körű és ilyen zavarokat nem mutató társaikkal jelenti az integrációt (Petriné, 2003).

Sokszor tapasztalhatjuk azt a problémát, hogy az integráció és az inklúzió fogalmakat szinonimaként használják, azonos jelentéstartalommal ruházzák fel, azonban ez korántsem tekinthető evidenciának. Egyes nézetek szerint az integráció az inklúzió, az inkluzív szemlélet előszobája és így egymás következményei, míg mások szerint két, jól elkülöníthető fogalommal állunk szemben.

Egyes elméletek szerint az integráció-inklúzió fogalmai között mélységi különbséget kell tennünk. Integráció esetén ugyanis „fogadásról” beszélhetünk, amikor is a sajátos nevelési igényű gyermek csak jelen van az iskolában, speciális igényeihez a fogadó intézmény nem alkalmazkodik, sőt elvárja, hogy a gyermek átlagos teljesítményt nyújtson. Ezzel ellentétben az inklúzió a „befogadás” vagy „bevonás” szavakkal írható le, ugyanis az inkluzív intézmény, mint többségi intézmény egyénhez kötött, differenciált oktatást hajt végre és a fejlesztés szemléletét képviseli (Bécsi és mtsai, 2006).

Evans az egymáshoz való alkalmazkodásnak három fázisát különíti el: az asszimiláció szakaszában a speciális nevelési szükségletű egyén alkalmazkodik a többséghez, az akkomodáció szakaszában az alkalmazkodás a többségtől várható el, míg az adaptáció fázisában mindkét féltől elvárható a kölcsönös alkalmazkodás. Az asszimiláció fázisa lényegében megegyezik az integráció folyamatával, amikor a gyermek fogadása úgy történik, hogy pedagógiai szemléletváltás nem következik be. A befogadás, azaz az inklúzió azonban feltételezi a szemléletváltást az intézményben és annak tantestületében egyaránt. Ez a folyamat – tehát az inkluzív szemlélet kialakulása – az akkomodációval kezdődik és az adaptáció jegyében valósul meg (Bánfalvy, 2008).

Vagyis integrációról akkor beszélhetünk, ha az intézmény fogadja ugyan a speciális szükségletű tanulót, de az alkalmazkodást, a beolvadást a fogadott személytől várja el. Az intézmény és annak tantestülete gyakorlatilag semmilyen lépést nem tesz azért, hogy a fogadott tanuló helyzetén könnyítsen. Az inklúzió ezzel szemben pedig azon lépések sorozata, amely során a kölcsönös együttműködésen alapulva mindkét fél (fogadott személy és fogadó intézmény) kompromisszumokat köt a közös megegyezés és ez esetben a sikeres oktatás megteremtése céljából.

Az inklúzió tulajdonképpen az integrációs szemlélet következménye. „Az integrációt sikeresen felvállaló intézmény előbb-utóbb inkluzív válik.” A különnevelés (szegregáció) szemléletét felváltja az együttnevelés (integráció) szemlélete, és így az egész iskola szellemiségét áthatva születhet meg az inkluzív pedagógia (Metzger, 2006).

Az integrációnak többféle típusát különbözteti meg a szakirodalom (Bécsi és mtsai, 2006; Petriné, 2003):

- Lokális (helyi) integráció: bár a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló egy iskolaépületben van a többi gyermekkel, ezen kívül semmilyen más kapcsolatuk nincs. Ezt az „integrációs” formát szokás szegregációként is értelmezni.
- Szociális integráció: a gyógypedagógiai nevelést-oktatást igénylők és a többség elkülönített foglalkozásokon (iskolai tanórákon) vesznek részt, de tudatosan tervezettek a közös, tanórán kívüli szabadidős programok, délutáni foglalkozások, kirándulások.
- Funkcionális integráció: a tanulási folyamatok már közössé válnak. Két fő típusa van:
 - Részleges funkcionális integráció: csak bizonyos időben és tantárgyak keretében (főleg a készségtárgyak oktatásakor) vannak együtt az SNI-k és az épek, a többi órán a sajátos nevelési igényű gyermekekkel külön foglalkoznak;
 - Teljes funkcionális integráció: az integráció legfejlettebb formája, ahol kis osztálylétszám mellett, lehetőség szerint teljes időtartamban, minden órán együtt tanulnak épek és SNI-k.
- Fordított integráció: ez egy viszonylag ritka formája az integrációnak, itt a speciális iskola fogadja be a nem fogyatékos tanulókat, főként a testvéreket.
- Spontán (hideg, rideg vagy csendes) integráció: úgy kerül be a sajátos nevelési igényű tanuló a közoktatási, köznevelési intézménybe, hogy fogadására nem készül fel az intézmény, vagyis az együttnevelés nem tudatosan jön létre.

A szakirodalom szerint attól függően, hogy az integrációt miként szemléljük, beszélhetünk annak előnyeiről és hátrányairól (Bécsi és mtsai, 2006). Az integráció előnyei között említik, hogy:

- az SNI gyermek számára az épekkel való együtt tanulás hatalmas húzóerőt jelenthet;
- a sérült gyerek megtanul élni adottságaival, képességeivel;
- az ép tanulók másság elfogadása is megváltozik, toleranciát, elfogadást és spontán segítőkészséget tanulnak;
- az együttnevelés vállalásával mind a pedagógustársadalom, mind a diáktársadalom egy önfejlődési folyamaton megy keresztül, mely által az SNI gyermek egy idő után már „nem lóg ki a sorból”;
- a pedagógusok látóköre kiszélesedik, új módszerek keresésére, kifejlesztésére ösztökélve őket;
- az SNI gyermeknek nem kell kiszakadnia a már megszokott szociális milióból és a szülőknek sem kell elszakadni gyermeküktől.

Ellenben az integráció nem működik és hátránya érződik, ha:

- túl sok SNI gyermeket akarnak integrálni egy osztályba vagy évfolyamba;
- ha a pedagógusok szakmai kompetenciája, ismerete nem megfelelő;
- a gyógypedagógusokkal szemben mind a szülők, mind a tanárok túl nagy követelményeket támasztanak;
- az előítéletek csökkentése, az előítéletek feloldása nagyon hosszúra nyúlik;
- az önkormányzatok nem biztosítják a megfelelő gyógypedagógiai ellátást;
- csak a hideg integráció valósul meg a többségi iskolában, óvodában;
- az integráció felülről irányított, erőltetett döntésként valósul meg;
- nem megfelelő a tájékoztatás a szülők irányába az elfogadó-befogadó intézmény működéséről, elveiről.

Az Európai Unióhoz való csatlakozásunk óta a befogadás, az integrációs nézetek hatványozottabban jelentkeznek nem csak a társadalmi, de az oktatási-nevelési színtereken is. Az előítéletekkel kapcsolatban Allport (1955) álláspontja az, hogy senki sem születik előítéletekkel. A gyermeki véleményt a szülők vagy a tágabb környezet nézetei formálják. Tehát az előítéletességet a mintakövetési szokások formálják.

6. A PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLATOK SZEREPE AZ EGYÜTTOKTATÁS- NEVELÉS TÁMOGATÁSÁBAN

A Pedagógiai Szakszolgálatok igen fontos szerepet töltenek be a sajátos nevelési igényű, valamint a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdő tanulók diagnosztizálásában és ellátásában, fejlesztésében, ezért érdemes ezzel a szolgáltatási szektorral is bővebben megismerkedni. Kiemelt figyelmet fordítunk majd a szakértői és rehabilitációs bizottságok működésére, ellátási feladataira. Ismertetjük az iskolaérettségi vizsgálat, valamint a tankötelezettség aktuális kérdéseit is a jogszabályi keretekre hivatkozva.

6.1. Típusai, működésük, feladataik

A 15/2013. évi EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről a következő szolgáltatókat és szolgáltatási feladatokat ismerteti:

- Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás: feladata a komplex kora gyermekkori intervenció és prevenció, a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak, társadalmi integrációjának erősítése.
- Fejlesztő nevelés: feladata a gyermek egyéni nevelési-fejlesztési terve alapján végzett komplex gyógypedagógiai fejlesztése a szülő bevonásával.
- Szakértői bizottsági tevékenység: feladata a komplex vizsgálati eljárás utáni szakértői vélemény készítése, az iskolaérettség, a sajátos nevelési igény vagy a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség megállapítása.
- Nevelési tanácsadás: feladata a szülői konzultáció, valamint a gyermek felmérése után tanácsadásban részesítés, vagy a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességének meghatározása, segítségadás a családnak és az oktatási-nevelési intézményeknek.
- Logopédiai ellátás: feladata a beszédindítás, a nyelvfejlődési elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, diszlexia, diszortográfia, diszgráfia és diszkalkulia kialakulásának megelőzése, logopédiai terápiás foglalkozások szervezése.
- Továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás: feladata a tanuló adottságainak, tanulási képességeinek, irányultságának szakszerű vizsgálata, az iskolaválasztás segítése.

- Konduktív pedagógiai ellátás: feladata a központi idegrendszeri sérültek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása.
- Gyógytestnevelés: feladata a gyermek, tanuló speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha az iskolaorvosi vagy szakorvosi vizsgálat gyógytestnevelésre utalja.
- Iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás: feladata a pedagógiai szakszolgálati intézményekben és a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása.
- Kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása: feladata a korai tehetségfelismerés, a tehetséges gyermek személyiségfejlődésének támogatása, tanácsadás a szülőknek, konzultáció a pedagógusoknak.

6.2. Az iskolaérettségi vizsgálat és annak szerepe a korai felismerésben

A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről – amely 2013. január 1-jén lépett hatályba – jogszabályi keretei szerint azokat a gyermekeket kell beíratni az iskolába, akik augusztus 31-ig betöltik a hatodik életévüket.

Az új törvény alapján az iskolakezdésről az óvodavezető dönt, illetve szükség esetén (pl. ha véleménykülönbség van a szülő és a pedagógus között, ha nehezen ítéltető meg a gyermek fejlettsége, vagy ha halasztott iskolakezdés után további egy év óvodai nevelés látszik szükségesnek) kezdeményezi az iskolaérettség megállapítását. Az iskolaérettségi vizsgálat kezdeményezője az óvoda vagy az iskola vezetője, továbbá a szülő is lehet (45.§ (4) c).

A törvény a következőképpen fogalmaz:

45. § (2) „A gyermek abban az évben, amelynek augusztus 31. napjáig a hatodik életévét betölti, legkésőbb az azt követő évben tankötelessé válik. Az a gyermek, akinek esetében azt a szakértői bizottság javasolja, további egy nevelési évig az óvodában részesül ellátásban, és ezt követően válik tankötelessé.”

„(4) A tankötelezettség kezdetéről

- a) az óvoda vezetője,
- b) ha a gyermek nem járt óvodába, az iskolaérettségi vizsgálat alapján a szakértői bizottság,

- c) az óvoda, az iskola vezetője vagy a szülő kezdeményezésére az iskolaérettségi vizsgálat alapján a szakértői bizottság dönt.”

A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a tankötelezettség megállapításáról így szól:

21. § (1) „A tankötelezettség megkezdésének feltétele a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megléte, annak igazolása. A gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének jellemzőit az Óvodai nevelés országos alapprogramjának kiadásáról szóló kormányrendelet határozza meg.”

A rendelet értelmében az adott évben tanköteles korba lépő gyermeket a szülő március 1-je és április 30-a között köteles beíratni a lakóhelye szerint illetékes, vagy a választott iskola első évfolyamára akkor is, ha nem fogja elkezdni az iskolát.

Az intézmények állami fenntartásba kerülése során a nevelési tanácsadók összeolvadtak a pedagógiai szakszolgálatokkal. Az iskolaérettségi vizsgálatok elvégzése a pedagógiai szakszolgálatok (azon belül a szakértői bizottságok) feladata, szakértői tevékenység keretében.

A 15/2013. évi (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

7. § (1) pontja szerinti „szakértői bizottsági tevékenység keretében az intézmény szakértői bizottsága a gyermek, a tanuló komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint orvosi, sajátos nevelési igény gyanúja esetén komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, orvosi vizsgálat alapján szakértői véleményt készít

- a) az iskolába lépéshez szükséges fejlettség megállapítása céljából

aa) abban az esetben, ha a gyermek nem járt óvodába,

ab) óvodába járó gyermek esetén, annak megítélésére, hogy hétéves korában szükséges-e újabb nevelési évet kezdenie az óvodában,

ac) annak megítélésére, hogy a gyermek számára javasolt-e, hogy hatéves kora előtt megkezdje tankötelezettségének teljesítését,

ad) óvodába járó gyermek esetén, ha a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettsége egyértelműen nem dönthető el a fejlődésének nyomon követéséről szóló óvodai dokumentumok alapján,

- ae)* ha a szülő nem ért egyet a gyermek fejlődésének nyomon követéséről szóló óvodai dokumentumok alapján az iskolába lépéshez szükséges óvodai igazolásban tett javaslattal,
- af)* ha a szülő nem ért egyet a hatodik életévét augusztus 31-ig betöltő gyermek óvodai nevelésben való további részvételéről szóló óvodai döntéssel,
- b) a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása,
- c) a sajátos nevelési igény – a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási), az értelmi, a beszéd fogyatékoság, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén a halmozott fogyatékoság, az autizmus spektrumzavar vagy az egyéb pszichés fejlődési zavar: súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar megállapítása vagy kizárása,
- d) sajátos nevelési igényű tanuló esetében
 - da)* az érettségi bizonyítvány kiadásának feltételeként meghatározott közösségi szolgálat teljesítésére vonatkozó kötelezettség alóli mentesítés,
 - db)* a tankötelezettség meghosszabbításának céljából, és a vizsgálatok eredményei alapján javaslatot tesz a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézséggel küzdő, a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók különleges bánásmód keretében történő ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére.

(2) Amennyiben a szakértői bizottság vizsgálata alapján a gyermeknél, a tanulónál sem a beilleszkedési, sem a tanulási, sem a magatartási nehézség, sem a sajátos nevelési igény nem állapítható meg, de eredményes óvodai neveléséhez, iskolai neveléséhez, oktatásához iskolapszichológiai, óvodapszichológiai vagy logopédiai ellátásba vétele indokolt, a szakértői bizottság a megfelelő ellátásba vételét kezdeményezi.

8. § A szakértői vizsgálat típusai:

- a) az aktuális állapot feltárására irányuló vizsgálat,
- b) a fejlődést nyomon követő, a korábbi diagnózis megalapozottságát, a nevelés, oktatás formájának megfelelőségét a fejlesztés eredményességének mérését célzó felülvizsgálat.

13. § (1)¹⁸ A szakértői vizsgálat – a (2) bekezdés a), b) és d) pontjaiban, valamint a 40. § (3) bekezdésében foglalt kivétellel – a szülő kérelmére, illetve, ha az eljárást nem a szülő kezdeményezi, a szülő egyetértésével indul.

A szakértői vizsgálat típusai a következők lehetnek:

- Alapvizsgálat: a gyermek, tanuló teljes körű (pedagógiai/gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi) vizsgálata.

Kiegészítő vizsgálat: az alapvizsgálat során felmerült, a megalapozott diagnózis megállapításához szükséges – de a gyermek terhelhetősége, a szükséges vizsgálati eszköz, szakember vagy kompetencia hiánya miatt – annak keretében el nem végzett, a bizottság keretein belül el nem végezhető orvosi, pszichológiai stb. vizsgálat.

Felülvizsgálat: hivatalból, hatósági megkeresésre, szülői kérelem alapján vagy a gyermek nevelését ellátó óvoda, nevelését, oktatását ellátó iskola kérelme alapján végzett, - a korábbi diagnózis megalapozottságát, a nevelés, oktatás formájának megfelelőségét, a fejlesztés eredményességének mérését célzó felülvizsgálat.

Az iskolaérettség biológiai, pszichológiai és szociális érettséget takar, melyet a következőképpen vizsgálnak a szakemberek:

- gyermekorvos nézi a fizikai érettséget antropometriai mutatók mentén,
- pszichológus és/vagy gyógypedagógus vizsgálja a gyermek pszichés érettségét a figyelem, az emlékezet és a kognitív funkciók mérése által,
- a szociális érettség vizsgálata elsősorban társas helyzetekben vizsgálható, ahol nézik többek között a gyermek önállóságát, feladattudatát, monotónia tűrését és a közösségbe való beilleszkedését.

Az iskolaérettségi vizsgálat a következő részekből áll:

- adat- és anamnézis felvétel,
- csoportos vizsgálat (rajzos feladatok, történet reprodukálása, forma felismerés)
- egyéni vizsgálat (általános tájékozottság, mennyiség- és műveletismeret, formaemlékezet, képolvasás, problémamegoldás, analógiás-kauzális gondolkodás, analitikus-szintetikus gondolkodás, emlékezet, magatartás-viselkedés).

A vizsgálat során – annak minden részében – folyamatosan figyelik a gyermek magatartását, amiből a gyermek testi fejlettsége, fizikai terhelhetősége és szociális érettsége derül ki.

7. AZ EGÉSZSÉGES ÉLETMÓDRA NEVELÉS FOGYATÉKOSSÁG-SPECIFIKUS SAJÁTÓSÁGAI A TESTNEVELÉS ÉS SPORT ÁLTAL

A mozgás a gyermeki személyiség legtermészetesebb megnyilvánulási formája. Fejlődésének legszenzitívebb időszaka a 3-7 éves kor, hiszen ebben az életkorban a gyermek a mozgás, a tevékenység által szerez információt környezetéről. A mozgásfejlesztés által fejlődik a gyermek vizuális memóriája, téri orientációja, szabálytudata, testsémája, „éntudata”, társas kapcsolatai és a siker-kudarc elviselésének képessége (Pintér, 2004).

A gyógypedagógia nevelési folyamat a sajátos nevelési igényű, valamint a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdő gyermekek és fiatalok nevelésének, oktatásának, terápiájának átfogó, a személyiség egészére irányuló, pedagógiai dominanciájú hatásrendszere. Nevelési területei a következők lehetnek: mozgásnevelés, beszédnevelés, gondolkodásnevelés, viselkedésnevelés, valamint a kreatív képességek nevelése (Benczúrné, 2003a). Számunkra kulcskérdés a mozgásnevelés célja, feladata és folyamata.

A mozgásnevelés célja a fogyatékoságtól és akadályozottságtól függő tartási és mozgási funkciók működőképességének optimális szintre emelése, a mozgásos alkalmazkodóképesség kialakítása, a mozgáskultúra, a mozgásműveltség fejlesztése, valamint az egészségmegőrzés folyamatának támogatása.

Általános nevelési feladatai közé tartozik a sokoldalú pszichoszomatikus fejlesztés, az egészségi szokások kialakítása, az alapvető koordinációs és kondicionális képességek fejlesztése, a játékgény kielégítése és a játékszeretet kialakítása, valamint a küzdőképesség magasabb szintre emelése. Speciális nevelési feladatai között kiemelten kezelendő a mindennapos tevékenységre nevelés (activity of daily living, ADL). A legfőbb kívánt cél és feladat a rendszeres testmozgás iránti igény kialakítása az adott személy fogyatékoság-specifikus sajátosságainak figyelembe vételével.

Az egészséges életmódra nevelésben a környezet és a család szerepe kiemelten kezelendő. A támogató és buzdító családi háttér szerepe, a sporttevékenység napirendbe illesztése a korai

életkorokban a család segítségével valósulhat csak meg. A fogyatékos, sajátos nevelési igényű gyermek családi és környezeti nevelésében az önállóságra törekvés támogatása látszik a legfontosabb feladatnak. Ehhez minél több családon belüli és kívüli programot kell szervezni a fogyatékos személy számára, valamint támogatni az azon való részvételekben.

Az SNI-s, BTMN-es gyermek testnevelés órai integrációjához a tanítandó mozgásanyag differenciált, adaptív ismertetése szükséges. Az adaptációban 5 alapelvet kell betartanunk:

1. A fogyatékoságspecifikusság elve: a fogyatékoság típusának, az akadályozottság mértékének megfelelően kialakított gyakorlatok végeztetése.
2. A rehabilitációs irányultság elve: úgy kell a mozgásanyagot kialakítani, hogy az az adott fogyatékoságra nézve ne legyen káros.
3. A differenciált foglalkoztatás és egyéni módosítás elve: szükség szerint az egyénre szabott módosítások elvégzése a mozgásanyagban.
4. A választhatóság elve: fő szempont az olyan mozgásanyag kiválasztása, amely a gyermek számára biztonságérzetet nyújt.
5. A továbbfejlődés és a sportági lehetőség elve: legyen lehetősége a tanulóknak a szervezett foglalkozáson túl egyéb más sportfoglalkozáson való részvételre is, valamint a tehetőség gondozási folyamatba való bekerülésre (Benczúrné, 2003a; Glauber és Tihanyiné, 2006).

8. AZ ADAPTÁLT FIZIKAI AKTIVITÁS (APA) ÉS AZ ADAPTÁLT TESTNEVE- LÉS (APE) CÉLJA, FELADATAI A FO- GYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK TESTNEVE- LÉSÉBEN ÉS SPORTJÁBAN

Az adaptált fizikai aktivitás (Adapted Physical Activity, APA) jelentése az elmúlt 100 évben változások sorát élte meg. Ennek oka, hogy az egyes emberjogi mozgalmak, valamint a fejlett és fejlődő társadalmak nagy része arra törekszik, hogy az esélyegyenlőséget mindenki számára biztosítsák nem csak a szociális szférában, hanem a sport területén is.

Az adaptált fizikai aktivitás fogalmát az Adaptált Fizikai Aktivitás Nemzetközi Szövetsége (International Federation of Adapted Physical Activity, IFAPA) így határozza meg: az APA az emberi mozgástudománynak egy olyan ága, amely azokkal a személyekkel foglalkozik, akiknek a fizikai aktivitásban való részvételhez adaptációra (változtatásra, alkalmazkodásra) van szükségük. Adaptált fizikai aktivitásnak tekintenek tehát minden olyan törekvést, amely során a fizikai aktivitást az adott egyén meglévő képességeihez, szükségleteihez igazítják. Az adaptáció kiterjedhet az eszközhasználat variálására, a feladatok módosítására, a kommunikáció variabilitására, valamint a szabályok módosítására. Valkova és munkatársai szerint nem az egyénnek kell a tevékenységhez alkalmazkodnia, hanem a tevékenységet kell az adott egyén igényeihez mértén módosítani (Valkova és mtsai, 2006).

Az IFAPA állásfoglalása szerint az adaptált fizikai aktivitás megvalósulhat a testnevelés, a szabadidő- és versenysport, valamint a rehabilitációs célú sporttevékenység során egyaránt úgy, hogy minden olyan személy adaptált fizikai aktivitását biztosítja, akinek speciális, egyéni igényei, szükségletei jelentkeznek a motoros tevékenységek területén (pl. elhízással küzdők, időskorúak) (IFAPA, 2013).

Amerikai szakirodalmakban fellelhető további fogalomhasználat az adaptált testnevelés (Adapted Physical Education, APE), amely az adaptált fizikai aktivitás testnevelés órai szintén való megvalósulását írja le. Tehát az APE ne más, mint a fogyatékos, sajátos nevelési igényű

tanulók testnevelés oktatása, vagyis a testnevelés foglalkozásoknak egy módosult változata, úgynevezett szubdiszciplínája. Az AASEP (American Academy of Special Education Professionals) szerint az APE tanár olyan változatos fejlesztő tevékenységeket, játékokat, sportokat alkalmazó pedagógus, aki a testnevelés órai tevékenységeket az órán résztvevő tanulók speciális szükségleteihez, érdeklődéséhez, képességeihez és korlátozottságaihoz igazítja. Ezen tanulók eredményes foglalkoztatása a normál testnevelés keretein belül nem, vagy csak nehezen valósíthatók meg. Az APE – tantervi célját tekintve – megegyezik a testnevelés általános céljaival, vagyis a hatékony és eredményes testnevelés órai részvételt kiterjeszti a speciális szükségletű diákokra is. Az APE, mint alapszolgáltatás több formában is megvalósulhat az egyéni szükségletekhez igazodva, létezik integrált és szegregált formája is:

- beillesztés a „normál” testnevelés foglalkozásba a testnevelő tanár által;
- „normál” testnevelésórán való részvétel a megfelelő szakember segítségével (adaptált testnevelő tanár, speciális szakember, gyógypedagógus);
- adaptált testnevelés oktatás az APE tanár által (normál testnevelésórán, kiscsoportos foglalkozás keretében, egyéni foglalkozás által) (CSDE, 2012).

Az APE tanár feladatai igen sokrétűek. Egy olyan testnevelő tanárnak tekinthető, aki képes diákjait (speciális igényeinek és adottságaiknak megfelelő) motoros tesztekkel felmérni, a kapott eredmények alapján speciális mozgásprogramokat tud összeállítani, együtt tud működni a testnevelő tanárral és más szakemberekkel az eredményes fejlesztő tevékenység érdekében. Támogató rendszere kiterjed a gyermeket nevelő családra is, valamint folyamatosan nyomon kíséri a diákja motoros tevékenységében és személyiségfejlődésében bekövetkező változásait is (CSDE, 2012).

Hazánkban az APA/APE mozaikszó jelentése a fogyatékos személyek testnevelésére és sportjára korlátozódik, valamint magába foglalja mindazon szakmákat, amelyek a valamilyen okból speciális szükségletű személyek sportfoglalkoztatását látják el, mint például a gyógytestnevelő, gyógytornász és a mozgásterapeuta (Benczúrné, 2003a; Benczúrné, 2003b).

A hazai terminológia használat és gyakorlat tehát a mai napig nem egységes. A probléma valószínűsíthető oka, hogy a jogszabályi háttér és terminus technikus sem egységes, valamint a kategorizálási szempontok is ködösek.

9. SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYŰEK (SNI)

TESTNEVELÉSE ÉS SPORTJA

Ebben a fejezetben a törvényi megfogalmazás szerinti sajátos nevelési igény (SNI) kategóriájába tartozó fogyatékoságokat ismertetjük. Elemzésünkben kitérünk az egyes fogyatékoságok értelmezésére, jellemzésére, a motoros képességstruktúra jellegzetes eltéréseire és a testnevelés órai foglalkoztatás elveire, az esetlegesen felmerülő nehézségekre és azok megoldási módjára a szervezett foglalkozások keretei között. Célunk, hogy segítsük az olvasót az egyes fogyatékoságok tüneti felismerésében, és hogy támpontot adjunk a velük való foglalkozás szervezéséhez. Természetesen ezek csak irányelvek, amelyek majd az egyéni sajátosságok figyelembe vételével együtt kezelhetők. Minden ember más és más, nincs ez másképpen a fogyatékos személyek esetében sem. Mindenkit külön entitásként kell kezelnünk, sajátos problémáival együtt.

9.1. Mozgásszervi fogyatékosok testnevelése és sportja

A mozgásszervi fogyatékoság, mint elnevezés az évek, évtizedek során folyamatos változásokon ment át. Az alábbi szinonim kifejezéseket használták eddig ennek a fogyatékoság kategóriának a leírására: mozgáskorlátozottság, mozgásfogyatékoság, mozgássérültség, testi fogyatékoság stb.

Mozgásszervi fogyatékoság alatt a mozgató szervrendszer veleszületett vagy szerzett károsodását értjük, amely által a szervezet funkcionális képességei, az egyén aktivitása maradandóan megváltozik, akadályozottá válik. Gyógypedagógiai értelemben jelentős és maradandó mozgásos akadályozottságról kell beszélnünk, amelynek következtében megváltozik a mozgásos tapasztalatszerzés, a szocializációs folyamatok nehezítetté válnak. A mozgásszervi fogyatékoság kihat a gyermek pszichoszomatikus fejlődésére, cselekvéses tapasztalatszerzésére, interperszonális kapcsolataira, mely végső esetben akár izolációt is eredményezhet.

Okai és típusai igen kiterjedtek lehetnek. Beszélhetünk petyhüdt bénulásos állapotokról, központi idegrendszeri sérülésekről, fejlődési rendellenességekről, valamint az amputáció és egyes ortopédiai kórképek is a mozgásszervi fogyatékoságok körébe tartoznak (Bécsi és mtsai, 2006).

A rendszeresen végzett sporttevékenység legalább annyira fontos a mozgásszervi fogyatékos személyek számára, mint az épek számára. Pozitív élettani hatásai közé sorolható, hogy erősíti

az izomzatot és a csontozatot, fejleszti a mozgáskoordinációt, amely által javul az érintett mobilitása, könnyebben meg tud birkózni a környezeti nehézségekkel, akadályokkal is. Fokozza az anyagcserét, ezáltal segít a testsúly szabályozásban. A szisztematikus testmozgás fokozza a belek motilitását is, ezzel csökkentve az emésztőrendszeri panaszokat, valamint a légzési és keringési rendszer állapotára is jótékony hatással van. Mindezek mellett a sport megtanít küzdeni magunkért és másokért, így a mozgásszervi fogyatékos személy is képes lesz az asszertivitás képességének elsajátítására. Természetesen a sporttevékenységet mindig valamilyen szociális közeg jelenlétében értelmezhetjük csak, így az izoláció elkerülésének és a társadalmi integráció kialakulásának egyik leghatékonyabb színtere lehet (Osváth, 2010).

A mozgásszervi fogyatékos gyermekek, tanulók korai szomatopedagógiai fejlesztése komplex folyamat. A mozgásnevelés mellett nagy hangsúlyt kap az érzékelés-észlelés fejlesztése, a kognitív képességek fejlesztése, szükség esetén a beszédnevelés és a kommunikációs képességek fejlesztése, valamint az érzelmi, akarati nevelés is.

A mozgásszervi fogyatékos tanulók esetében az iskolai testnevelés alapelvei és céljai módosulnak. A testnevelés mozgásanyát sérülés-specifikusan és egyénileg kell adaptálni, valamint kiegészítő foglalkozásként megjelenhetnek a gyógytorna passzív és aktív eljárásai, a fizikoterápia módszerei és eljárásai, korrekciós és gyógyászati segédeszközök alkalmazása, a mindennapos tevékenységek végzésére való mozgásos felkészítés és az adaptív eszköz használatának megtanítása is a testnevelésórán.

A mozgáskorlátozott tanulók testnevelés órai teljes és automatikus felmentése nem indokolt, csak és kizárólag abban az esetben, ha azt a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, vagy a tanulóval foglalkozó szakmai team (orvos, gyógypedagógus, pedagógus) kifejezetten javasolja.

A mozgásszervi fogyatékos tanulók mozgásnevelését szomatopedagógus, központi idegrendszeri sérülés esetén szomatopedagógus és/vagy konduktor láthatja el, ezen személyeket az intézményeknek biztosítani kell az érintett tanulók sikeres oktatása-nevelése érdekében, ez azonban utazó gyógypedagógusi hálózat által is ellátható (Bécsi és mtsai, 2006; Benczúrné, 2003a).

9.2. Érzékszervi fogyatékosok testnevelése és sportja

Gyógypedagógiai megfogalmazás szerint az érzékszervi fogyatékosoknak két típusát különíthetjük el: a hallás- és a látássérülést. Ezeket súlyossági fokok szerint tovább differenciálhat-

juk. Az egyes érzékszervi fogyatékoságokhoz tartozó motoros nehézségeket a következőkben részletesen ismertetjük.

9.2.1. Hallássérültek testnevelése és sportja

A hallássérülés, mint érzékszervi fogyatékoság a népesség közel 10%-át érinti, közülük 4-6% az iskoláskorú populációból kerül ki, és 3%-uknál súlyos és maradandó halláscsökkenést diagnosztizáltak a szakemberek. A hallássérülés lehet átmeneti és maradandó, lehet egy, illetve kétoldali érintettségű is. A hallássérültek 50%-a recesszíven örökli fogyatékoságát, vagyis a szülők nemzedéke az esetek többségében halló személy. A szerzett hallássérülés okai igen sokfélék lehetnek: pre-, peri- és postnatális ártalmak mind szerepet játszhatnak a fogyatékoság kialakulásában a korai életkorokban, felnőttkorban pedig a zajártalom, valamint a meszesedés jelensége tehető felelőssé a hallássérülés kialakulásáért.

A hallássérüléseket érdemes aszerint is megkülönböztetni, hogy az a beszéd megindulása előtt vagy után jött létre. Ennek alapján megkülönböztetünk pre- (azaz beszéd előtti) és postlingvális (azaz beszéd utáni) hallássérülést. Ennek a beszédtanulás és a további kommunikációs csatornák kialakításában van leginkább jelentősége. Súlyosság szerint beszélhetünk nagyothallásról és siketségről.

A hallássérülésnek három típusát különíthetjük el:

1. Vezetékes jellegű hallássérülés esetén a hangfelfogó rendszer (a külső és a középfül) megbetegedéséről beszélhetünk, többnyire műtétilag sikeresen helyreállítható a hallóképesség, csak enyhe és/vagy közepes fokú nagyothallással járó kórképeket idéz elő.
2. Az idegi eredetű hallássérülés esetén a hallóideg, a hallópályák vagy a hallókéreg érintettsége okán fennálló súlyos halláskárosodással állunk szemben. Segédeszközök használatával elérhető az állapotjavulás, ilyen például a cochleáris implantáció vagy a hallókészülék viselése.
3. Vegyes típusú hallássérülésnél az előzőleg említett két típusú hallássérülés keveredik egyénileg változó érintettségben.

A hallássérülés és annak következményei az intelligenciát, azaz az értelmi képességeket nem, vagy csak ritkán érintik (ekkor már halmozott fogyatékoságról kell beszélnünk). Diagnózisát a Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság adja ki (Bécsi és mtsai, 2006).

A hallássérültek nem feltétlenül tekintik magukat a sport területén fogyatékosnak, ezt igazolja az a tény is, hogy a hagyományos sportba – jelen álláspont szerint – ők integrálhatók a legsike-

resebben, kis segítséggel szinte egyenlő eséllyel küzdhetnek halló versenytársaik ellen. A sport univerzális nyelvét, nonverbális jelzéseit éppúgy képes megérteni a halló és a hallássérült is, hiszen a mozgás az egyik legősibb, közös emberi tevékenységünk (Osváth, 2010).

Iskolai körülmények között szinte minden mozgásanyag tanítható nekik – bizonyos kivételek mellett –, ugyanis vannak olyan sportágak, amelyek kifejezetten ellenjavalltak hallássérültek számára. Ilyenek például a testnevelési játékok egy része, bizonyos sportjátékok és küzdősportok, vízi sportok, valamint az atlétika és torna ugrószámai a speciális segédeszközök sérülésveszélye miatt.

A sajátos kommunikáció a testnevelésben és a sportban kevésbé zavaró tényező, hiszen ott a nonverbális jelzések túlsúlya és a vizualizálás egyébként is jellemző, amely nagyban segíti a hallássérült tanuló tanulási folyamatait, új információs csatornákat nyit meg a mozgások elsajátításában, mint tanulási folyamatban (Benczúrné, 2003a, Osváth, 2010).

Ami azonban gyakran előforduló motoros képességstruktúrabeli eltérés hallássérülteknél az az egyensúlyi rendszer, ezáltal a mozgáskoordináció érintettsége. Tehát mindazon tevékenységek, amelyben a statikus és/vagy a dinamikus egyensúlyozási képességre, a térbeli orientációra van szükség, számukra kevésbé megfelelőnek tekinthető.

9.2.2. Látássérültek testnevelése és sportja

Tág értelemben látássérült az a személy, akinek látóképessége az ép látáshoz képest csökkent. Pedagógiai értelemben azonban az a személy tekinthető látássérültnek, akinek a látásvesztése olyan súlyos fokú, hogy csak megfelelő tárgyi és személyi feltételek, speciális módszerek és eszközök segítségével képes optimálisan fejlődni, tanulni.

Látássérülés esetén megkülönböztethetünk öröklött és szerzett, organikus vagy funkcionális látássérülést.

Súlyosság szerint három csoport különíthető el:

- Gyengénlátás: A látásélesség 67-90%-os. Kifejezett a téri tájékozódás zavara, az általános mozgásos ügyetlenség és a látás-mozgás összerendezettségének zavara.
- Aliglátás: Az ép látás maximum 10%-ával rendelkeznek az érintettek. Gyakoriak a mozgáskoordinációs zavarok.
- Vakság: A látásélesség a jobban látó szemem nem haladja meg az 5%-ot, vagy egyáltalán nincs fényérzékelés.

Látássérült tanulók esetén a mozgás- és tájékozódásfejlesztés a testnevelés és sport műveltségi terület fő célja és feladata. Vak tanulók oktatása, nevelése során érdemes lehet a gyógytestnevelés lehetőségével is élni a tartáshibák megelőzése és korrigálása, valamint a belgyógyászati megbetegedések visszaszorítása (elhízás, magas vérnyomás stb.) céljából. Ajánlott a vakok sportjának testnevelés órai adaptációját is bevenni a mozgásrepertoárba a szervezett foglalkozások keretében (pl. csörgőlabda).

Sporttevékenységet csak speciálisan kialakított és felszerelt környezetben képesek űzni a balesetveszély kiküszöbölése okán. A legtöbb sportág igényli a vizuális érzékelés megfelelő szintjét, így a nekik ajánlható sportági repertoár lényegesen beszűkül. A préseléses, nagy erő kifejtéssel járó sportok pedig kifejezetten kerülendőek látássérültek esetében. Ilyenek a súlyemelés, az erőfejlesztés, a küzdősportok nagy része, valamint a labdajátékok többsége (a magas baleseti rizikó okán) (Osváth, 2010).

9.3. Értelmi fogyatékosok testnevelése és sportja

A pszichiátria és a pszichológia az értelmi fogyatékosokat súlyossága szerint enyhe, mérsékelt, súlyos és igen súlyos értelmi fogyatékosok kategóriákba sorolja. A gyógypedagógiai megközelítés ezzel szemben tanulásban akadályozottak és értelmileg akadályozottak kategorizációt használ. A gyógypedagógiai megközelítés szerinti két csoport tagjai jelentősen eltérnek egymástól nemcsak az értelmi, hanem a kommunikációs, tanulási és szociális képességeikben is (Bécsi és mtsai, 2006).

Előidéző okainak eredete csak az esetek 25%-ában állapítható meg több-kevesebb biztonsággal, míg 75%-nál a kór eredete soha nem derül ki. A leggyakrabban előforduló kóreredetek közé soroljuk a genetikai mutációkat és anyagcserezavarokat – a fogamzás időszaka előtt vagy akörül –, valamint a pre-, peri- és postnatális ártalmakat, mint amilyenek az anyai vagy a magzati mérgezések, fertőzések, a koraszülöttség, a fizikai sérülések vagy az oxigénhiányos állapotok (Kálmán és Könczei, 2002).

Az értelmi fogyatékosokat az intelligenciahányadossal szokták jellemezni, így enyhe fokban értelmi fogyatékos, azaz tanulásban akadályozott az a személy, akinek IQ hányadosa 69 és 50 között van. Ezek a személyek már napjainkban is integráltan tanulnak a közoktatás rendszerében. 49-es IQ alatt értelmileg akadályozottságról kell hogy beszéljünk, melynek pszichológiai súlyossági fokozatai: 49 és 35 között közép-súlyos, 34 és 20 között súlyos, 19-től igen súlyos értelmi fogyatékosokat kategorizálnak.

Sporttevékenységeiket tekintve enyhén értelmi fogyatékos tanulóknál ajánlott az általános testnevelés mellett a szomatopedagógia eszközrendszerének alkalmazása. Fejlesztési potenciáljuk a sport által magas, a sport jótékony hatása náluk kifejezetten jól hasznosítható (Osváth, 2010).

9.4. Beszéd fogyatékosok testnevelése és sportja

A beszéd fogyatékosok „egy adott nyelvi populáció azon tagjai, akiknek a beszéd- és nyelvi fejlődése különböző okok következményeként nem indul meg, lassan indul meg, kórosan késik, vagy a már kialakult beszéd szenved különféle szinteken sérülést.” (Bécsi és mtsai, 2006, 38. o.) A beszéd fogyatékosok vagy beszédben akadályozottak kommunikációs zavara a nyelv verbális és grafikus formáira, valamint a személyiségfejlődésre egyaránt kihatnak. Legjellemzőbb tünetei a következők: hangadási, hangzó beszédbeli zavarok, a beszéd folyamatosság zavara, beszédértési és kivitelezési problémák, írás-, olvasás- és számolási nehezítettség.

A vezető beszédtünet és a kóreredet szerint megkülönböztethetünk megkésett és akadályozott beszédfejlődést. A megkésett beszédfejlődés mennyiségi problémaként értékelhető, a beszéd fejlődése az életkori átlagtól elmarad, illetve három éves korra sem indul meg. A megkésettség hátterében legtöbbször idegrendszeri éretlenség, valamint negatív környezeti hatások állnak. „Az akadályozott beszédfejlődésű gyermekek beszéd- és nyelvfejlődési elmaradásának hátterében központi idegrendszeri sérülések húzódnak meg, amelyek a nyelvfejlődésükben nem csak mennyiségi, hanem minőségi eltéréseket is előidéznek. Ezek a beszédészlelés, a beszédértés, a beszéd-kivitelezés területét érintik.” (Bécsi és mtsai, 2006, 39. o.)

Csoportosításában megkülönböztethetünk úgynevezett hangképzési/artikulációs zavarokat, avagy a pöszeséget. Megnyilvánulási formái a dyslaliák (torzítások), paralaliák (helyettesítések, fölcserélések) és az alaliák (kihagyások). A következő csoportba az orrhangzós beszéd, azaz a rhinofalalia tartozik, ezt követik a beszédritmus zavarai (hadarás, dadogás), majd végül a beszéd-, írás-, olvasásképtelenség kategóriái, mint amilyen a beszédképtelenség (afázia), az írásképtelenség (agráfia) és az olvasásképtelenség (alexia) (Bécsi és mtsai, 2006).

A mozgásfejlesztés, a rendszeres sporttevékenység igen hasznos számukra, hiszen főként a finommotoros tevékenységek és a mozgáskoordináció diszharmóniájáról lehet náluk beszámolni. Így a fő fejlesztési fókuszpontok a testnevelés és sport területén a téri orientáció, a mozgás- és beszédritmus, valamint a beszédkoordináció, mint finommotoros tevékenység fejlesztése.

9.5. Autizmus spektrumzavarral küzdő személyek testnevelése és sportja

Az autizmus spektrum zavar pervazív fejlődési zavarként az idegrendszer korai, feltehetően veleszületett, genetikai ártalmának következményeként alakul ki, amely három terület érintettségét foglalja magába: a szociális, a kognitív és a kommunikációs képességek zavarát. Bár az autizmus spektrum zavar az értelmi képességek mentén nagymértékű különbséget mutathat, mégis tényként kezelendő, hogy az autisták átlag IQ-ja 50 körüli. A fiúknál 2,5x gyakoribb, mint a lányoknál, a legsúlyosabb tünetek 2 és 5 éves kor körül manifesztálódnak. Minden 100 autista gyermekből mindösszesen 5 válik önálló felnőtté.

A leggyakoribb autisztikus tünetek a következők:

- nehézség a saját és a mások gondolatainak, szándékainak, vágyainak, érzelmeinek felismerésében;
- izoláció, vagy szokatlan közeledés a társakhoz;
- egyoldalú interakciók, csekély választéveskenység;
- merev gondolkodás, fantázia hiánya;
- beszéd hiánya, szokatlan hanghordozás, ugyanarról a témáról beszélés;
- szokatlan, sztereotip, repetitív tevékenységek;
- repdeső kézmozgás, indokolatlan nevetés vagy sírás;
- csökkent fájdalomérzet;
- állandósághoz való ragaszkodás, változás elleni tiltakozás;
- szemkontaktus kerülése;
- érintéstől való félelem.

Az autizmus spektrum zavart a szociális viselkedés, tehát a külvilággal, környezettel való interakció szerint három típusba sorolhatjuk: az elkülönülő, azaz izolált típusba, a passzív típusba és az aktív, bizzar típusba (Bécsi és mtsai, 2006; Kálmán és Könczei, 2002).

Autizmus spektrum zavar esetén a motoros képességek is zavart szenvednek, ezek fejlesztése a testnevelés órai keretek között is megvalósítható. A motoros túlmozgások, a sztereotip, repetitív tevékenységek kontrollálásához érdemes autizmus spektrum zavar pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus segítségét kérni.

10. BEILLESZKEDÉSI, TANULÁSI, MAGATARTÁSI NEHÉZSÉGEKKEL KÜZDŐK (BTMN) TESTNEVELÉSE ÉS SPORTJA

A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségek kategóriája nehezebben írható körül, mint a sajátos nevelési igényé. Ennek egyik oka, hogy a BTMN alá a nem evidens fogyatékoságok tartoznak, és nem egységes a szakma álláspontja, hogy vajon milyen fogyatékoság, zavar kategóriák tartoznak alá.

Mint ahogy azt már korábban említettük, az 1993. évi LXXIX. törvény a Köznevelésről 2003. évi módosítása SNI „B” elnevezés alatt említi a „pszichés fejlődés zavarai miatt a nevelési, tanulási folyamatban tartósan és súlyosan akadályozott” probléma együttest, amely alá konkrétan besorolja például a diszlexiát, a diszgráfiát, a diszkalkuliát és a „kóros hiperkinetikus vagy kóros aktivitászavar”-t, mai divatos nevén az ADHD-t.

A törvény 2007. évi módosítása a BTMN-re vonatkozóan azt a változást hozta, hogy külön tárgyalta a 2003. évi módosítás szerinti pszichés fejlődési zavarokat súlyossági fokuk szerint, vagyis, hogy a „megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének organikus okra visszavezethető”, vagy „organikus okokra vissza nem vezethető tartós és súlyos rendellenességével küzd” az érintett gyermek, tanuló. Ez azért volt indokolt, mert a 2003. évi módosítás hatására túldiagnosztizálási hullám indult meg az SNI „B” kategóriájában, sok esetben indokolatlanul, hiszen indokolt esetről csakis organikus érintettség esetén beszélhetünk.

A következőkben a 2003. évi módosítás szerinti „pszichés fejlődési zavarokat” vesszük górcső alá, különösképpen a tanulási zavarokat és az ADHD tünet együttesét.

10.1. Tanulási zavarokkal küzdők testnevelése és sportja

A tanulási zavarok jelenségét érdemes a tanulási problémák körének tisztázásával kezdeni. A tanulási folyamatokban jelentkező lemaradásokat, problémákat három súlyossági kategóriába sorolja a szakirodalom: a tanulási nehézségek, a tanulási zavarok és a tanulásban akadályozottság csoportjaiba.

A tanulási nehézség átmeneti, időszakos problémaként értelmezhető, kiváltó okai között pedig nem organikus ok, hanem egyéb más tényező lehet fel. Ilyen ok lehet például, amikor a gyermek tartós kórházi tartózkodás okán lemarad az iskolai tananyag elsajátításában és átmene- tileg, a felzárkózás-felzárkóztatás időszakáig nehézségei vannak a tanulási helyzetekben, szituá- ciókban. Ha ez a gyermek megkapja a szükséges támogatást, problémája rövid időn belül meg- szűnik.

A tanulási zavarok köre már feltételez organikus, többnyire idegrendszeri érintettséget, de az értelmi funkciók csökkent állapotát nem vonja maga után. Tehát ép intellektus mellett jelentke- ző, egy konkrét területre kiterjedő tanulási problémáról van szó, mint amilyen az olvasás, az írás vagy a számolás zavara, divatos nevükön a diszlexia, diszgráfia és a diszkalkulia. Velük logopé- dus végzettségű gyógypedagógus szakember hivatott dolgozni.

A tanulásban akadályozottság problémáját már korábban, az értelmi fogyatékoság körénél tárgyaltuk. Ez egy átfogó, több területet érintő tanulási problémaként értelmezhető, ahol a tanu- lási képességek és az idegrendszer érintettsége mellett intellektusbeli problémákat is tapaszta- lunk, hiszen 69 és 50 közötti átlag IQ-t feltételeznek a szakemberek a tanulásban akadályozott- ság hátterében. (http://okt.ektf.hu/data/szlahorek/file/kezek/03_david_04_15/622a_tanulsi_problmk_csopo rtostsa_s_jellemzik.html)

Ebben a fejezetben a továbbiakban csak a tanulási zavarok körét tárgyaljuk.

10.1.1. Diszlexiások testnevelése és sportja

A diszlexiát sokan, sokféleképpen igyekeztek definiálni az elmúlt évtizedekben. Meixner Ildi- kó definíciója szerint a diszlexia „diszharmónia a gyermekkel szembeni jogos, az olvasás tanítá- sára szánt idő, a gyakorlás mennyisége, valamint az eredmény között”. (Bécsi és mtsai, 2006, 43. o.)

A diszlexia tünetei azonban nem csak az olvasás során jelentkező problémákra koncentrá- lódnak, hanem egyéb más területeken is tetten érhetők, mint például a beszédben, a magatartás- ban vagy a mozgásban.

Az olvasásban (és sok esetben az írásban) jelentkező tünetek: lassú olvasási tempó, szövegér- tési nehézségek, olvasási hibák (betűtévesztések, betűkihagyások, betű betoldások, szótagkiha- gyások, szótag betoldások, reverziók, elővételezések, ismétlések, összeolvasási nehézségek).

A beszédben megnyilvánuló tünetek közé sorolható a gyakori megkésett beszédfejlődés, valamint a pöszeség jelenléte (az élet korábbi szakaszában), szegényes szókincs, szómegtalálási nehézségek és a szövegemlékezet gyengesége.

A magatartási problémák a diszlexia körében másodlagosnak tekinthető, hiszen ezek kiváltó oka sokszor a kudarc, valamint a magas teljesítményelvárás, amelynek a gyermek nem, vagy csak igen nehezen tud megfelelni. Megnyilvánulási formái egyénenként és temperamentum típusként igen különbözőek lehetnek: agresszivitás vagy félénkség, kompenzáló magatartás (bohóckodás, vakmerőség), valamint egyéb védekezési és kitérési mechanizmusok.

A motoriumban jelentkező eltérések igen szembetűnőek, egy jó szemű testnevelő vagy sporttal foglalkozó szakember hamar tud olvasni a tünetekben: fejletlen ritmusérzék nem csak a beszéd-, hanem a mozgásritmusban is; ügyetlen finommotorika, amely főként a grafomotoriumban jelentkezik; lateralitás és dominancia zavarok, gyakori balkezesség; figyelemfókusz-terjedelemben jelentkező gyengeség; emlékezeti, szerialitás problémák.

A testnevelés és sport területén tehát kiemelt figyelmet kell szentelni a mozgáskoordinációs képességek fejlesztésére, mint amilyen a testséma, a térbeli és időbeli tájékozódás, a szem-kéz koordináció, az oldaliság, a ritmusérzék, a finommotoros tevékenységek és az irányok megtanítása. Sok esetben, miután a kondicionális képességek megfelelő szintjéhez a koordinációs képességek magas színvonala szükséges, a diszlexiás tanulóknál elmaradást tapasztalhatunk az erő, a gyorsaság, az állóképesség területén is a normál populációhoz képest.

10.1.2. Diszgráfiasok testnevelése és sportja

A diszgráfia az „írásban jelentkező problémák átfogó elnevezése, önállóan is előfordul.” (Bécsi és mtsai, 2006, 49. o.)

Tünetei szintén több pillérűek. Az írás hibái közé sorolhatók a grafomotoros hibák (görcsös ceruzafofás, nem megfelelő vonalvezetés), az olvasás során előforduló hibák írásban való megjelenése (betűtévesztés, betűkihagyás, betűbetoldás, szótagkihagyás, szótagbetoldás, reverziók), tagolási hibák (egybe- és különírási problémák, nyelvtani szabályok hibás alkalmazása), gyenge grafomotoros emlékezet, lassú írástempó.

A diszgrafiához is társul motoros képességstruktúrabeli eltérés, azonban ezek egyezést mutatnak a diszlexiában jelentkező problémákkal, így azok újratárgyalásától jelen esetben eltekinthünk.

10.1.3. Diszortográfiások testnevelése és sportja

A diszortográfia a diszgráfia egy speciális megnyilvánulási formája, hiszen itt nem kifejezetten csak az írás, hanem a nyelvi, nyelvtani képességek, a helyesírás zavaráról kell beszélnünk. Jellemzője, hogy az életkorhoz képest hibás helyesírást tapasztalunk, amely gyakran jár együtt olvasási nehézségekkel, ritkán azonban önmagában is előfordulhat.

Tünetei közé sorolandók a/az:

- fonetikai hibák: amikor a leírásban hasonló szavakat téveszti, cseréli fel a tanuló (pl. „gép” – „kép”),
- vizuális hibák: amikor a hangzás megfelelő ugyan, de a leírás hibás (pl. „menj” – „menny”)
- olvasásban jelentkező hibák írásban való manifesztálódása: betűfelcserélés, betű betoldás, betű kihagyás, szerialitási problémák (pl. „képeskönyv” helyett „könyveskép”).

A diszortográfiások motoros tünetei és így fejlesztési fókuszpontjaik megegyeznek a már korábban említett tanulási zavarokéval (Dékány és Mohai, 2012).

10.1.4. Diszkalkuliások testnevelése és sportja

Diszkalkuliáról akkor beszélünk, amikor az egyén teljesítménye a matematika területén kórosan elmarad az elvárt szinthez képest. Kialakulásának hátterében organikus ok áll, de a károsodás agyi lokalizációja a mai napig sem tisztázott. „Tulajdonképpen az érzékelés és az észlelés folyamatának sérülése áll fenn, emiatt sérül a gondolkodás is, ezen belül a szimbólumok, jelek felismerése, tartalmi azonosítása, a gondolkodási műveletek, sor- és szabályalkotás, a téri és síkbeli viszonyok érzékelése, emlékezet, figyelem.” (Bécsi és mtsai, 2006, 56. o.)

A diszkalkulia tünetei a következők:

- 10-es számkörben hibás számolás,
- mennyiség-felismerés kialakulatlansága saját testen és tárgyakon,
- mennyiség állandóság kialakulatlansága
- alapvető mennyiségi relációk felismerésének nehezítettsége,
- akusztikus (4 helyett 7) és vizuális (6 helyett 9) észlelésének zavara,
- figyelem- és emlékezetproblémák,
- sorozatalkotás nehézsége,
- számjegyek tükrözése,

- szöveges feladatok megértésének nehézsége stb.

A motoros képességekben szintén markáns tüneteket tapasztalhatunk, a sportbeli fejlesztési feladatok megegyeznek a diszlexiánál leírtakkal:

- ügyetlenség a nagy és a finommozgásokban egyaránt,
- térbeli és időbeli orientációs zavarok,
- kialakulatlan lateralitás,
- dominancia zavarok.

10.2. ADHD-s tanulók testnevelése és sportja

Az ADHD egyre szélesebb körű elterjedésének oka többek között a diagnosztikai módszerek nagy ütemű fejlődése, az egészségkárosító környezeti hatások növekedése, és a drasztikusan változó életmód és életvitel, melyben a trend az inaktivitás felé tolódik el. Az ADHD kialakulásának hátterében leggyakrabban mégis genetikai elváltozás, valamint idegrendszeri károsodás húzódik meg (Földi, 2004, 2005).

Azonban az ADHD kapcsán fontos különbséget tennünk aszerint, hogy a tünetegyüttes veleszületett, organikus okokra vezethető vissza (agyi, idegrendszeri károsodás vagy genetikai determináció), vagy a tünetek kialakulásában nem organikus okok, hanem pszichés tényezők játszanak szerepet. Ebben az esetben szerzett ADHD-ról beszélünk. Mi a kettő között a különbség?

A fejleszthetőség szempontjából a veleszületett ADHD korlátozottabb, mert bár jó eséllyel lehet állapotjavulást elérni, a probléma „nem nőhető ki”, bizonyos személyiségjegyek, mint a robbanékony természet vagy a figyelem elterelhetősége (állandó időzavar, tervezési nehézségek) mindig megmaradnak. A szerzett ADHD az élet bármely szakaszában kialakulhat, hátterében pszichés okok lelhetők fel, például: betegség a családban, családtag halála, szülők munkaviszonyai vagy újra munkába állása, szülők válása, kistestvér születése stb. Ezek mind kiválthatnak hiperaktív tüneteket, de a tünetek megléte csak időszakos, nem épül be a személyiségbe. Csakis akkor, ha az okokat nem tudjuk megszüntetni, vagyis nem látjuk meg például, hogy a gyermek azért lett az iskolában agresszív társaival és hoz haza rossz jegyeket, azért izog-mozog a lába a pad alatt, mert például édesanyja 4 órás munkaviszonya 8 órás lett, így fáradtabb és kevesebb ideje jut a gyermekére, aki számára ez lelki törést okoz.

Az ADHD 3 típusát különbözteti meg a szakirodalom:

- Túlnyomóan figyelemzavaros típusú ADHD (ahol főként a figyelem problémái jelentkeznek, akár túlmozgékonyság nélkül),
- Túlnyomóan hiperaktív-impulzív típusú ADHD (ahol főként a túlmozgékonyság és a robbanékony mentalitás figyelhető meg, akár figyelmi problémák nélkül),
- Keverett típusú ADHD (ahol a hiperaktivitásra jellemző mindhárom fő tünetcsoport jelei fellelhetők: figyelmi problémák, türelmetlenség-robbanékonyság és túlmozgékonyság).

Az ADHD osztályozására a DSM-IV TR (2001) (Mentális Betegségek Diagnosztikai Kézikönyve), valamint a BNO-10 (2006) (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) ad tüneti skálát. E szerint akkor mondhatjuk, hogy a gyermek ADHD-s, ha a figyelemzavarra vonatkozó 9 állításból legalább 6, a hiperaktivitásra és impulzivitásra vonatkozó 9 állításból szintén 6, legalább fél éven keresztül jellemző a gyermekre. A diagnózis felállítása azonban 7 éves kor előtt ritkán történik meg.

Napjainkban a „hiperaktivitást” mind fogalmi, mind jelenség szinten félreértelmezik. Ma minden és mindenki hiperaktív, a fogalom használata divattá vált: hiperaktív lehet a kutya; a kismama, aki várandóssága alatt aktív és tevékeny; a gyermek, akinek nagy a mozgásigénye, állandóan csinál valamit, izeg-mozog... Mivel azonban a hiperaktivitás problémája ennél összetettebb és sok szempontból más megítélést igényel, a szakemberek között már nem is használatos a hiperaktivitás kifejezés, ADHD-nak nevezik azt.

Általános problémaként értelmezhető, hogy a „hiperaktivitás” tüneteit és viselkedéses megnyilvánulásait összetévesztik a „hipermotilitás” fogalmával és jelenségével. A hipermotilitás vagy túlmozgékonyság a gyermeki személyiségfejlődés sajátja, hiszen minden számára szükséges információ mozgás útján szerez, tapasztal meg. Lényegében azt mondhatjuk: minden gyerek feladata az, hogy sokat mozogjon. Ettől még nem tekintünk minden gyereket hiperaktívnak. A két fogalom közötti leglényegesebb különbséget így tudnám szemléltetni: egy túlmozgékony, nagy mozgásigényű gyermek a játszótéren vagy a tornateremben mindenre felmászik, majd onnan le is jön, az elébe kerülő akadályokat fel- vagy átugorja, fut, szökdécsel, mindezt magabiztosan, koordinált mozgással, balesetveszély nélkül. Ugyanebben a szituációban a hiperaktív gyermek a szerekre felmászik, de onnan nagy eséllyel le is esik, vagy a veszélyérzet hiánya miatt leugrik. Az elébe kerülő akadályokat bár érzékeli és észleli, kikerülni nem tudja, átesik rajtuk, a tér korlátoltságát nem érzékelve mindennek és mindenkinek nekimegy, egyensúlyát képtelen megtartani.

Mozgásában jelentős mozgáskoordinációs zavarok, testséma, térbeli tájékozódási, egyensúlyi zavarok figyelhetők meg.

Mára tehát egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy az ADHD-s gyermek nem sorolható egyszerűen csak a „rossz” vagy a „nagy mozgásigényű gyermek” kategóriákba. Külföldi tanulmányok igazolják, hogy az ADHD problémája átfogóbb és a motoros képességek szempontjából sokkal összetettebb annál, mint hogy a gyerek sokat mozog (Harvey és Reid, 1997; 2003; Piek és mtsai, 1999; Pitcher és mtsai, 2003).

ADHD-s gyermekek mozgás-, valamint anamnézis vizsgálatai során a kutatók arra lettek figyelmesek, hogy a hiperaktív/figyelemzavaros gyermekek többségénél motoros képességbeli hiányosságok fedezhetők fel.

Ezen gyermekek esetében gyakori, hogy vagy a kúszás, vagy a mászás, vagy éppen mindkét fázis kimarad a mozgásfejlődési sorból. A hiperaktív gyermekek többsége amint felült, feláll, majd rögtön és szinte megállás nélkül szalad. Ez azért jelent problémát, mert a kúszás és a mászás két nagyon fontos, a keresztteztséget és a dominancia kialakulását megalapozó mozgásformák. A megfelelő motoros fejlődésben a kúszás és a mászás vezetik el a gyermeket arra a szintre, hogy a két testfelét egymástól függetlenül tudja használni, valamint abban is segítenek, hogy a gyermek domináns agyféltekét, általa pedig domináns oldalt tudjon kialakítani magának. Gyakran fordul elő náluk keresztdominancia, ami azt jelenti például, hogy: a jobb kezét használja írás vagy éppen játéktevékenység közben, azonban a bal szemével tud jobban fókuszálni, több információt begyűjteni vagy éppen a jobb fülével hall jobban. Ebben az esetben az agy információ feldolgozása sokkal lassabb, mint azon gyermekeknél, akiknél „minden egy oldalon van”, hiszen egy keresztdominanciás agyban ide-oda „pattognak” az információk. Ezt nevezhetnénk annak az állapotnak, amit gyakran így jellemeznek: nem tudja a bal kéz, mit csinál a jobb. Náluk nem egyértelmű, hogy melyik agyfélteke a feldolgozó agyfélteke, és hogy bizonyos információk honnan érkeznek és ki ad majd parancsot a végrehajtásra (Gyarmathy, 1998).

Mind a kondicionális, mind a koordinációs képességek terén jelentős lemaradása van az ADHD-s gyermeknek kortársaihoz képest. Vagy abban, hogy képességszintje alatta van társaiénak, vagy pedig abban, hogy ügyetlenebb, esetlenebb azoknál (Harvey és Reid, 1997, 2003; Piek és mtsai, 1999). A feladatok végrehajtásában a hiperaktív gyermek nagyon fáradékony, hiszen figyelme folyamatosan szóródik, így neki abba is sok energiát kell fektetnie, hogy meg tudjon maradni a feladathelyzetben, hogy képes legyen a játékra koncentrálni. ADHD-s gyermekek

esetében a leggyakrabban megfigyelt koordinációs képességbeli hiányosság az egyensúly, főként a statikus egyensúly megtartásának nehézsége vagy éppen képtelensége.

Kutatási törekvések annak vizsgálatára is voltak/vannak, hogy ADHD-s gyermekek nagy- és finommozgásait hasonlítsák össze a normál populációba tartozó gyermekek képességeivel. Az ADHD-s gyermekek ugyan szignifikánsan gyengébb motoros képességgel rendelkeznek, mint a kontrollcsoport, azonban érdekes adaléka ezen kutatásoknak, hogy a mozgásos nehézségek az ADHD három altípusa szerint is mutatnak bizonyos különbségeket (Pitcher és mtsai, 2003; Piek és munkatársai, 1999).

Az ADHD hiperaktív-impulzív altípusába tartozóknál kisebb motoros fejlődésbeli visszamaradást tapasztaltak, mint a hiperaktivitás másik két csoportjába tartozók esetében. A főleg figyelemhiányt mutató ADHD-s gyermekek rosszabb finommotoros teljesítményt produkáltak egészséges társaiknál, míg nem találtak különbséget az ADHD másik két kategóriájával való összehasonlítás során. A kombinált ADHD-s gyermekeknek többnyire a nagymozgásokban jelentkeztek szignifikáns problémái. Emellett azt is megfigyelték a szerzők, hogy a figyelemzavar és a mozgásos nehézség között kapcsolat van, vagyis a figyelemzavar magasabb szintje előrejelzője a súlyosabb mozgáskoordinációs nehézségeknek.

10.3. Mozgásfejlesztő, mozgásterápiás hatások a BTMN-es tanulók megsegítésére

Dewey és munkatársai (2002) szerint minden gyermek, akinek a mozgásában problémát észlelünk veszélyeztetett figyelemzavarra, valamint tanulási és pszichoszociális problémák kialakulására. Ez lényegében megfogalmazza azt a sporttal foglalkozó szakemberek körében már régóta hangsúlyozott elvet, miszerint a mozgás és a tanulási képességek szoros, pozitív kapcsolatban állnak egymással, azaz a mozgás és így a mozgásfejlesztés is jótékony hatással van a tanulási-szociális képességekre. Mozgásos tevékenység végzése után „jobban fog az agy”, könnyebb az ismeretek elsajátítása, befogadása (Marton-Dévényi és mtsai, 2005). A mozgás azonban nemcsak a kognitív, értelmi képességek fejlődésére hat jótékonyan, hanem a szociális képességek elsajátításában is nagy segítséget nyújt (Porkolábné Balogh, 2004; Pintér, 2004).

A mozgásfejlesztés jótékony hatását bizonyíthatja még, hogy általa fejlődik a gyermek vizuális memóriája, téri orientációja, lateralitása, szabálytudata, testsémája, „éntudata”, társas kapcsolatai és a siker-kudarck elviselésének képessége is (Pintér, 2004).

10.3.1. A legnépszerűbb mozgásterápiák Magyarországon

1. A Szenzoros Integrációs Terápia (vagy Ayres Terápia)

Az egyik legismertebb, a sajátos nevelési igényű gyermekek kezelésére alkalmazott terápiás eljárás a Jean Ayres által, az 1960-80-as évek között kidolgozott Szenzoros Integrációs Terápia (SZ.I.T.), mely a vestibuláris rendszer fokozott ingerlésével próbál az idegrendszer fejlődésére hatni, és ezáltal csökkenteni a motoros nyugtalanságot (Ayres, 1995). Ebben a terápiában speciális eszközök segítségével többek között egyensúlyérzékelésre és izomzatra ható ingereket, valamint taktilis ingereket közvetítenek a gyerekeknek, ezáltal újra átélhetik azokat az impulzusokat, amelyeket fejlődésük egy korai szakaszában kellett volna megismerniük, így ezeket megtapasztalva ismét lehetőséget kapnak az idegrendszeri érésre (Sófalvi, 2001). Bár minden SNI-s gyermek különböző, mégis azonos módon stimulálható az idegrendszerük. A SZ.I.T.-et akkor alkalmazzák, amikor a szenzoros (érzékszervek felől érkező) információk nem képesek hatékonyan integrálódni a központi idegrendszerben.

2. Az Alapozó Terápia (vagy Doman-Delacato Terápia)

Az Alapozó Terápia, melyet Marton-Dévényi Éva az 1990-es években honosított meg, Magyarországon napjaink egyik legelterjedtebb mozgásterápiája, melyet széles körben alkalmaznak anyanyelvi készséghiányt, figyelemhiányt mutató hiperaktivitás zavaros, valamint enyhe értelmi fogyatékos személyek fejlesztésében. Az Alapozó Terápia elméleti alapjait Carl Henry Delacato és Glenn Doman fektette le az 1960-as években Amerikában, ezért szokás Doman-Delacato terápiaként is nevezni (Marton-Dévényi és mtsai, 2005). Az Alapozó Terápia készséghiányt mutató gyermekek idegrendszeri fejlesztésére szolgál. Elmélete szerint, ha az idegrendszeri érésben valamilyen szinten lemaradt, készséghiányos gyermekeknél újra beindítjuk az idegrendszeri érési folyamatokat, akkor az egyes területeken (legyen az tanulási részképesség vagy motoros képesség) fejlődés, legjobb esetben pedig a teljes érési folyamat befejeződése is megtörténhet. Az Alapozó Terápia elmélete szerint minden esetben fel kell mérnünk, hogy a gyermek idegrendszeri fejlődése a mozgásfejlődés mely fázisában maradt el, és mindig egy szinttel alá kell mennünk a fejlesztési folyamat megkezdésekor. Vagyis, ha a gyermek a mászás fázisában szenvedett elmaradást, akkor a mozgásfejlődés fázisában azt megelőző kúszással kell kezdeni a fejlesztést. Az Alapozó Terápia elve szerint, ha egy gyermeknél motoros képességbeli hiányosság, mozgáskoordinációs probléma jelentkezik, akkor valószínűsíthető, hogy más területeken, így a tanulási részképességek területén is nehézségekkel áll majd szemben (Chiarenza, 1990). Elméletük szerint a tanulási és motoros képességek szoros összefüggést mutatnak, hiszen a motoros képessé-

gek fejlődésével a tanulási képességek javulása is együtt jár (Marton-Dévényi, 2005). Az Alapozó Terápia a terápiás regresszió elvével működik, vagyis valószínűsíti, hogy a terápia fejlesztés hatására (hiszen az a csecsemőkori mozgásformákkal dolgozik) a gyermek regresszió állapotába kerül, vagyis ideiglenesen (a funkciók stabilizálódásáig és automatizálódásáig) viselkedésbeli, magatartásbeli visszaesés figyelhető meg. A fejlődés során már túlhaladott fázisok vagy stádiumok újbóli „megbolygatása” azt eredményezheti, hogy a gyermek viselkedése arra a korra lesz jellemző, amely kor érési folyamatait éppen befejezni kívánjuk. Így előfordulhat az is, hogy egy 10 éves gyermek újra ágyba vizek, sokkal több babusgatást igényel, esetleg újra dackorszakba kerül, természetesen csak addig, amíg az érintett agyi terület mielinizációja be nem következik (Marton-Dévényi és mtsai, 2005).

3. A HRG és TSMT módszer

A Lakatos Katalin által, Magyarországon kidolgozott Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG) egy komplex mozgásfejlesztő program. Csoportterápiás eljárás, melyben a fokozatosság elvét betartva, egymásra épülő gyakorlatokkal próbálják pótolni a hiányzó mozgáskultúrát és motoros ügyességet egy, a gyermek számára szokatlan, félelmetes, mégis érdekes és kellemes közegben, a vízben (Lakatos, 1994). Lakatos Katalin (2000) kidolgozta a terápiához tartozó mozgásos állapotfelmérő tesztjét is, melyet sikerrel alkalmaznak a motoros képességbeli hiányosságok feltárására. Szintén az ő nevéhez fűződik a TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) módszer kidolgozása is, mely a HRG-vel ellentétben szárazföldi terápiás elemeket tartalmaz. Mind csoportos, mind egyéni terápiaként alkalmazható. Sajátossága, hogy a foglalkozások menete szigorúan kötött, a feladatsorok elemszáma és ismétlésszáma is előre meghatározott (Lakatos, 1994, 2003).

4. Az INPP módszer

A chesteri INPP (Institute for Neuro-Physiological Psychology), magyarul Neuro-Fiziológiai Pszichológiai Intézet által kidolgozott reflexkorrekciós módszer Magyarországon a 2000-es évek elején vált ismertté, azonban a módszer elméletét Angliában már 40 éve ismerik és alkalmazzák. Dr. Peter Blythe pszichopedagógus és főiskolai tanár, az intézet megalapítója szerint a mai problémák oka a korai idegrendszeri fejlődésben bekövetkezett zavarokban rejlik. A probléma forrását a perzisztáló (visszamaradott vagy megtartott) csecsemőkori primitív reflexekben látja. A csecsemőkori primitív reflexek megléte fontos a gyermek életben maradásához a korai életszakaszban. Bizonyos reflexeknek (pl.: markoló-szopó reflex, kereső reflex, Moro-reflex) már az anyaméhben ki kell alakulnia ahhoz, hogy a gyermek túlélése biztosított legyen az újszülött és a

korai csecsemőkorban. Azonban ezeknek a reflexeknek csecsemőkor végére le kell épülniük, gátlás alá kell kerülniük ahhoz, hogy a felnőttkori reflexek ki tudjanak alakulni. Az INPP elmélete szerint a csecsemőkori reflexek le nem épülése előre jelzi, hogy az idegrendszer érési folyamatai még nem fejeződtek be. Ha pedig az idegrendszeri érés nem zárult le a megfelelő életkorban, akkor mind a mozgásos tevékenységben, mind a tanulási képességekben deficitet szenved az érintett gyermek. Véleményük szerint az idegrendszer érését csakis mozgásos tevékenység által lehet elérni, hiszen humánspecifikus tulajdonságunk, hogy a megismerés első és egyben legfontosabb „lépéseit” is motoros tevékenység által szervezzük, ezért a hibák korrekciója is alapjaiban véve mozgásos tevékenységgel kell, hogy kezdődjön. Csak az alapok megléte után lehet a magasabb területen lévő funkciókat fejleszteni. Az INPP gyakorlatában az az elv érvényesül, hogy a megtartott csecsemőkori reflexek miatt megkésett idegrendszeri fejlődésű gyermekeknél úgy érhető el, hogy az egyes reflexek legátldójanak, hogy minél több impulzust adunk az agynak. Vagyis ha egy reflex gyakorlatsorát minél többször ismételtetjük a gyermekkel, az idegrendszer eljut addig az állapotig, hogy az érintett reflex funkcióját befejezettnek tekinti és legátolja azt (Blythe, 2006, 2009).

5. A labdaterápia

A Földi Rita által kidolgozott mozgásterápia a mozgásos játékok, labdagyakorlatok használatára épül nemcsak a testnevelésórán, hanem az azon kívüli foglalkozásokon is (Földi, 1998). Az egyensúlyérzék fejlesztése mellett fontos a mozgáskoordináció javítása, hiszen az SNI gyermekekre jellemző lehet a holisztikus, azaz a nagymozgások összerendezetlensége, valamint a ritmus és időészlelés zavarai mellett a finommotoros koordináció zavara is (Kiphard, 1998). A fejlesztésben fontos szempont, hogy ingergazdag környezetben, rendszeresen, sok játékkal végezzék, valamint legyen komplex, több területet érintő. Elsőként az alapvető készségeket kell a normális szintre fejleszteni egyszerű szimmetrikus, majd ciklikus mozgásminták gyakorlásával, és ezeket egyesíteni a mozgásos játékokban. Ezután lehet rátérni a komplex képességek kialakítására labdás feladatokkal, majd végül összetett, bonyolult játékfeladatokkal (Földi, 1998). A fejlesztés kiscsoportban vagy egyéni terápiaként is alkalmazható, de a legcélszerűbb a 4-6 fős foglalkoztatás, hiszen a játéktevékenység intenzívebb használatával hatékonyabban tudjuk a gyermek motoros képességeit fejleszteni (F. Földi, 2005).

11. FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK HAZAI ÉS NEMZETKÖZI SPORTRENDSZERE

A fogyatékosok sportjának sportszervezetei nemzetközi és hazai viszonylatban is kiterjedt hálózatot képeznek, pont úgy, mint az épek bizottságai, szövetségei. A parasport története bár nem tekint olyan régmúltra vissza, mint az olimpia mozgalom, a fogyatékosok sportjában mégis nagy jelentőséggel bír.

A következő fejezetekben az olvasó megismerkedhet a fogyatékossgal élők nemzetközi és hazai sportszervezeteivel, a Nemzetközi és a Magyar Paralimpiai Bizottság megalakulásának körülményeivel, az egyes fogyatékossg kategóriákat kezelő egyéb nemzeti sportszervezetekkel és a versenyeztetés rendszerével a fogyatékosok sporteseményein.

11.1. A paralimpiai mozgalom története

A paralimpiai játékok története 1948-ban, az angliai Aylesburyben kezdődött, amikor is a gerincsérültekkel foglalkozó Stoke Mandeville-i kórház orvosa, Dr. Ludwig Guttmann, a londoni XIV. Olimpiai Játékok nyitónapján az I. Stoke Mandeville-i Játékot. Ennek keretében a kórházban lábadozó hadisérültek számára kerekesszékes íjásversenyt szerveztek, amely a résztvevők számára hatalmas élmény, a paralimpiai mozgalom megindulásában pedig mérföldkőnek számított.

A kórház orvosai hamar felismerték a sport jótékony hatását a gyógyulási folyamatok támogatásában, hiszen a sportolási, versenyzési lehetőségen túl a kezelték életminőségének javításában, lelki egészségük visszaállításában is fontos szerepe volt a sporttevékenységnek. „A sport visszaadta a sérült emberek, háborúban elvesztett lelki és testi, emberi önbecsülés érzését és élményét. Számukra is újra kialakíthatóvá vált a sport, versenyzés és annak szabályai révén az emberi önkontroll, az önfegyelem, valamint a szellem és a test harmonikus aktivitásának összhangja. Mindezen eredmények a társadalomba való újbóli beilleszkedéshez teremtették meg az emberi feltételeket.” (Nádas, 2007)

Ezek után minden évben megrendezésre kerültek a Stoke Mandeville-i Játékok, egyre növekvő létszámmal és egyre bővülő sportági kínálattal, mint például: atlétika, vívás, asztalitenisz és kosárlabda. A résztvevő nemzetek is évről-évre növekvő számot mutattak. Anglia mellett még

Hollandia, Lengyelország, Belgium és Franciaország is képviseltette hadisérültjeit az egyre nagyobb népszerűsége szert tevő, és így nemzetközivé váló versenyen.

Az évente megrendezett versenyek tanulságaként elindult az egyes sportágak sérülésspecifikus kategorizációja és a játékszabályok pontos kidolgozása, valamint a sportági adaptációk körének szélesítése.

Az egyre bővülő nemzetközi jelenlét hozta meg az igényt, hogy 1958-ban megalakuljon az első nemzetközi sportszövetség mozgáskorlátozottak számára, azaz a Nemzetközi Stoke Mandeville-i Játékok Szövetsége (International Stoke Mandeville Games Federation, ISMGF). Ennek hatására 1960-ban a soron következő Stoke Mandeville-i Játékokat már a XVI. Olimpiai Játékok helyszínén, Rómában, közvetlenül az olimpiai játékok után rendezték meg, ezzel mutatva a fogyatékos személyek nemzetközi sporteseményének magas színvonalát és jelentőségét (Nádas, 2007).

A mozgásszervi fogyatékosok sport iránti igénye más fogyatékoság típusoknál is jelentkezett, például a látássérülteknél, így az 1964. évi tokiói játékokat követően bemutató keretében megismerkedhetett a közönség a vak sportolók versenyszámaival is. Ugyanebben az évben alakult meg a Fogyatékosok Nemzetközi Sportszervezete is (International Sports Organisation for Disabled, ISOD) (Benczúrné, 2003b).

Versenyyengedélyt először az 1976. évi torontói játékokon kaptak a látássérült és az amputált sportolók a játékok szervezőitől, valamint az ISMGF-ISOD szervezeteitől. A látássérültek akkor két sérültségi kategóriában és két versenyszámban mérhették össze tudásukat: atlétikában és csörgőlabdában, míg az amputált sportolók nem kerekesszékes sportági repertoárja 5 versenyszámmal mutatkozott be: atlétikával, úszással, asztalitenisszel, lövészzettel és röplabdával, amelyeket 9 sérültségi kategóriában rendeztek meg számukra (Benczúrné, 2003b; Nádas, 2007).

„Az újabb sérültségi kategóriák bővülésének jele volt, hogy a központi idegrendszeri sérülésből adódó mozgáskorlátozott sportolók is keresték helyüket a nemzetközi játékokon. Ennek érdekében 1978-ban megalapítják az Agyi Sérültek Nemzetközi Sport- és Rekreációs Szövetségét (Cerebral Palsy-International Sports and Recreation Association, CP-ISRA). Az új szövetség elérte, hogy az 1980-as arnheimi játékokon sportolóik négy sérültségi kategóriában állhattak rajthoz.” (Benczúrné, 2003b, 22. o.)

Ezt követő fontos esemény a paralimpiai mozgalom fejlődésében, hogy 1980-ban a látássérült sportolók kiváltak az ISOD-ból és létrehozták saját szervezetüket, a Látássérültek Nemzetközi Sportszövetségét (International Blind Sport Association, IBSA) (Benczúrné, 2003b).

A paralimpia, mint szóösszetétel a paraplégia (azaz alsó végtag érintett mozgásszervi fogyatékoság) és az olimpia szavak összefonódásából jött létre. Először az 1984. évi tokiói játékokon használták ezt a kifejezést. A Paralimpia az 1988. évi szöuli játékokon vált a játékok hivatalos elnevezésévé, ezzel leváltva a Stoke Mandeville-i Játékokat (Benczúrné, 2003b).

11.2. A Nemzetközi és a Magyar Paralimpiai Bizottság megalakulása

1980 óta 4 szervezet, az ISMGF, az ISOD, a CP-ISRA és az IBSA irányította a fogyatékosok sporteseményeit. 1982-ben azonban – az egyre növekvő igény okán – ez a négy szervezet egyesült a Nemzetközi Szövetségek Koordinációs Bizottsága (International Coordination Committee, ICC) néven.

Ezt követően a nemzetközi szervezetek szintén közös akaratából 1989 őszén megalakult a Nemzetközi Paralimpiai Bizottság (International Paralympic Committee, IPC). „Az alakuló közgyűlésen 41 alapító nemzet volt jelen a mozgás- és látássérülteket, az értelmi fogyatékosokat és a hallássérülteket tömörítő nemzeti sportszervezetek képviselőitében.” (Benczúrné, 2003b, 24. o.) A 41 alapító nemzet között Magyarország is képviseltette magát. „Az IPC... nemcsak a paralimpiai játékokért, hanem a paralimpiai kvalifikálást jelentő más nemzetközi IPC-, EB- és VB-versenyekért is felelős szervezet. Ez azért van így, mert a parasport – ellentétben az „épek” sportjával – nem sportági, hanem sérülésspecifikus fejlődési irányt mutat.” (Benczúrné, 2003b, 24. o.)

„Az olimpiai család után jelenleg a paralimpiai család az egyik legnépesebb sportszervezet a maga 161 nemzeti tagszervezetével, amelyek közül 50 Európából, 42 Afrikából, 26 Amerikából, 22 K-Ázsiából, 13 Közép-Keletről, 8 Óceániából képviselteti magát.” (Nádas, 2007, 55. o.) Ennek okán 2001-ben a NOB és az IPC közös megállapodás keretében rögzítette, hogy 2012-től minden paralimpiát a mindenkori olimpiai játékok helyszínén és azt követően bonyolítanak le a rendező városban. Így volt ez a 2012-es londoni Olimpiai Játékok esetében is (Nádas, 2007).

Hazánkban a mozgáskorlátozottak sporteseményeinek története 1929-ben kezdődött, amikor is a Nyomorék Gyermekek Országos Otthonában és Egyletében, mai nevén a Mozgásjavító

EGYMI-ben az ott dolgozó pedagógusok és orvosok megalapították az iskola sportegyesületét, és tanulói együtt versenyezhettek az épekkel asztalitenisz, atlétika és labdarúgás sportágakban.

Ezután 1970-ben az előző intézmény tanárai és diákjai megalakítják a Mozgáskorlátozottak Halassi Olivér Sport Clubot (HOSC). A következő sportágakban mérhették össze képességeiket a résztvevők: asztalitenisz, íjászat, sakk, ülőröplabda, úszás, teke és kispályás labdarúgás.

„Magyarországon először mozgáskorlátozottak számára világbajnokságot 1986-ban, az ülőröplabda sportágban Pécsen rendeztek.” (Nádas, 2007, 55. o.)

A Magyar Mozgáskorlátozottak Sportszövetsége (MMS) 1990. évi közgyűlésén kimondták, hogy Magyarországon is meg kell alapítani a Magyar Paralimpiai Bizottságot, azonban annak létrejöttére még jó pár évet kellett várni. Eközben magalakult a Magyar Értelmi Fogyatékosok Sportszövetsége, a MÉSZ 1993-ban, majd pedig a Magyar Vakok és Gyengénlátók Sportszövetsége (MVGYSSZ) 1994-ben.

A Magyar Paralimpiai Bizottságot (MPB) 1997-ben hozták létre a mozgáskorlátozottak (MMS), látássérültek (MVGYSSZ) és az értelmi fogyatékosok (MÉSZ) paralimpiai sportolók érdekében megalakuló országos sportszövetségek, mint alapítók. Az MPB 2004-től köztestületként dolgozik és látja el feladatait.

Az 1998-as új sporttörvény alapján 2001-ben megalakult a Fogyatékosok Nemzeti Sportszövetsége, a FONESZ (Benczúrné, 2003b).

11.3. A fogyatékos személyek sportjának hazai sportszervezetei

A 2001. évi Sporttörvény három új köztestületet hozott létre a hazai sportélet irányítására, amelyből a fogyatékosok sportját 2001. április 28-tól a Fogyatékosok Nemzeti Sportszövetsége (FONESZ) látja el.

„A FONESZ a fogyatékosok sportjának legmagasabb szintű hazai ernyőszervezete. Legfontosabb feladatai közé tartozik a fogyatékosok sportjának érdekképviselése az állami szervek, helyi önkormányzatok, a sportközalapítványok, a sportszövetségek és más társadalmi szervezetek irányába... nyilvántartja a fogyatékos sportolókat, részükre egységes versenyengedélyt ad ki, és sportágfejlesztési programokat indít.” (Nagy, 2007, 57. o.)

A FONESZ 2001-es alapító tagjai voltak a Magyar Paralimpiai Bizottság (MPB), a Magyar Siketek Sportszövetsége (MSSZ), a Magyar Speciális Olimpia Szövetség (MSOSZ) és a Magyar Szervátültetettek Országos Sport, Kulturális és Érdekvédelmi Szövetsége (MSZSZ).

Miután a 2004-ben módosított sporttörvény köztestületi rangra emelte az MPB-t, az kivált a FONESZ-ből, az MPB tagszervezetei pedig alanyi jogon a FONESZ tagszervezeteivé váltak. Jelenleg 4 országos sportszövetség működik a FONESZ alatt: Fogyatékkal Élők Sportszervezeteinek Magyarországi Szövetsége (FMSZ) (2012-ben alakult az MPSZ és az MLMS egyesítésével), Magyar Speciális Olimpia Szövetség (MSOSZ), Magyar Siketek Szövetsége (MSSZ), Magyar Szervátültetettek Országos Sport, Kulturális és Érdekvédelmi Szövetsége (MSZSZ) (www.fmsz.hu, Nagy, 2007).

12.FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK SPORTJA, JELLEMZŐ SPORTÁGAIK

Ebben a fejezetben a fogyatékos személyek nemzetközi sporteseményeibe kívánunk betekintést adni az olvasók számára. Megismertetjük az érdeklődőt a Paralimpia, a Siketlimpia, a Speciális Olimpia és a Szervátültetettek Világjátéka lényeges történeti momentumaival és néhány, a fogyatékoság típusától függő jellegzetes sportággal is.

12.1. Mozgásszervi fogyatékosok és látássérültek sportja, sportágaik a Paralimpián

A Paralimpia eseményéről, annak kialakulásáról már korábban szoltunk, így annak tárgyalásától jelen fejezetrészben eltekintünk. A Paralimpia tehát nem csak a mozgásszervi fogyatékosok (kerekeszékesek, agyi károsodást szenvedettek, amputáltak), hanem a látássérültek (gyengénlátók, aliglátók és vakok) is részt vesznek.

A Paralimpián „a kóreredit és a létrejött mozgásállapot miatt rendkívül heterogén a sportolni vágyó mozgáskorlátozott népesség, ezért a sportoláshoz és a versenyzéshez szükséges esélyegyenlőség érdekében egyedi feltételeket kell teremteni. Egyrészt mozgásállapotuk függvényében sportági kategóriákba (csoportokba, osztályokba) kell sorolni a sportolókat (ezt szolgálják a vizsgáló eljárások), másrészt a sportági versenyszabályokat kell a megváltozott képességekhez igazítani, adaptálni.” (Benczúrné, 2003b, 140. o.)

A Paralimpia nyári és téli játékeinak sportági repertoárja igen széles. A versenyzők képességeiket az alábbi versenyszámokban mérhetik össze: íjászat, atlétika, boccia, kerékpár, lovaglás,

kerekesszékes vívás, csörgőlabda, cselgáncs, erőemelés, vitorlázás, lövészet, labdarúgás, úszás, asztalitenisz, kerekesszékes kosárlabda, kerekesszékes rögbi, kerekesszékes tenisz, ülőröplabda, alpesi sí, északi sí, ülőhoki.

A Paralimpia néhány speciális sportága:

- A boccia egy hagyományos rekreációs, úgynevezett golyós sportág, a gyökerei ókori időkre nyúlnak vissza. Az izomkontroll és a pontosság játéka, nagyfokú koncentrációt igényel. 1984-ben játszották először a Paralimpián, amely kifejezetten az agyi károsodott (cerebral palsy, CP) mozgásszervi fogyatékosok sportága. A játékosok egy bőr labdát dobnak, rúgnak, vagy segédeszköz használatával gurítanak a szintén bőrből készült fehér céllabda felé. A labdákat (kék, piros) olyan közel, amennyire csak lehet, a fehér labda felé kell eljuttatni. Egyéniben, párosban és/vagy csapatban versenyezhetnek. A játékot teremben, sima felszínen játsszák a sportolók. (www.boccia.lapok.hu/keret.cgi?/leiras.html)
- A csörgőlabda a látássérült sportolók speciális sportja. Minden csapat 3 tagja játszik egyszerre a pályán. A cél, hogy az ellenfél kapujába gurítsák a labdát, és gólt szerezzenek. A labdában lévő csörgők irányítják a játékosokat, így tájékozódva a labda helyzetéről. Jellemző, hogy a játék ideje alatt, a verseny helyszínén néma csend van. A meccs 20 percig tart, ami két 10-10 perces félidőből áll. Minden versenyző maszkot vagy fekete szemüveget visel, hogy egyenlő eséllyel versenyezzenek a különböző látássérültséggel rendelkező sportolók. (www.vgyse.hu/kezdolap/csorgolabda/6-szabaly/14-szabaly)
- A kerekesszékes kosárlabda a paralimpiai sportok közül talán az egyik legnépszerűbb gyorsasága és technikai megoldásai miatt. A sportágat a Nemzetközi Kerekesszékes Kosárlabda Szövetség (IWBF) felügyeli, az általuk elfogadott szabályok szerint folyik a játék és a sportolók kategóriába sorolása. A pálya mérete és a palánk magassága megegyezik az „épek” kosárlabda játéknál használtakkal. Itt is érvényes a 3 másodperces szabály, bár a játékos – ölében a labdával – a hajtókarika érintése nélkül bármeddig elgurulhat úgy, hogy az szabályosnak tekinthető. A játékosokat itt is kategóriákba sorolják, és mindenki kap a sérültségének megfelelő pontszámot 1-től 4,5-ig. A pályán lévő 5 játékos összes pontszáma nem haladhatja meg a 14-et sérültségük alapján. (http://kerekeskosar.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=27)

12.2. Értelmi fogyatékosok sportja, sportágaik a Speciális Olimpián

„A Nemzetközi Speciális Olimpiák olyan, világszerte elterjedt sportolási és versenyprogramot dolgozott ki, amely nyitva áll az értelmi fogyatékos személyek számára képességeikre való tekintet nélkül. A Nemzetközi Olimpiai Bizottság megadta a speciális olimpiák hivatalos elismerését.” (Benczúrné, 2003b, 90. o.) Jelenleg több mint 160 nemzeti tagja van, 4 évente kerül megrendezésre, és 2000 óta szerepel a sportprogramban világiátékként.

A speciális olimpia szabályzatai szerint azok vehetnek rész a nemzetközi eseményen, akik bizonyítani tudják, hogy a 7 éves életkornál idősebb versenyző:

- IQ hányadosa alapján értelmi fogyatékos,
- halmozott fogyatékoságban szenved,
- Down-szindrómás.

A speciális olimpiai mozgalom keretében alkalmazható sporttevékenységeket három csoportba lehet osztani: hivatalos sportágak (legalább 12 nemzet programja), bemutató sportágak (legalább 6 nemzet programja), nemzeti populáris sportágak (1 nemzet speciális programja).

A sportolók csoportokba sorolása divízióelmélet alapján történik az esélyegyenlőség megteremtése okán, így minden verseny előtt fel kell mérni a sportolók pillanatnyi állapotát és teljesítőképességét, majd a kapott eredmények alapján a sportolókat csoportokba sorolják, amelyek létszáma nem lehet több nyolc és kevesebb három főnél. Ezt követi a korosztályonkénti csoportba sorolás, majd maga a verseny. A versenyeken mindenkit díjaznak, az első három helyezett érmet, a többi résztvevő pedig helyezési szalagot kap.

A speciális olimpia versenyszámai: úszás, műugrás, atlétika futó- és bizonyos ugrószámai, kosárlabda, bowling, kerékpár, lovas sportok, labdarúgás, torna, görkorcsolya, softball, tenisz, röplabda, alpesi sí, sífutás, jégtánc, gyorskorcsolya, padlólóki és hófutás.

A speciális olimpiák és edzések keretében is beszélhetünk tiltott sportokról, melyek szükségtelenül nagy sérülési veszélynek teszik ki a résztvevő sportolókat. Ilyenek a gerelyhajítás, kalapácsvetés, rúdugrás, hármasugrás, toronyugrás, gyaloglás, biatlon, síugrás, minden küzdősport, céllövés és a vívás.

12.3. Hallássérültek sportja, sportágaik a Siketlimpián

A Siketlimpia (Deaflympic) nagy világversenyét négyévente az olimpia utáni évben, a nyári és a téli világi játékokat pedig kétévente, felváltva rendezik meg a siket és nagyothalló sportolók számára. A Siketlimpia versenyszámai csak olyan sportágak lehetnek, amelyeket a NOB elismer, valamint a CISS (Comité International des Sports Silencieux, Csendes Sportok Nemzetközi Bizottsága, 1924) már a játékok előtt négy évvel felvette a nyilvántartásba.

Új sportágként csak olyan sportot lehet javasolni felvételre, amely nyári játékok esetében legalább tizenkét ország, téli játékok esetén legalább hat ország sportszövetségi nyilvántartásában szerepel.

A Siketlimpián a versenyzők csak azon versenyszámokban mérhetik össze tudásukat, amelyre legalább öt ország sportolói neveztek (női sportágaknál elég három nevezés is), téli játékoknál férfiak és nők esetében minimum három nevezés a limit (Benczúrné, 2003b).

Siketlimpiák alkalmával az alábbi sportágakban versenyezhetnek a sportolók: asztalitenisz, kötött és szabad fogású birkózás, bowling, cselgáncs, futás, karate, kosárlabda, könnyű atlétika, labdarúgás, lövészet, mountain bike, röplabda, strandröplabda, tájfutás, taekwondo, tenisz, tollaslabda, vízilabda, alpesi sí, curling, északi sí, hódeszka, jégkorong.

12.4. Szervátültetettek sportja, sportágaik a Szervátültetettek Világjátékán

A szervátültetettek műtét előtti élete a betegségek miatt mind fizikai, mind lelki állapotuk tekintetében kritikussá válhat. A műtét utáni rehabilitáció folyamatok miatti társadalmi elszigetelődés is nehezíti a helyzetet. A felépülési folyamatban azonban a sportnak, a mozgásnak igen fontos szerepe van, természetesen csak akkor, ha már az immunrendszer felerősödött annyira, hogy a plusz terhelést elviselje.

„A szervátültetett emberek egészségi állapota – a szerv kilökődésének lehetősége, a szedett gyógyszerek szervezetet károsító hatása stb. – miatt a lelki rehabilitáció gyakran nem teljes. A jövő bizonytalansága kihat a biológiai állapotra... Az intenzívebben, sportszerűen végzett mozgás nagyobb sikerélményt ad, teljesebbé teszi az életet. Természetesen a mozgás, a sportolás nem oldja meg a szervátültetett emberek összes gondját, társadalmi visszailleszkedésének (rehabilitációjának) minden problémáját, de önbizalmat ad az akadályok leküzdéséhez.” (Benczúrné, 2003b, 110-111. o.)

A szervátültetettek első világtájkát 1978-ban, Portsmouth-ban, Angliában rendezték. A világtájkákat Európa, Amerika, Európa, Ázsia, Európa rendszer szerint kétévén, az olimpia utáni évben rendezik meg.

A világversenyek állandó sportágai az atlétika, az asztalitenisz, a bowling, a fallabda, a golf, a kerékpár, a röplabda, a tenisz, a tollaslabda és az úszás. A rendező országok joga két fakultatív sportág felvétele az általa rendezett világjátékokon.

13. FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ayres, J. (1995): *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services, Los Angeles.
- Allport, G. W. (1955): *The nature of prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc., Cambridge, MA. In: Szécsi Tünde (2007): *A tanítóképzésben résztvevők véleménye az eltérő kultúrák kezeléséről az általános iskolában*. Pedagógusképzés. 3. 31–48.
- Bánfalvy Csaba (szerk.) (2008): *AZ integrációs cunami. Tanulmányok a fogyatékos emberek iskolai és társadalmi integrációjáról*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Benczúr Miklósné (szerk.) (2003a): *Adaptált testnevelés és sport I. kötet. Speciális nevelési szükségletű tanulók adaptált iskolai testnevelése és sportági felkészítése*. Fogyatékosok Nemzeti Sportszövetsége, Budapest.
- Benczúr Miklósné (szerk.) (2003b): *Adaptált testnevelés és sport II. kötet. Fogyatékos személyek sportja*. Fogyatékosok Nemzeti Sportszövetsége, Budapest.
- Bécsi Mónika, Erdei Róbert, Fegyver Márta, Kissné Almási Krisztina és Török Márta (szerk.) (2006): *Kézikönyv a sajátos nevelési igényről és az integrációról*. Start Rehabilitációs Vállalat és Intézményi Nyírségi Nyomda, Nyíregyháza.
- Blythe, S.G. (2006): *Reflexek, tanulás és viselkedés. Betekintés a gyermeki elmébe. A tanulási és magatartási problémák nem-invazív megoldása*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Blythe, S.G. (2009): *A kiegyensúlyozott gyermek. Mozgás és tanulás a korai életévekben*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- BNO-10 Gyakori kódok (2006), Animula Kiadó, Budapest.
- Chiarenza, A.G. (1990): *Motor-Perceptual Function in Children with Developmental Reading Disorders: Neuropsychophysiological Analysis*. *Journal of Learning Disabilities*, 23 (6), 375-385.
- Csányi Yvonne, Fótiné Hoffmann Éva (2006): *Inklúziós tanterv és útmutató a magyarországi pedagógusképzés számára*. Pedagógusképzés, 1-2. 59–64.
- CSDE (Connecticut State Department of Education Guidelines for Adapted Physical Education) (2012): *Guidelines for Adapted Physical Education. Competent, Confident, Joyful Moving for a lifetime*.

<http://www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/pdf/publications/apeguide/apeguide.pdf> letöltés ideje: 2015.09.18.

Dewey, D., Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Wilson, B.N. (2002): Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science*, 21, 905–918.

Dékány Judit, Mohai Katalin (2012): Egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja – Specifikus tanulási zavarok (írott nyelvhasználat zavarai, diszkalkulia). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Bp.

DSM-IV.TR diagnosztikai kritériumai (2001), Animula Kiadó, Budapest

Földi Rita (1998): Hiperaktív gyermekek fejlesztése. *Óvodai Nevelés*, 6. 184–187.

F. Földi Rita (2004): Hiperaktivitás és tanulási zavarok. Comenius Bt, Pécs.

F. Földi Rita (2005): A hiperaktivitás organikus és lelki háttere. Comenius Bt, Pécs.

Glauber Anna, Tihanyiné Hős Ágnes (2006): Befogadó szemlélet kialakítása az óvó- és tanítóképzésben. *Pedagógusképzés*. 1-2. 77–86.

Gordosné Szabó Anna (2004): Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Gyarmathy Éva (1998): Tanulási zavarok azonosítása és kezelése az óvodában és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 11. 68–76.

Harvey, W.J., Reid, G. (1997): Motor performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder: A preliminary investigation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14 (3), 189–202.

Harvey, W.J., Reid, G. (2003): Attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of research on movement skill performance and physical fitness. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20 (1), 1–25.

IFAPA (International federation of Adapted Physical Activity) (2013): APA Definition and Philosophy. Elektronikus dokumentum. Letöltés ideje: 2015.09.18.
www.ifapa.biz/?q=node/7

Illyés Sándor (szerk.) (2000): Gyógypedagógiai alapismeretek. A/3 Nyomdaipari és Kiadói Szolgáltató Kft., Budapest.

- Kálmán Zsófia, Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Bp.
- Kiphard, E. J. (1998): Az ügyetlen gyerek. Akkord Kiadó, Budapest.
- Kullmann L. (2012): A modern rehabilitációs szemléletet tükröző egyéni állapotfelmérő módszer, A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) elméleti és gyakorlati alkalmazásának tapasztalatai. A módszer alkalmazási lehetőségei a mozgássérült emberek rehabilitációjában. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. Bp.
- Lakatos Katalin (1994): A HRG módszer általános bemutatása. Mozgásterápia, 3.
- Lakatos Katalin (2003): Az iskolaéretlenség szűrése az állapot-és mozgásvizsgáló teszttel. Az iskolaéretlenség korai tünetei és az iskolaérettségi vizsgálat. Új Pedagógiai Szemle, 3. 137-149.
- Marton-Dévényi Éva dr. (2005): Tapasztalataink és tanulságaink az Alapozó Terápiában. Alapozó terápiák Alapítvány, Budapest.
- Marton-Dévényi Éva dr., Szerdahelyi Márton, Tóth Gábor, Keresztesi Katalin dr. (2005): Alapozó Terápia tanulmány (1994-1999). Alapozó Terápiák Alapítvány, Budapest.
- Metzger Balázs (2006): Előtérben az integráció. Közoktatási változások a tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok szemszögéből. In. M. Tamás Márta (szerk.): Integráció és inklúzió. Fejlesztő módszerek a közoktatásban. Trefort Kiadó, Budapest, 13-24.
- Mészáros István, Németh András, Pukánszky Béla (2005): Neveléstörténet. Osiris Kiadó, Bp.
- Nádas Pál (2007): A paralimpiai mozgalom rövid története. In. Dorogi László, Bognár József (szerk.) (2007): Bevezetés a fogyatékos emberek sportjába. Magyar Testnevelési Egyetem Támogató Köre Alapítvány, Budapest.
- Osváth Péter (2010): A fogyatékoság jelensége a sporttudományban. In. Zászkaliczky Péter, Verdes Tamás (szerk.) (2010): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Petriné Feyér Judit (2003): A különleges bánásmódot igénylő gyermek. In. Falus Iván (szerk.): Didaktika. Elméleti alapok a tanulás tanításához. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 417-446.
- Piek, J.P., Pitcher, T.M., Hay, D.A. (1999): Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. Developmental Medicine and Child Neurology, 41, 159–165.

- Pintér Éva (2004): A mozgás. In. Porkolábné Balogh Katalin: Komplex prevenció óvodai program. Kudarc nélkül az iskolában. Trefort, Budapest, 67-99.
- Pitcher, T.M., Piek, J.P., Hay, D.A. (2003): Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 525–535.
- Porkolábné Balogh Katalin (2004): Kudarc nélkül az iskolában (Részletek). In. Bábosik István (szerk.): Nevelélmélet. Osiris Kiadó, Budapest, 486–493.
- Sófalvi Sándor (2001): A szenzomotoros integrációs terápiáról. Beszédjavító Intézet, Székesfehérvár.
- UNESCO (1994): Salamancai Nyilatkozat és Cselekvési Tervezet. A sajátos nevelési igényű tanulók számára. Spanyolország, Salamanca.
<http://www.rampa.eu/dokumentumok/nemzetkozi/salamancamagyar.pdf>
- Valkova, H., Obrušnikova, I., Block, M.E. (2003). Impact of inclusion in general physical education on students without disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20, 230-245.
- World Health Organisation (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version: ICF-CY WHO Press, Geneva.
- Zászkaliczky Péter, Verdes Tamás (szerk.) (2010): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- 15/2013. évi EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a tankötelezettség megállapításáról
1993. évi LXXIX. törvény a Köznevelésről
2007. évi LXXXVII. Törvény a köznevelésről szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
1997. évi XXXI. törvény A gyámügyi igazgatásról 2013. évi módosítása
www.h2so4.blog.hu/2008/09/19a_contergan_bebik_tukre
www.baby2see.com
www.boccia.lapok.hu/keret.cgi?leiras.html
www.fmsz.hu
http://kerekoskosar.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=27

http://okt.ektf.hu/data/szlahorek/file/kezek/03_david_04_15/622a_tanulsi_problmk_csoporstosa_s_jellemzik.html

www.vgyse.hu/kezdolap/csorgolabda/6-szabaly/14-szabaly