

FÓTINÉ HOFFMANN ÉVA

**MOZGÁSKORLÁTOZOTT GYERMEKEK
INTEGRÁLT NEVELÉSE-OKTATÁSA**

Útmutató a szakértői bizottságoknak

A mozgáskorlátozottak oktatásában-nevelésében a közoktatáspolitikai felfogást, s az érvényben lévő törvényi szabályozást, az azonos rangú megoldások közötti választást elfogadó, választékot kínáló szemlélet jellemzi. A mozgáskorlátozottak sajátos oktatására-nevelésére kijelölt intézmények fenntartására tényleges igény van, de abban az esetben, ha az egyén képes rá és a lehetőségek adottak, az együtt nevelés a kívánatos. Közoktatáspolitikánk a nemzetközi normáknak megfelelően biztosítja a gyermekek jogainak érvényesülését, és az egyenlőség elv – mint alapvető emberi jog – gyakorlását a közoktatás intézményrendszerében.

A hazánkban folytatott integrációs gyakorlat vizsgálatára irányuló kutatási adatok, s a szakirodalom alapján is megállapítható, hogy Magyarországon a mozgáskorlátozottak többségi iskolai ellátása más országokhoz képest kissé eltérő képet mutat. Nem épült ki ugyanis a minden mozgáskorlátozott gyermeket ellátó teljeskörű speciális iskoláztatás rendszere, így tehát ma az integrációs folyamat csak részben irányul a speciális intézményekben tanulók visszahelyezésére, a hangsúly inkább a spontán integráció – amely ma az integráció legelterjedtebb módja – átalakítására, tökéletesítésére tevődik.

A mozgáskorlátozott gyermekek populációja igen széles skálát ölel fel, s ezért nagyon nehéz egységes, minden szempontot kielégítő fogalmi leírást adni. Már maga az elnevezés is állandóan változik a szakemberek folyamatos vitáinak eredményeként. Használatos ugyanis a mozgásfogyatékos, mozgássérült, mozgásában akadályozott kifejezés is, s ezek mind ugyanazon népeiséget fedik le. A közoktatási törvény is más, a testi fogyatékos terminológiát használja a fent említett gyermekcsoportra.

A klasszikus definíciók elsősorban a tartó és mozgatórendszer zavarait emelik ki, a kozmetikai hiányokat és gyakran a krónikus, egyre súlyosbodó vagy halálos kimenetelű betegségeket csak érintőlegesen említik.

Amennyiben gyakorlati szempontokból indulunk ki, mozgáskorlátozottak azokat a gyermekeket tekintjük, akiknél valamilyen sérülés következtében a mozgásaktivitásban és a mozgásos kompetenciában változások vagy zavarok jelentkeznek, aminek következtében az individuális emocionalitás, az érzékelés-észlelés, az értelmi képességek, a tanulás a beszéd, s a kommunikáció is károsodhat. (FRÖHLICH 1989.)

A mozgáskorlátozottság csoportosítása többféle szempont alapján történhet. Kritériumként szerepelhet a rendellenesség veleszületett vagy szerzett volta, a sérülés topografikus leírása, testtájak szerinti felosztás, és egyéb orvosi vonatkozású differenciáláson alapuló meghatározások. Tapasztalati tények és az

ismert csoportosítási rendszerek adatainak felhasználásával a *Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete Mozgásfogyatékosági Szakosztálya* egy a nevelésből – nevelhetőségből kiinduló megközelítést ajánlott. Ez a csoportosítás a betegség által kiváltott klinikai tünetegyüttest – a kialakult mozgásképet – tekinti alapnak, és nem a patológiai folyamatot vagy a betegség etiológiáját.

A klinikai kép által meghatározott mozgáskorlátozottsággal járó kategóriák

I. Végtagredukciós fejlődési rendellenességek és szerzett végtaghiányok

Ebbe a kategóriába tartoznak a felső és alsó végtag veleszületett rendellenességei, a különböző fajtájú és súlyosságú összenövések, hiányok, továbbá a felső és alsó végtag szerzett különböző mértékű hiányai.

A gyermekek óvodai, iskolai közösségbe egyaránt jól beilleszthetők, fejlődési rendellenességük vagy végtaghiányuk ellenére mozgáskészségük jónak mondható. Az ő esetükben inkább az ép gyermekek szüleinek előítéleteit s a fogadó pedagógus félelmeit kell megfelelően kezelni. Természetes, hogy egy műlábát viselő mozgáskorlátozott gyermek könnyebben elesik, mint az ép társa, de ettől még részt vehet a foglalkozásokon, közös játékokban. Rá kell szoktatni a társakat arra, hogy vigyázzanak, legyenek óvatosabbak vele játék vagy munka közben.

A felső végtag károsodása vagy hiánya a manipulációt, a finommozgást igénylő feladatok kivitelezését nehezíti. A sérült gyermek mire óvodába, iskolába kerül, a tapasztalatok alapján már nagyon jól kialakította saját „kompenzáló technikáját”. Többnyire ügyesen rajzol, manipulál kézhiány esetén lábbal vagy szájjal is. Nagyon fontos, hogy a pedagógus elfogadja ezt a sajátos technikát, s méltányolja a gyermek erőfeszítéseit. A társak elismerését, a más módon való manipuláció elfogadását pedig elősegítheti azzal, hogy kipróbáltatja velük a sajátos, lábbal, szájjal végzett tevékenységet, amiben egészen biztos, hogy az ép mozgású gyermekek sokkal ügyetlenebbek lesznek.

II. Petyhüdt bénulást kiváltó kórformák

Az alsó motoros neuron sérülése következtében kialakult kórképek csoportja. Az érző vagy mozgó idegpályák, vagy mindkettő sérülése következtében az izomzat petyhüdt jellegű bénulása alakul ki.

Alsó végtag bénulásnál a nehezebb, lassúbb hely- és helyzetváltoztatás képességével kell számolni vagy abban az esetben ha a gyermek járógépet visel, járásegyensúlya bizonytalanabb lesz. A pedagógus erre minden esetben figyelmeztesse a többi gyermeket.

Felső végtag bénulás esetén a manipuláció egyértelműen károsodik s ennek természetes velejárója, hogy a kéz mozgásait igénylő feladatoknál a gyermek gyengébben vagy csak nagy erőfeszítések árán tud tevékenykedni. Gyorsan elfárad, s ez ronthatja teljesítményét. Az értékelésnél ezt a pedagógusnak mindig szem előtt kell tartania.

III. Korai agykárosodás utáni mozgásrendellenességek (CP)

A központi idegrendszer, a felső motoros neuron prae-, peri- vagy postnatalis sérülése következtében kialakult állapot. A cerebralis paresis (kora gyermekkori agykárosodás, CP) tünetegyüttese alkotják ezt a kategóriát. Vezető motoros tünetként a spasztikus, – fokozott tónusú – atetotikus és ataxiás – túlmozgásos és inkoordinált – jellegű rendellenességek határozzák meg a mozgásképet. A leggyakoribb mozgáskorlátozottságot kiváltó kórkép. A központi idegrendszer sérülésének következményeként a károsodás komplex, a hely- és helyzetváltoztatás, a finommotorika, esetenként a kognitív funkciók és a kommunikáció is nehezítetté válhat.

A cerebrálparetikus gyermek megjelenésében, teljesítményében sokszor súlyosabb képet mutat a valós állapotnál. Csoportos foglalkoztatásuknál a legszembetűnőbb a tempóbeli lassúságuk amit azonban gyakorlással fokozni lehet. Ennél a csoportnál különösen fontos a pedagógus részéről, hogy munkája során folyamatosan alkalmazza a differenciálás módszerét.

IV. Egyéb eredetű, mozgásrendellenességet okozó kórformák

A gyermekkorban gyakran előforduló veleszületett vagy szerzett, különböző kórereditű és megjelenési formájú, többnyire ortopédiai és reumathoid elváltozások sorolhatók ebbe a csoportba. Az óvodai, iskolai beilleszkedés többnyire zökkenőmentes, talán őket a legkönnyebb az ép közösségnek elfogadni, mert mozgásos akadályozottságuk kevésbé feltűnő mint az előző csoportoknál.

A mozgáskorlátozott gyermekek beiskolázása

A mozgáskorlátozott gyermek iskolába lépése előtt a fogadó iskola vagy a szülő kérésére a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság (Budapest, XIV Mexikói u. 60.) a Köznevelési Törvény rendelkezése szerint a gyermek vizsgálata alapján szakvéleményt készít, mely többek között tartal-

mazza a bizottság véleményét arra vonatkozóan, hogy a gyermek nevelését-
oktatását többségi iskolában, vagy speciális iskolában javasolja.

Az iskolaválasztás előtt a következő szempontokat kell mérlegelni:

- a gyermek egészségi állapota lehetővé teszi-e a többségi iskolában tanulást (ezt minden esetben szakorvos döntse el)
- a szülő képes-e a mindennapi iskolába járás terheit -fizikai, időbeli és esetleg anyagi terheit felvállalni,
- rendelkezik-e a fogadó iskola azokkal a minimális tárgyi - akadálymentesség- és személyi – legalább időnként speciális a mozgáskorlátozott gyermek ellátására képzett szakember - feltételekkel, illetve hajlandósággal a feltételek megteremtésére, amelyek lehetővé teszik a mozgáskorlátozott tanuló beilleszkedését, tanulását az esélyegyenlőség elveinek megfelelően,
- amennyiben az iskola nem rendelkezik a mozgáskorlátozott gyermek mozgásfejlesztéséhez szükséges szakemberrel, van-e lehetőség a közelben gyógytorna vagy esetleg gyógytestnevelés biztosítására.

Az iskola megközelíthetősége, közlekedés

Optimális esetben a befogadó iskola a lakóhelyhez olyan közel esik, hogy közlekedési eszköz igénybevétele nélkül is meg tudja közelíteni a mozgáskorlátozott gyermek.

Gépkocsival közlekedő szülők – önállóan nem közlekedő gyermek esetén – meg tudnak-e állni az iskola előtt – az iskola külön felfestéssel ellátott parkolót biztosít számukra – amíg gyermeküket beszállítják az iskola épületébe.

A kerekesszékkal, járókerettel vagy más segédeszközzel közlekedő gyermek is be tud jutni az iskolába – lépcsőt áthidaló rámpa, kapaszkodó, korlát segítségével.

Érdekvédelmi csoportok, egyesületek, civil szervezetek, az iskola fenntartója az iskola vagy a szülők kezdeményezésére együttműködési megállapodás keretében segíthetnek a gyermekek szállításának megoldásában.

Az iskola tárgyi feltételei

Szükséges, hogy a mozgáskorlátozott gyermek az iskola épületén belül is akadálymentesen közlekedhessen. Ennek elemei az igények szerint változhatnak:

A folyosón szükség szerint a fal mellett kapaszkodó korlátot lehet elhelyezni a biztonságosabb közlekedés érdekében.

A kerekesszékkal, járókerettel, támbottal közlekedő tanuló esetén kívánatos, hogy a mosdóhelyiségek legyenek könnyen megközelíthetők, belső kialakításuk tegye lehetővé az akadálymentes használatot. (Megfelelő méretű ajtók, kapaszkodók melyek az önállóságot segítik, esetleg külön mosdóhelyiség azoknak a tanulóknak, akiknél alapvető szükséglet a naponta többszöri fehérenemű váltás, tisztálkodás.)

Az osztályterem, ahol mozgáskorlátozott tanuló is tanul, lehetőleg földszinti legyen. Amennyiben ez nem megoldható – s lift általában nincs – az osztálytár-

sak, pedagógiai asszisztens, alternatív szolgálatot teljesítő katonák, esetleg szülők, pedagógusok bevonásával kell a mozgáskorlátozott tanulókat az emeletre segíteni/szállítani.

Az osztályterem belső elrendezése is segítse a tanulót az akadálymentes közlekedésben, szélesebb távolságot hagyva a szék-illetve padosorok között, mert a kerekesszék, járókeret, támbotok nagyobb helyet foglalnak el, de a segédeszköz nélkül közlekedő mozgáskorlátozott gyermek is többnyire széles alapon bizonytalanabban jár mint ép mozgású társai.

A polcok, fogasok elhelyezése akkor optimális, ha nem jelentenek akadályt a tanulók helyváltztatásában, ugyanakkor mindenki számára elérhető magasságban vannak.

Az iskolapad, asztal, szék kiválasztásakor a következő szempontokat kell figyelembe venni a tanulók egyedi igényei szerint:

- az asztal lehetőleg állítható magasságú – egyes esetekben az átlagosnál magasabb asztal szükséges, hogy a gyermek csökkent izomtónusát, a törzs megtámasztásával kompenzáljuk – és a munkalapja különböző szögben dönthető legyen (léteznek speciális, mozgáskorlátozott gyermekeknek tervezett asztalok, de a vásárlás, megrendelés előtt mindenképpen javasolt szakember – szomatopedagógus vagy gyógytornász – megkérdezése),
- a szék ülés magassága s az asztallap magassága tegye lehetővé a biztonságos, helyes ülést és testtartást, azaz láb talpra helyezve támaszkodjon a földön, az alkar pedig az asztal lapjára fektetve (amennyiben a gyermek lába nem ér le a földre, egyensúlyi helyzete bizonytalanra válik, ez esetben szükséges megfelelő méretű dobogót a talp alátámasztása céljából elhelyezni),
- ügyelni kell a kerekesszékekkel közlekedő tanulóknál arra, hogy kényelmesen hozzáférjenek, odaüljenek asztalukhoz (beférjen a kerekesszék karfája az asztal alá),
- célszerű az asztallapot szegéllyel ellátni, mert ezzel megelőzhetjük, hogy az asztalon lévő tárgyak leessenek (egy esetben a mozgások koordinálatlansága, esetleges túlmozgásoknál ez megkönnyíti a tanuló és tanár munkáját egyaránt).

Fontos megjegyezni, hogy a tárgyi feltételeken csak annyit változtassunk, amennyire feltétlenül szükség van, hogy ezzel is elősegítsük a mozgáskorlátozott gyermek alkalmazkodását a különböző környezeti feltételekhez. (A fent felsorolt tárgyi feltételek jelentős része nem jár nagy költséggel, az iskolai gondnok, karbantartó is képes elkészíteni, megvalósítani az akadálymentesítés feltételeinek jelentős részét. Amennyiben szükséges a „speciális szék, asztal” is elkészíthető házilag, a gyermek méreteihez alkalmazkodva, sok esetben jobb is mint a készen vásárolt, mert a speciális eszközök gyártói sem mindig kellő körültekintéssel tervezik meg az általuk kínált eszközöket.)

A tanuló helye az osztályban, helyes ültetés

A következőkben felsoroltak természetesen nem vonatkoznak minden mozgáskorlátozott gyermekre. Az általános szempontokból mindig az adott gyermek aktuális állapotához válasszunk a megoldási, megsegítési lehetőségek közül.

A gyakran előforduló testtartási aszimmetria miatt célszerű a mozgáskorlátozott tanulót a táblával szembe, középre ültetni, semmiképpen sem ültessük arra az oldalra, amely a deformitás irányával megegyező (pl. bal oldali benu-lásnál ne ültessük az osztályterem bal oldali padsorába, mert tábla – közép – irányába való odafordulás fokozza a deformitást).

A mozgáskorlátozott gyermek figyelme kevésbé tartós, gyorsan fárad, ezért jó, ha olyan helyen – elől – ül, ahol a tanár folyamatos kapcsolattartással, moti-vációval képes őt a munkába mindvégig bevonni, ellenőrizni.

A helyes ültetésnél a fiziológias helyzet a kiindulópont:

- láb talpon, boka-, térd-, csípőízület derékszögben, törzs egyenes, váll víz-szintes helyzetben, a fejtető párhuzamos a mennyezettel, az ágyéki szakasz megtámaszkodik a szék támláján,
- segíthetjük a láb talpon megtartását, ha a talp alá csúszásmentes szőnyegpad-lót vagy gumiszőnyeget helyezünk,
- szükség szerint – fokozott izomtónus esetén – a térdék közé éket helyezünk a combközelítő izmok feszességének oldására,
- fokozott ágyéki lordózisnál a comb és a medence dőlésszögét 90 foknál kisebbre korrigáljuk úgy, hogy a térdet kissé megemeljük,
- amennyiben a gyermek nem képes ülőhelyzetben a törzsét megtartani hevederekkel – ültetőmellénnyel – rögzíthetjük a székhez (ez is kivitelezhető házilag),
- fokozottan kell ügyelni a spasztikus, atetotikus tünetek esetén a gyermek helyes, középhelyzetű fejtartását biztosító – megtámasztó – ülőhelyzetre, mert a gyermek csak így lesz képes a tevékenykedésre.

A fent felsorolt változtatások, feltételek sokban hozzájárulnak ahhoz, hogy a mozgáskorlátozott gyermek önkiszolgálásában, hely és helyzetváltoztatásában önállóbb lehessen, vagyis mozgásos akadályozottságát e területeken jelentős mértékben csökkenthetjük.

Az iskola személyi feltételei

A közoktatási törvény előírja, hogy a fogadó iskola fenntartója intézkedik arról, hogy a gyermeket fogyatékoságának megfelelő gyógypedagógus utazó szak-ember segítse szükség szerint az iskolai munkájában. Természetesen az utazó szakember feladatai közé tartozik a többségi pedagógusok segítése, tanácsadói munka is. Mozgáskorlátozott tanuló megsegítésére elsősorban szomatope-dagógia szakos gyógypedagógus valamint más mozgáskorlátozott gyermek ellátására képzett szakember alkalmazása javasolt.

A mozgáskorlátozott tanulók megsegítésére jelenleg nincs működő utazó-tanári hálózat, ugyanis ezt a feladatot évekig a *Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége* által létrehozott *Bicebóca Alapítvány* látta el. Az alapítvány azonban pénzeszközök híján tovább nem tudja ezt a feladatot felvállalni, szükséges tehát a megsegítés újraszervezése.

A mozgáskorlátozottságból eredő sajátos oktatási feltételek

A mozgáskorlátozott gyermekek iskolai tanulását leginkább a mozgásszervi károsodás következtében kialakult kommunikációs zavarok, valamint a mozgás-teljesítményt igénylő feladatok kivitelezése nehezítik. A tanítási-tanulási folyamat során tehát ezen a két területen igénylik a legtöbb segítséget. E két dolog természetesen csak elméletben választható el egymástól, hiszen az írás pl. a kommunikáció egyik formája, ugyanakkor az egyik legnehezebb, legfinomabban koordinált mozgásos teljesítmény.

A kommunikáció, a kommunikációs képesség pedig – ami a hagyományos tanítási, tanulási folyamat alapja – szűkebb értelmezésben a *beszéd, olvasás, írás* elsajátításának, s az oktatási folyamatban eszközként való használatának képességét jelenti, ezért kell kiemelt hangsúlyt kapnia a fejlesztés során.

Beszédzavarok esetén – mivel az az egész tanulási folyamatot befolyásolja, nehezíti, s az olvasás, írás elsajátítására is negatív hatással van – szükséges lehet szakember, szomatopedagógus és/vagy logopédus beavatkozása. A pedagógusnak is több lehetősége nyílik az oktatási-nevelési folyamat során a mindennapi, az egész „iskolai életet” átfogó „nem direkt” korrekcióra, melyet speciális képzettség nélkül meg is tud és meg is kell valósítani. Ez a tevékenység elsősorban az auditív és vizuális észlelés (alsóbb osztályokban), valamint a beszédmotorium, az artikuláció fejlesztésére és a beszédfélelem, a gátlások leküzdésére kell irányuljon. A korrekció a lehetőséget a közoktatási törvény által biztosított rehabilitációs foglalkozásokra tervezhető órakeret teremti meg. A foglalkozásokat a többségi pedagógus is megtarthatja.

Javaslatok a többségi pedagógusok számára a kommunikációs készség fejlesztésének megvalósításához

- A pedagógus beszélgessen a gyermekkel olyan eseményekről, dolgokról, amelyek felkeltik érdeklődésüket, figyelmüket.
- Bátorítsa őket a beszédre, még akkor is, ha az kevésbé érthető.
- Adjon lehetőséget újabb és újabb próbálkozásokhoz.
- Teremtsen pozitív beszéldelegkört.

- Ne tartson „hibavadászatot”, inkább próbálja megérteni a gyermek szabálytalan, gyengébb artikulációját, mintsem arra kényszerítse, hogy ő próbáljon érthetőbben beszélni.
- A hibavadászat, illetve a direkt felszólítás a javításra, a helyes hangzóformálásra a központi idegrendszeri sérült gyermeknél a görcsös akarást – különösen ép mozgású társak között – fogja eredményezni. Ez pedig az egész beszédmotorium, artikulációs izomzat tónusfokozódását váltja ki, ami méginkább rontja az érthető beszéd kivitelezésének esélyeit. A gyermek ugyanis átéli a kudarcát, próbál kompenzálni, még érthetlenebbé válik a beszéde, s ez az ördögi kör elvezet a teljes sikertelenséghez, sok esetben a kommunikáció teljes megtagadásához.
- Egyéni foglalkozás, beszédfejlesztés alkalmával ha van rá lehetőség, ajánlott a tükör előtt gyakorolni, tanulni. Ez szintén egy nem direkt módon alkalmazott vizuális visszacsatolást, megerősítést tesz lehetővé. A gyermek látja a saját, s a pedagógus artikulációit, s azt próbálja utánozni.
- Lehetőség szerint azokkal a gyermekekkel akiknél a központi idegrendszer károsodott, mindig nyugodt, csendes helyet ajánlott a foglalkozások színhegyéül választani, ahol semmi nem téríti el a gyermek figyelmét, nem zavarják a környezet zajai, mert ezek az esetlegesen túl erős hangingerek a fent említett károsodás esetén azonnali választ eredményeznek, melyek az izomtónus fokozódását, esetleg kóros reflexek kiváltódását okozhatják. (Ha ez mégis bekövetkezne, segíteni kell a gyermeket abban, hogy ismét képes legyen egy ellazított testhelyzetet felvenni, s kényelmesen újra elhelyezkedni.) Ezt az elhelyezkedést türelmesen ki kell várni, s annyit és abban kell segíteni amennyi feltétlenül szükséges. A türelmet, a kivárást azért hangsúlyozzuk, mert a mozgáskorlátozott gyermek az esetek nagy részében lassúbb, s ha siettetjük, a görcsös bémult, vagy túlmozgásos gyermek izomtónusa, túlmozgásai fokozódnak, s képtelen lesz végrehajtani a feladatot, vagyis képtelen lesz izmait ellazítani, mozgásviharát lecsillapítani. A helyes, biztonságos ülést minden tevékenység közben el kell érni, mivel csak a biztonságos, stabil testhelyzetből indítva tud a gyermek kommunikálni, tevékenykedni és a feladatára koncentrálni.

Az olvasástanulás elsajátítását nehezítő tényezők, a segítség lehetőségei

Az olvasás a beszédhangokat jelölő betűk beszédhangsorokká alakítása, és jelentésük megértése. Elsajátítása során a gyermeknek nehéz feladatok egész sorával kell megbirkóznia. Egyrészt meg kell tanulnia a betűk, grafikus jelzések lefordításának technikáját, valamint meg kell értenie az olvasott szöveg tartalmát, hangos olvasásnál ki kell mondania az olvasott szöveget. Ez egy rendkívül

bonyolult észlelési, gondolkodási és mozgásos (beszédmotoros) tevékenységet igénylő folyamat.

A mozgáskorlátozott gyermekek már az első állomásnál, a szenzomotoros működésnél elakadhat. A központi idegrendszer károsodásának egyik tünete a fejkontroll hiánya miatt, a gyermek nem képes a fejét akaratlagosan megtartani, tekintetét rögzíteni s az olvasandó szöveget, betűket szemével követni.

Az egyéb észlelési zavarok, a térbeli orientációs zavarok, alak-háttér megkülönböztetésének zavara, valamint az alak, forma állandóság megfigyelésének zavara még tovább rontják a gyermek teljesítményét.

A percepció fejlesztéséhez használhatók mindazon feladatlapok, melyek a diszlexia megelőzésére és korrekációjához is alkalmazhatók.

Azoknál a tanulóknál, akiknél beszédzavar is társul a sérüléshez, a hangos olvasást csak abban az esetben követeljük meg, ha elég idő áll rendelkezésre, s kifejezetten az olvasás gyakorlása a cél. A szövegértő olvasást ugyanis nehezíti, elvonja a figyelmet a tartalomról, ha a gyermek az olvasott szöveg kimondására koncentrálna, s a beszéd károsodása miatt nincs a hangos olvasásnak másodlagos megerősítő hatása.

Az eszközös megsegítésnél meg kell említeni az állítható magasságú és dönthető munkafelületű pad, illetve asztal hasznosságát. Ezzel és szükség esetén egy könyvtartó állvánnyal optimális távolságra és magasságba helyezhető el az olvasandó szöveg.

A feladatvégzés közben folyamatosan ellenőrizzük a tanuló testhelyzetét, ügyeljünk a helyes ülésre, s szükség esetén javítsuk testtartását. Felsővégtag sérülés esetén ügyeljünk arra, hogy a gyermek sérült keze mindig az asztalon/padon legyen, s ne az ölében „lógjon”, s a lehetőségekhez mérten használja is a sérült végtagot.

Az írástanulás-tanítás megváltozott fizikai feltételekkel

A mozgáskorlátozott gyermekek bizonyos csoportjai számára (központi idegrendszer károsodása) a percepció, a kognitív funkciók, az emlékezet, az analízis, szintézis képességének zavarai és gyengesége is nehezítik az írás szimbólumainak elsajátítását.

Az írásmozgások kivitelezésének az alapvető akadálya a felsővégtag különböző típusú károsodása, aminek következtében a manipuláció, a finommotorika sérül.

Az akadályozottság minősége és mértéke az adott mozgásszervi állapot által meghatározott. A felső végtag tartási és mozgási funkcionális sérülése, illetve annak súlyossága határozza meg a segítség módját és mértékét.

Az íróeszköz megválasztása, megfogása és megtartása

Végtaghiány esetén, ahol a kéz hiánya nem teszi lehetővé az íróeszköz megfogását, minden esetben a felső végtag sérülésének, hiányának mértéke határozza meg az írás- és fogásmódot.

- Amennyiben mindkét felső végtag hiányzik vagy nagyon rövidek a végtag-csonkok, a gyermek használhatja a lábát az írásos feladatok megoldására (a láb nagyon jól átveszi a kéz fogófunkcióit).
- A másik lehetőség az íróeszköz szájjal való fogása vagy a váll és az áll között történő rögzítése.

Mindkét esetben fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy írás közben gyakran tartson szünetet a gyermek, ugyanis a szem és a gerincoszlop a túl közeli és hajlított tartás miatt fokozott igénybevételnek van kitéve, emiatt a gyermek gyorsan elfárad, s egyéb másodlagos károsodások pl. látási-, tartási rendellenességek is kialakulhatnak.

Spasztikus (görcsös) bénulás és túlmozgások esetén a kézizomzat fokozott tónusa és koordinátlansága miatt a hagyományos ceruzafogás sokszor kivitelezhetetlen.

Megváltoztatható a fogásmód. Erre nincs „általános recept”, mindig a gyermekkel együtt kell kialakítani a számára a legelfogadhatóbb és az íráshoz is a legoptimálisabb helyzetet (marokra fogás, ujjak közé fogás, stb).

Progresszív izomsorvadásnál (*dystrophia musculorum progressiva*) előfordul, hogy az írás kezdetén a gyermek szabályosan tartja az íróeszközt, és megfelelő méretű, szabályos betűket formál. A betegségre jellemző gyors kifáradás miatt azonban a fogás egyre erőteljesebb, lazább lesz, csökken az írásnyomaték, esetleg kiesik a gyermek kezéből a ceruza. Amennyiben az izomsorvadás előrehaladó volta miatt a gyermek állapota romlik, lehetőség van arra, hogy nem mindennapos bejárással, hanem magántanulóként is folytathatja tanulmányait.

Könnyítést jelenthet ilyen esetben is, ha a ceruzát az író kézhez rögzíti a pedagógus. A gyors elfáradás eredménye lehet az is, ha a gyermek fogja ugyan a ceruzát, ír, de kezét nem képes továbbcsúsztatni a füzetben, s egymásra írja a betűket. A fent leírt változtatások, módosítások egyszerűek és házilag is kivitelezhetőek.

A szakirodalom beszámol olyan tapasztalatokról is, miszerint epilepsziás tanulóknál is előfordul a betűk egymásra írása kiroham alkalmával. Ilyenkor a mozgás mintegy automatikusan tovább folytatódik, ismétlődik. (J.ALSTON-J.TAYLOR 1987.) Ha a gyermek füzetében egymásra írt betűket látunk, aminek oka számunkra ismeretlen, feltétlen ideggyógyász szakorvoshoz kell fordulni.

A mozgáskorlátozott gyermeknek összerendezetlen mozgásai, fokozott izomtónusa, finommotoros ügyetlensége és egyéb manipulációbeli károsodása miatt segítségre van szüksége a füzetek, lapok rögzítésénél, azaz az asztalon

való megtartásnál. A füzetek elmozdulása, csúszkálása, lesodrása ellen úgynevezett csúszáságtlító alátéteket kell használni.

Az alátét előnye, hogy könnyen tisztán tartható, mindkét oldala tapad, s ha már nem használjuk, kis helyen elfér, a gyermek könnyen magával viheti a különböző foglalkozásokra.

A füzetek rögzítése a fent említetteken túl kiemelten fontos azoknál a gyermekeknél, akik tevékenykedése egy kézre korlátozódik, illetve kar- vagy kézhiányuk miatt még rögzítésre sem tudják a felsővégtagjukat használni.

A fent említett akadályozottság következménye lehet, hogy a mozgáskorlátozott gyermekek egy csoportja nem tudja az ép mozgású társainak készített füzeteket használni. Betűi nagyobb méretűek, nem képes azokat az aránylag kis vonalközökben elhelyezni. A pedagógus fogadja el a gyermek speciális füzetet használjon. Természetesen, ha a gyermek mozgása, mozgáskoordinációja, percepciója javul, fokozatosan át lehet és kell térni a „normál” iskolai füzetek használatára.

Javaslatok, az írás eszközként való használatához, írásos feladatok megoldásához

A mozgáskorlátozott gyermek írástempója a kórképtől függően lehet *lassabb*. Az ilyen tanulót bízgatni kell a tempó fokozására, de soha nem szabad siettetni, mert ezzel csak görcsös erőlködés, vagy túl gyors kifáradás érhető el.

A tanulási folyamatban nagyobb *ismétlésszámra*, azaz több gyakorlásra van szükség a bevéséshez.

A lehetőségekhez mérten életközeli (a környezetében előforduló) szó szerint kézzelfogható formában kell *szemléltetni*. Mozgáskorlátozottságuk miatt ugyanis a cselekvéses ismeretszerzésben, tapasztalatokban szegényebbek, mint ép mozgású társaik s az ebből eredő hiányosságokat pótolni kell.

Ha nem az írás gyakorlása a cél, javasolt *előre elkészített feladatlapon* dolgoztani, ezzel is segítve, hogy társaikkal együtt, egyenlő eséllyel oldhassák meg a feladatokat. A már említett lassú tempó miatt ugyanis a feladatok leírása, rögzítése elveszi az időt a tényleges feladatmegoldástól.

Egyes esetekben *el kell térni* a hagyományos *írás* megkövetelésétől. Vannak gyermekek, akik a nyomtatott betűket szívesebben írják, mert a szögletes vonalak kar-, kézmozgásuk miatt könnyebben kivitelezhetők számukra, mint a lendületes, egymáshoz kapcsolódó betűk írása. (Pl. görcsös bénulások, végtaghiány, progresszív izomsorvadás). Ez utóbbi eseteknél elsősorban a mozdulatokkal való takarékoság a cél, a már említett gyors kifáradás miatt. Lehetőség még az írógép vagy szövegszerkesztő használata, elsajátítására sérülésspecifikus módszertani útmutató készült (KÉKESINÉ JÁNÓ R. Gépírástanítás 1996.)

A térbeli orientáció zavarai miatt, a könnyebb eligazodás érdekében a pedagógus *megjelölheti* a füzetlapok jobb és bal oldalát, s ugyanezeket a jeleket, –

vagy csak egyoldali jelölésnél jelet – felragaszthatja a pad szélére is. Ez segít az irányok megtanulásában.

Csak abban az esetben, írjon *táblánál* a mozgáskorlátozott gyermek, ha oda akadály nélkül el tud jutni, elég idő van kivárni, hogy odaérjen, s a gyermek szívesen megy ki a táblához. Különben csak újabb kudarcélményhez juttatjuk.

Ügyelni kell arra, hogy a *táblakép* pontos, könnyen áttekinthető legyen, mert a már említett percepciók zavarok miatt képtelen a gyermek a túl sok és rendezetlen információhalmazból a lényegyet kiemelni, illetve elolvasni.

Azoknál a tanulóknál, akiknél a *szem fixálása* nehezen kivitelezhető (túlmozgások, nystagmus) nem ajánlott a tábláról másolási feladatot adni. Nagyon sok időt vesz igénybe, s nagyon fárasztó feladat. Minden egyes szó vagy sor után ugyanis vissza kell térnie a tábláról a füzetbe és onnan ismét a táblára. Ez a feladat ép szem-kéz koordinációt igényel, s éppen ez az, ami a legtöbb mozgáskorlátozott (cerebrális paresis) gyermeknél sérült. A másolási feladatot ezek a tanulók ne a tábláról, hanem a padjukon elhelyezett (optimális helyen) lapról végezzék. Használhatják az olvasásnál már leírt sorkövető vonalzókat a könnyebb követés érdekében.

Mozgásnevelés

Az integráltan tanuló mozgáskorlátozott tanulók speciális mozgásjavító foglalkozásaira a javaslatot a *Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság* előzetes komplex vizsgálat után adja.

A mozgásnevelés, ami a speciális mozgásjavító foglalkozás gyakorlati színtere, ötvözi a sérült tartási és mozgási funkciók, motoros képességek, tevékenységek korrekcióját célzó gyógyító és pedagógiai eljárásokat, módszereket és eszközöket.

A mozgásnevelés a tanuló mozgásszervi károsodásától és állapotától függően egyéni és csoportos foglalkozások, tornatermi, uszodai foglalkozások formájában működhet.

A mozgásnevelés a gyógypedagógiai szakszolgálatokon keresztül utazótanári szolgáltatás – amennyiben nincs az iskolában szakember – útján oldható meg. Mozgásnevelés tanítására szomatopedagógia szakos gyógypedagógusok jogosultak. A mozgásfejlesztést a Köznevelési Törvény 35. § 7. pontja alapján gyógytorna vagy gyógytestnevelés foglalkozások keretén belül végezheti szakember.

A speciális szakkezelések mellett a mozgáskorlátozott tanulót a társai testnevelés óráin is részt vehet, ennek mértékéről, módjáról azonban mindenképpen a szakember véleményét kell kikérni.

Zárszó

Természetesen az itt leírt néhány javaslat, ötlet nem teljes, s nem is alkalmazható minden esetben. Tanítványaink alapos ismerete, kreativitásunk, tapasztalataink, s a szakemberek véleménye, javaslatai tehetik teljessé. Ezek birtokában válik lehetővé számunkra, hogy a gyermek egyéni képességeinek megfelelően a legjobb módszerekkel, a legjobb és elérhető eszközökkel segítsük tanulóink munkáját.

Nincs tehát általános érvényű, egységes recept, ami mindenkinél egyaránt alkalmazható lenne, de ez nem csak a mozgáskorlátozott tanulók oktatásában-nevelésében megjelenő kihívás. Egyre inkább érvényesülni kell az oktatási folyamatban a differenciált oktatásnak, a tanulók egyéni jellemzőinek figyelembevételével a pedagógia minden színterén. Ahány gyermek, annyi individuum, annyiféle mozgáskép még azonos körképeken belül is, s ennek megfelelőek a speciális oktatási-nevelési feladataink is.

Irodalomjegyzék

- LIGETI R. DR.: *Az írástanulás pszichológiája*. Tankönyvkiadó Bp., 1982.
- BENCZÜR M-NÉ DR. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a mozgásnevelés alapismereteihez*. Tankönyvkiadó, Bp., 1989.
- BERNOLÁK B-NÉ: *Mozgáskorlátozottságot okozó gyermekkori mozgásszervi megbetegedésekről*. In: Szabó I. (szerk.): *Együtt az iskolában*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Bp. 1995. pp. 16-22.
- SZABÓ I. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a mozgásfogyatékos gyermekek integrált neveléséhez, oktatásához*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp., 1994.
- FÓTINÉ HOFFMANN É.: *Mozgásfogyatékoságból eredő sajátos oktatási feltételek, a megsegítés módja, eszközei*. In: Szabó I. (szerk.): *Együtt az iskolában*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Bp. 1995. pp. 34-50.
- FÓTINÉ HOFFMANN ÉVA: *Elővizsgálat-spontán és tudatosan integrált mozgáskorlátozott tanulók körében*. In: *Gyógypedagógiai Szemle* különszám, 1998. pp. 59-70.
- TURID BLIX: *A nyelv és a beszéd, mint a kommunikáció eszköze*. In: Fótiné Hoffmann É. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a mozgásfogyatékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja köréből*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp. 1994. pp. 54-88.