ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Szomatopedagógiai Szakcsoport

A szomatopedagógus szerepe az inkluzív testnevelés-oktatásban

TÓTHNÉ KÄLBLI KATALIN – FÓTINÉ HOFFMANN ÉVA
kalbli.katalin@barczi.elte.hu, f.hoffmann.eva1@gmail.com

Absztrakt
Hazánkban 2012. szeptember 1-től kezdődően bevezetésre került a mindennapos testnevelés, 2013 szeptemberétől pedig a testnevelés tantárgy tartalmát az új Nemzeti alaptanterv (NAT) szabályozza. Mindezek hatására a minőségi testnevelés fogalma, célkitűzései és alapelvei is meghatározásra kerültek. A minőségi testnevelés egyik jellegzetessége az inkluzivitás. Tanulmányunk célja a szomatopedagógus inkluzív testnevelés-oktatásban való szerepének, feladatainak, továbbá a társszakmákkal való együttműködési lehetőségeinek bemutatása annak érdekében, hogy az inklúzió a minőségi testnevelés alapelveinek megfelelően a testnevelés tantárgy keretein belül – a törvényi előírásoknak megfelelően – maradéktalanul megvalósuljon.

Kulcsszavak: minőségi testnevelés, inkluzív testnevelés, adaptált testnevelés, gyógypedagógia, szomatopedagógia

A rendszeres fizikai aktivitás jelentősége a fogyatékos gyermekek életében

A *rendszeres fizikai aktivitás jótékony hatása* napjainkban bizonyított tény. Az Egészségügyi Világszervezet *(World Health Organization, WHO)* és a Sportorvosok Nemzetközi Szövetségének *(International Federation of Sports Medicine, FIMS)* közleménye felhívja a figyelmet a rendszeres, megfelelő mennyiségű és minőségű sporttevékenység jótékony hatásaira, ami nemcsak a születéskor várható élettartam emelkedéséhez járul hozzá, hanem védőfaktort jelent számos krónikus betegség kialakulásával szemben (pl. szív-érrendszeri betegségek, magasvérnyomás-betegség, stroke, cukorbetegség, csontritkulás, egyes daganatos megbetegedések, depresszió és szorongásos tünetek). Segíti továbbá az ideális testösszetétel kialakulását és megtartását, az időskorú személyek mozgékonyságának, ezáltal pedig függetlenségének fenntartását (WHO–FIMS 1995). A fenti evidenciák ellenére a világ népességének fele nem elég aktív, az ajánlott napi 30 percnél kevesebb fizikai aktivitást végez (WHO–FIMS 1995; EU 2008). Az inaktív életmód számos betegség előfordulásának kockázatát növeli, ezáltal az aktív életmódot folytató

személyekhez képest inaktivitás esetén – a testsúlytól függetlenül – magasabb morbiditási és mortalitási arány tapasztalható (Blair–Brodnei 1999).

A *rendszeres sporttevékenység* a *fogyatékos személyek* számára is preventív hatású. Kutatások bizonyítják, hogy csökkenti a szív-érrendszeri betegségek, a 2-es típusú diabétesz, a csontritkulás, az érelmeszesedés, a béldaganat, a magasvérnyomás-betegség kialakulásának valószínűségét, ugyanakkor javítja a kondicionális és koordinációs képességeket, és hozzájárul az elhízás, a túlsúly, a depresszió, a húgyúti fertőzések megelőzéséhez, mindezek által pedig segíti a fogyatékos személyek önállóságát, másoktól való függetlenségét (Hidde et al. 2004). A fogyatékos személyek körében nagyobb az elhízás gyakorisága, mint a tipikus fejlődésű populációban (Liou–Pi-Sunyer–Laferrère 2005; Weil et al. 2002). Ennek hátterében a fogyatékosságból eredő inaktív életformán kívül egyéb tényezők is állhatnak, mint például az alacsonyabb szocioökonómiai státuszból fakadó egészségtelen táplálkozási szokások, a táplálék megrágásának akadályozottsága, a fogyatékos személy által szedett gyógyszerek esetleges mellékhatása, a mozgásvégrehajtás során fellépő esetleges fájdalomérzet (CDC 2014). Az elhízás következményeként egyes szerzők az önellátás nehezítettségéről és az adott személlyel szembeni előítéletek gyakoribb előfordulásáról számolnak be (Pain–Wiles 2006). A mozgásszegény életmód mindezeket negatívan befolyásolja, és adott esetben a kerekesszék használatának elsajátítását is megnehezíti. A fizikai aktivitás segíthet abban, hogy a fogyatékos személy visszanyerje önállóságát, a kondicionális és koordinációs képességek a lehető legmagasabb szintre fejlődjenek. A kondíció javulásával a helyváltoztatás is könnyebb lesz a sérült ember számára (Pate et al. 1995).

A fizikai aktivitásnak nemcsak pozitív élettani, hanem *pozitív pszichológiai hatásai* is bizonyítottak. Paulsen, French és Sherill (1990) vizsgálati eredményei a sportoló fogyatékos személyek nem sportoló fogyatékos személyekhez képest viszonyított jobb pszichés állapotára mutatnak rá. A sportolók könnyebben kezelik a stresszes helyzeteket, kevésbé hajlamosak a depresszióra, a szorongásra és az idegességre, mint a nem sportoló fogyatékos személyek. Rendszeres sporttevékenység hatására a sérült emberek magabiztossá, öntudatossá válnak, javul az önértékelésük és ezáltal csökken a pszichés betegségek iránti hajlamuk (Coyle–Santiago 1995). Hicks és munkatársainak (2003) harántsérült személyekkel végzett vizsgálatai ugyancsak azt bizonyítják, hogy rendszeres fizikai aktivitás hatására nemcsak az izom maximális ereje nő, hanem a stressz- és fájdalomtűrés is javul, a depresszióra való hajlam pedig csökken.

A rendszeres fizikai aktivitás, az aktív életmód fogyatékos személyek esetén hatványozott jelentőséggel bír, hiszen a fenti jótékony hatások mellett (illetve ezek következményeként) a funkcióképesség javulásához, fenntartásához is hozzájárulhat (Hidde et al. 2004). Az inaktivitásból származó másodlagos károsodások sok esetben súlyosabb következménnyel járnak, mint maga a fogyatékosság (Johnson 2009).

A fenti tények ellenére fogyatékos személyek körében az inaktivitás az átlaghoz képest magasabb arányú, aminek hátterében számos tényező (pl. anyagi okok, energia, motiváció, képességek és az idő hiánya, megközelíthetőség, információhiány) áll (Hidde et al. 2004; Johnson 2009).

Napjainkban egyre több kutatás foglalkozik a *fizikai aktivitás fogyatékos gyermekekre gyakorolt pozitív hatásai*val. Johnson összefoglaló tanulmányából kiderül, hogy a fizikai aktivitás pozitív hatásai fejlődési zavarral rendelkező gyermekek esetében is bizonyítottak

(JOHNSON 2009). Már 4 hetes edzésprogram is pozitív élettani hatással lehet a fent említett populációra; a kutatási eredmények az aerob kapacitás növekedéséről, javuló nagymotoros funkciókról, a résztvevők és szüleik elégedettség érzéséről számolnak be (JOHNSON 2009). A fizikai aktivitás jelentősége az elhízás – és az ennek következtében kialakuló másodlagos károsodások – megelőzésében bizonyított (KUMAR–COTRAN–ROBBINS 1997). Az amerikai gyermekgyógyászok tudományos társaságának szaklapjában megjelent összegző tanulmány is felhívja a figyelmet arra, hogy a fogyatékos gyermekek életében a sport jelentősége hatványozott, hiszen esetükben a kardiorespiratorikus rendszer alacsonyabb fittsége következtében gyengébb állóképesség és az elhízás nagyobb arányú előfordulása jellemző a tipikus fejlődésű kortársakhoz képest (NANCY–PAUL 2008). Az elhízás problémája a fogyatékos személyeken belül a mozgáskorlátozott embereket érinti leginkább, gyakori előfordulása a fogyatékos gyermekek körében is tapasztalható (FROELICH-GROBE–LOLLAR 2011; RIMMER–ROWLAND–YAMAKI 2007). A 6–17 éves mozgáskorlátozott gyermekek között szignifikánsan magasabb arányú elhízást figyeltek meg (29,7%), mint az azonos életkorú tipikus fejlődésű gyermekek között (15,7%) (BANDINI et al. 1991). Rimmer és munkatársainak (2010) kutatása felhívja a figyelmet az elhízás és túlsúly következményeire mozgáskorlátozott (cerebrális parézis – CP –, spina bifida) gyermekeknél. Körükben a magas vérnyomás előfordulása szignifikánsan magasabb volt, mint – az egészségügyi szempontok alapján – normál testsúlyú társaiknál, és bár statisztikailag nem szignifikánsan, de magasabb koleszterinszintet, korai nemi érést, kimerültséget, depressziót, alacsonyabb önbecsülést, máj- és epeproblémákat figyeltek meg a kutatók. A rendszeres fizikai aktivitás nemcsak a megnövekedett energiafelhasználás révén segíti az elhízás megelőzését. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a sportoló fogyatékos személyek sokkal inkább betartják az egészséges életmód szabályait, mint nem sportoló társaik, jobban odafigyelnek a táplálkozásukra, kerülik az alkoholfogyasztást és kevesebb a dohányzó személy is közöttük (RIMMER 1999).

A *sport pozitív pszichológiai hatásai fogyatékos gyermekek körében* is bizonyítottak. Egy 1986-ban készült tanulmány már rámutat arra, hogy a rendszeres lovaglás a Down-szindrómás gyermekeknél nemcsak a kondicionális állapotot és a koordinációs képességeket (egyensúly, ritmusérzék stb.) javítja, hanem a résztvevők önkontrollja (érzelmeik uralása), önbizalma és önbecsülése is javul, az önállóság fejlődik (DEPAUW 1986). Több kutatás alátámasztja a fenti eredményt, miszerint az önbecsülés és életkedv a sportolás hatására növekszik (CAMPBELL–JONES 1994; PAULSEN et al. 1990). Mindezek jelentősége óriási, hiszen vizsgálatok bizonyítják, hogy kamasz CP-s lányok önmagukról (külső megjelenésükről) alkotott képe, megítélése rosszabb, mint tipikus fejlődésű társaiké (SHIELDS et al. 2006).

Az egészségi (fizikális és mentális) állapot javulása mellett a sporttevékenység a *társadalmi inklúziót* is előmozdítja, segíti a fogyatékos személy társadalomba való be-, ill. visszailleszkedését azáltal, hogy a fogyatékos személynek a képességeire, nem pedig hiányosságaira irányítja a figyelmet (DEPAUW–GAVRON 1995). Egy vizsgálat szerint a Speciális Olimpián részt vevő fogyatékos sportolókat tipikus fejlődésű társaik jobban elfogadják, továbbá önbecsülésük is jobb, mint fogyatékos kortársaiké (WEISS et al. 2003).

A fentiek tükrében tehát megállapíthatjuk, hogy az aktív, sportos életforma a fogyatékos személyek (különösen a fogyatékos gyermekek) számára óriási jelentőségű (HIDDE et al. 2004; NANCY–PAUL2008).

A *rendszeres fizikai aktivitás biztosításában kiemelkedő szerepe van a köznevelési intézményeknek*, hiszen sok esetben a fogyatékos – sajátos nevelési igényű (SNI) – gyermekek számára az óvoda, illetve az iskola lehet az első helyszín, ahol a gyermek a testnevelés-foglalkozás keretein belül a – nem terápiás célú – fizikai aktivitással találkozhat, és a sport iránt akár egy életen keresztül elköteleződhet. A fenti állítást támasztja alá egy, az Egyesült Királyságban készült kutatás eredménye, miszerint *a fogyatékos fiatalok sportban való részvétele* – a kortárs fiatalokkal ellentétben, ahol ez fordítva tapasztalható – *inkább iskolán belül* (iskolai sporttevékenység), mint iskolán kívül (pl. sportegyesületben) *jellemző*. Megállapították továbbá, hogy a speciális (szegregált) intézményben tanuló fogyatékos fiatalok szívesebben vesznek részt sportfoglalkozáson, mint a többségi iskolában, integrált oktatási formában tanuló társaik, a sérülés típusa tekintetében pedig leginkább a hallássérült, legkevésbé pedig a mozgáskorlátozott fiatalok vesznek részt sporttevékenységben (FINCH et al. 2001).

A testnevelés helyzete, megújulása napjainkban

A rendszeres fizikai aktivitás jelentőségét és a köznevelési intézmények kiemelkedő szerepét az egészséges, aktív sportos életmódra nevelésben a kormányzat is felismerte. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 27. § (11) bekezdése értelmében 2012. szeptember 1-jétől kezdődően felmenő rendszerben bevezetésre került a *mindennapos testnevelés*, azaz a helyi tantervbe legalább heti öt testnevelésórát kell beépíteni. 2013 szeptemberétől a testnevelés tantárgy tartalmát *új Nemzeti alaptanterv (NAT)* szabályozza. A NAT testnevelés és sport műveltségterület alapelvei és céljai között szerepel, hogy „Az iskolai testnevelés és sport megkülönböztetett részét képezi a tanulók testi, motoros, lelki, értelmi, érzelmi és szociális fejlődését szolgáló teljes körű iskolai egészségfejlesztésnek és tehetséggondozásnak", tehát egy sajátosan összetett, komplex műveltségi terület. A törvényileg megnövekedett óraszám és a NAT új filozófiája a testnevelés tantárgy oktatásában változásokat eredményezett, új tartalmi és módszertani elemek beemelésének igényét vetette fel. Ezen igények hatására indította el a Magyar Diáksport Szövetség (MDSZ) 2013-ban „A testnevelés új stratégiájának és a fizikai állapot új mérési rendszerének kialakítása és az önkéntes részvétel ösztönzése a komplex iskolai testmozgásprogramok szervezésében" elnevezésű kiemelt projektjét. A program célkitűzése többek között az is, hogy minden diák, ezen belül pedig értelemszerűen a fogyatékos és más – a testnevelés oktatásának szempontjából – speciális szükségletű diák számára is biztosítsa a testnevelés-foglalkozáson belül „a kihívásokkal teli, élménygazdag, belső motiváción alapuló tanulási környezetet", aminek eredményeként kialakul egy élethosszig tartó, pozitív attitűd a testnevelés és rendszeres fizikai aktivitás iránt (MDSZ, 2013). A *minőségi testnevelés* fogalma, célkitűzései és alapelvei is meghatározásra kerültek. A minőségi testnevelés pedagógiai alapelvei közé tartozik többek között az is, hogy *„esélyegyenlőségre törekszik, inkluzív és multikulturális szemléletű"*, azaz támogatja azokat a tanulásszervezési eljárásokat és megoldásokat, melyek többek között az SNI gyermekek részvételét – szükség esetén adaptált eszközök és módszerek segítségével – biztosítják (CSÁNYI–RÉVÉSZ 2015: 45).

Az *inkluzív testnevelést* a területtel foglalkozó hazai és nemzetközi szakemberek sem definiálják egységesen. A fogalom meghatározásakor az inkluzív nevelés/oktatás definíciója adja a kiindulópontot (O'Brian et al. 2009). Stein szerint (1979) az inkluzív testnevelés a fogyatékos személyek többségi, „normál" testnevelés-foglalkozásba való biztonságos, eredményes, kielégítő fizikai, oktatási és társadalmi befogadását jelenti, mely támogató személyi és tárgyi környezetet kíván meg. Olyan környezetet biztosít, amelyben minden diák személyre szabott oktatásban és kielégítő fizikai aktivitásban részesül anélkül, hogy osztálytársai ismeretszerzését, képességfejlődését akadályozná (Kodish 2006). Olyan szolgáltatásnyújtás, mely minden diák számára a képességeinek megfelelően maximális részvételt biztosít, egyénre szabott támogatás és segítségnyújtás által segíti minden diák eredményes oktatását (O'Brian et al. 2009; Kudláček et al. 2010). (Egy korábbi, számos nemzetközi szakirodalmat elemző tanulmányunk több eltérő perspektívából [fogyatékos diákok és osztálytársaik, szülők, szakemberek stb.] vizsgálja az inkluzív testnevelés megvalósulásának feltételeit, így ez a terület nem képezi a jelen tanulmány részét [Fótiné és mtsai 2015].)

A fogyatékos, illetve a testnevelés-oktatás szempontjából speciális szükségletű (pl. szívbeteg, asztmás stb.) diákok normál testnevelés-foglalkozás keretein belül megvalósuló oktatása (az inkluzív testnevelés) Európa-szerte eltérő képet mutat (O'Brian et al. 2009). *A sajátos nevelési igényű (SNI) tanulók definiálásában* is eltérnek egymástól az országok. Hazánkban a 2011. évi nemzeti köznevelésről szóló törvény értelmében „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 beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd". Egyes európai országokban az SNI-n belül mindössze 2 alkategóriát különböztetnek meg, más országokban több mint 10 alcsoport létezik, így az integrált oktatási formában tanuló diákok százalékos arányaiban is óriási eltérések mutatkoznak Európa-szerte. Lettországban például a krónikus betegségek (pl. asztma, cukorbetegség) is az SNI körébe tartoznak (Klavina–Kudláček 2011). Nem csoda tehát, hogy az SNI diákok testnevelés-foglalkozásokba való bevonásában is különbségek tapasztalhatók. A nemzetközi javaslatok értelmében – melyek alapja a minőségi oktatáshoz való jog, ami minden diákot megillet – ha egy diák valamilyen okból a testnevelés-foglalkozáson nem tud eredményesen részt venni, akkor számára adaptált testnevelés-foglalkozást kell biztosítani. (Az adaptált fizikai aktivitás és az adaptált testnevelés-foglalkozások pontos definiálása egy korábbi tanulmányunk [Tóthné et al. 2015] részét képezte, így jelen tanulmányunkban erre nem térünk ki.)

Hazánkban a nemzetközi fogalomhasználat értelmezése és a nemzetközileg javasolt rendszer megvalósítása több okból is akadályokba ütközik. Magyarországon eltérő törvény, illetve rendelet szabályozza az SNI diákok és az egyéb krónikus betegségben szenvedő, ortopédiai vagy belgyógyászati elváltozással rendelkező diákok testnevelés-oktatását (lásd a tanulmány későbbi részében). Ugyanakkor több szakma kompetenciaterületébe is beletartozik a testnevelés és sport mozgásanyagának adaptált felhasználása az oktatási és rehabilitációs folyamatban. Magyarországi sajátosságnak mondható, hogy több

felsőoktatási intézmény is képez a mozgásszervi elváltozásokkal foglalkozó, egy-egy területre specializálódott szakembereket, kompetenciaterületeik azonban bizonyos esetekben – pl. az inkluzív testnevelés megvalósításában – átfedhetik egymást (szomatopedagógus, testnevelő tanár, gyógytestnevelő tanár, konduktor, gyógytornász).

Az inkluzív oktatási formában tanuló mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-oktatása

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján megállapíthatjuk, hogy – a nemzetközi tendenciákkal megegyezően – évről évre nő az integráltan oktatott SNI tanulók száma (KSH 2014). Esetükben is meg kell valósulnia a testnevelés tantárgy oktatásának.

Az inkluzív oktatási formában tanuló mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-oktatását eltérő rendeletek szabályozzák.

A Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról szóló 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet értelmében „*A mozgáskorlátozott tanulók testnevelésóra alóli automatikus felmentése nem indokolt.* A testnevelés és sport műveltségi terület keretében szervezett testnevelés tantárgyi órán a tanuló a szakértői és rehabilitációs bizottság, valamint a tanulóval foglalkozó team (orvos, gyógypedagógus, pedagógus) véleménye alapján vesz részt. A testnevelési órán való részvétel lehet teljes, részleges, a felmentés lehet teljes és átmeneti. Mozgáskorlátozottság esetében a testnevelés tantárgyi óra helyett/mellett biztosítani kell a mozgásnevelési foglalkozásokat. *A testnevelésórán való foglalkoztatás a fogyatékosság típusának megfelelő szakképesítéssel rendelkező gyógypedagógus (szomatopedagógus) javaslatai és iránymutatásai szerint, szükség esetén részvételével történik.*"

A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet XIII. fejezete az iskolai testneveléssel kapcsolatos szabályokat tartalmazza. A 142. § 1. bekezdése kimondja: „A tanulót, ha egészségi állapota indokolja, az iskolaorvosi, szakorvosi szűrővizsgálat alapján könnyített testnevelés- vagy gyógytestnevelés-órára kell beosztani." A pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet alapján a gyógytestnevelő tanár által vezetett „gyógytestnevelés feladata a gyermek, a tanuló speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha az iskolaorvosi vagy szakorvosi vizsgálat gyógytestnevelésre utalja." Az Országos Alapellátási Intézet (OALI) és Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) által kiadott irányelvek alapján az iskolaorvos, illetve a szakorvos az alábbi testnevelés-kategóriákba sorolhatja a gyermekeket (OGYEI 2007):

- Normál testnevelés (mely azt jelenti, hogy a gyermek a testnevelés-foglalkozásokon korlátozás nélkül részt vehet).
- Könnyített testnevelés (ebbe a kategóriába azokat a gyermekeket sorolják, akik teljesítőképessége részlegesen korlátozott, ezért bizonyos mozgások és terhelések kerülése indokolt, vagy nagyobb odafigyelést igényel számukra).
- II. – Gyógytestnevelés (ide azokat a gyermekeket sorolják, akiknek „betegségük

vagy funkcionális elváltozásuk miatt sajátos, az állapotukat figyelembe vevő, külön órakeretben történő foglalkozásokra van szükségük" [OGYEI 2007: 5]).

A II. kategórián belül további 3 kategóriát különböztetnek meg annak függvényében, hogy a gyermek a gyógytestnevelés-foglalkozás mellett a testnevelés-foglalkozáson részt vehet-e. Ezek az alkategóriák az alábbiak:

- II/A. Gyógytestnevelés- és normál testnevelésórán is részt vehetnek.
- II/B. Csak gyógytestnevelésen vehetnek részt.
- II/C. Egyéni/kiscsoportos gyógytestnevelésen vehetnek részt (bár a törvény lehetővé teszi és a szakmai irányelvben is szerepel, ennek a szervezeti formának a gyakorlatban nem jellemző a megvalósulása).

- III. – A testnevelés alól ideiglenesen vagy állandóan felmentettek.

A fenti rendeletek értelmében a mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-foglalkozáson való részvételét egyrészt a szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve a tanulóval foglalkozó team véleménye, másrészt az iskolaorvosi, szakorvosi szűrővizsgálat eredménye és javaslata határozhatja meg. A két rendszer együttműködése törvényi szabályozás által nem biztosított, így akár az is előfordulhat, hogy egymásnak ellentmondó javaslattal találkozunk a testnevelésórán való részvétel tekintetében.

A tanulmány első fejezete rámutatott arra, hogy a mozgáskorlátozott gyermekek egészsége szempontjából fontos, hogy olyan minőségi testnevelés-foglalkozáson vehessenek részt, mely biztosítja számukra a biztonságos, egészségügyi kockázat nélküli részvételt. Korábbi vizsgálataink a Mozgásjavító Óvoda, Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai, Módszertani Intézmény és Kollégium utazótanári hálózatában ellátott gyermekek (kórképük 75%-ban: korai agykárosodás utáni mozgás-rendellenesség – CP) testnevelésórán való részvételét elemezték. Az eredmények arra mutattak rá, hogy az ellátott gyermekek 54%-a nem vesz részt kortársaival, osztálytársaival közösen a testnevelés-foglalkozásokon, 2% részvétele alkalomszerű, és 44% az, aki részt vesz a mozgásnevelés-foglalkozás mellett testnevelés- vagy gyógytestnevelés-foglalkozáson is. Vizsgálatunk eredményei arra is rámutattak, hogy óvodában a mozgáskorlátozott gyermekek testnevelés-foglalkozáson való részvételi aránya 81%-os, az 1–4. osztályig 56%-os, az 5–8. osztályoknál 35%-os, a 9–12. osztályban azonban a tanulóknak mindössze 9%-a vesz részt kortársaival közösen a testnevelésórákon (Tóthné és mtsai 2015).

A teammunka jelentősége, a szomatopedagógus helye és szerepe az inkluzív testnevelés-oktatásban

Az inkluzív testnevelés-oktatás megvalósulásában a teammunkának óriási a jelentősége. Nemzetközi kutatások eredményei bizonyítják, hogy a testnevelő tanárok többsége nem érzi magát kompetensnek az SNI diákok inkluzív testnevelés-oktatásában. E tekintetben Közép- és Kelet-Európában az európai átlaghoz képest is rosszabb a helyzet. A testnevelő tanárok a megvalósulás akadályaként gyakran a magas osztálylétszámokat, az erőforrások

és segítő személyzet hiányát és a nem megfelelő körülményeket említik. A kutatási eredmények arra is rámutatnak, hogy a testnevelő tanárok aggodalmukat fejezik ki a más szakemberekkel való együttműködéssel kapcsolatban (KLAVINA–KUDLÁČEK 2011). A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az együttműködés annyi idő- és energiabefektetést igényel, amennyit a szakemberek nem hajlandóak rááldozni (KOWALSKI et al. 2006). A fogyatékos gyermekek minőségi testnevelés-oktatásában azonban a gyógypedagógus (hazánkban mozgáskorlátozott gyermek esetén szomatopedagógus) és a testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus (tanító, testnevelő tanár, gyógytestnevelő tanár) közös munkája elengedhetetlen fontosságú. Csak a közös együttműködés eredményeként valósulhat meg a gyermek biztonságos részvétele a testnevelés-foglalkozáson (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015).

Fried és Cook (2010) meghatározása szerint a *teammunka* egyedülálló, speciális szaktudással rendelkező, eltérő tudományterületről érkező és eltérő tapasztalattal rendelkező személyek speciális cél elérése érdekében történő összejövetelét, közös munkáját jelenti (FRIED–COOK 2010, idézte KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015).

A gyógypedagógus és a testnevelést tanító pedagógus teammunkájának szükségességére az SNI gyermekek oktatásáról és neveléséről szóló irányelv (32/2012. [X. 8.] EMMI rendelet) is utal. Amennyiben a gyermek a testnevelés alól nincs felmentve, azaz a szomatopedagógus által biztosított mozgásnevelés-foglalkozás mellett testnevelés- vagy gyógytestnevelés- (vagy mindkét) foglalkozáson részt vesz, az EMMI rendelet értelmében a részvételnek *a szomatopedagógus iránymutatása mellett vagy részvételével kell megvalósulnia*.

A testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus(ok) és a szomatopedagógus teammunkájának alapját és közös kiindulópontját az a bizonyítékokon nyugvó meggyőződés adja, miszerint a rendszeres fizikai aktivitásból a fogyatékos gyermeknek számos előnye származhat, hiszen a testnevelés más műveltségi területekkel ellentétben mindhárom tanulási terület (kognitív, affektív és pszichomotoros) fejlődését támogatja, így pótolhatatlan szerepet játszik a nevelési folyamatban (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015; CSÁNYI–RÉVÉSZ 2015). Az együttműködés szükségességének és hasznosságának kölcsönös felismerése elengedhetetlen a fogyatékos gyermek érdekében, csakis így lehet az együttműködés folytonosságát szilárd alapokra helyezni (KLEIN–HOLLINGSHEAD 2015). A szomatopedagógusnak fel kell ismernie és ki kell használnia a minőségi testnevelésben rejlő értékeket és lehetőségeket. A mozgáskorlátozott diákok egyéni fejlesztési tervében szereplő rövid távú és hosszú távú célkitűzések megvalósulását a testnevelés közvetve és közvetetten is támogathatja.

Ehhez azonban az szükséges, hogy a szomatopedagógus

- ismerje fel és ismerje el a testnevelésben rejlő lehetőségeket;
- alakítson ki kölcsönös és bizalmi kapcsolatot a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal;
- ismertesse meg (a szükséges szinten) a mozgáskorlátozottságot okozó kórkép mozgásállapotot meghatározó jellegzetességeit a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal! Amennyiben a testnevelést tanító tanár tisztában van a diagnózis jellegével, a kórlefolyás jellemzőivel, a kontraindikált feladatokkal, gyakorlatokkal és – szükség esetén – megfelelő segítséget kap, motiváltabbá válik a tananyag adaptálására;

- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a gyermek erősségeit, korlátait, a szükséges adaptációs módszereket, eszközöket;
- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a biztonságos feladat-végrehajtás, a szükséges és megfelelő segítségnyújtás (pl. kerekesszékből való ki-be szállás) alapvető kritériumait;
- szükség és lehetőség esetén vegyen részt a testnevelés-foglalkozáson! Adaptációs stratégiák alkalmazásával segítse a mozgáskorlátozott diák biztonságos és teljes részvételét!
- ismertesse meg a mozgáskorlátozott gyermek testnevelés/gyógytestnevelés oktatását ellátó pedagógussal a mozgáskorlátozott diákok egyéni fejlesztési tervében szereplő rövid távú és hosszú távú célkitűzéseket annak érdekében, hogy a pedagógus a testnevelés tantárgy oktatása során is támogatni tudja ezeket a célkitűzéseket!

Összegzés

A nemzetközi szakirodalmak és a hazánkban is fellelhető jó gyakorlatok azt bizonyítják, hogy amennyiben a testnevelést/gyógytestnevelést tanító pedagógus és a szomatopedagógus folyamatos együttműködése megvalósul, akkor közösen meg tudják valósítani a mozgáskorlátozott diákok minőségi testnevelés-oktatását (Kowalski et al. 2006).

A teammunka több szempontból is elengedhetetlen fontosságú a mozgáskorlátozott diákok inkluzív testnevelés-oktatása szempontjából.

Ahogy arra a tanulmányban rámutattunk, a testnevelés tantárgy oktatását szabályozó törvények és rendeletek ellentmondást generálhatnak a fogyatékos diákok részvételét illetően. A mozgásvizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság által kiadott szakértői vélemények (melyek alapján a szomatopedagógus dolgozik) és az iskolaorvos által végzett testnevelési kategóriába sorolás (mely a testnevelő/gyógytestnevelő tanár munkájának alapja) esetenként nem fedik egymást. A több szakemberből álló team segítheti az ellentmondások kiküszöbölését és a fogyatékos gyermek szükségleteit szem előtt tartó minőségi oktatást.

Tanulmányunk rámutatott arra is, hogy hazánkban évről évre egyre több fogyatékos diák tanul integrált oktatási formában, a testnevelés alól felmentett tanulók %-os aránya azonban aránytalanul és sok esetben indokolatlanul magas, az életkorral/osztályfokkal előre haladva pedig a felmentettek aránya tovább növekszik. Az eltérő szakmák közötti együttműködés, a teammunka csökkentheti a testnevelés alól felmentett SNI tanulók számát, és biztosíthatja a diákok minőségi oktatáshoz való jogát. A szomatopedagógus feladata, hogy a testnevelést tanító pedagógussal együtt dolgozva biztosítsa az alacsonyabb osztályfokon a biztonságos, kihívásokkal teli, motiváló környezetet a mozgáskorlátozott tanuló számára a testnevelés-foglalkozások keretein belül annak érdekében, hogy pozitív attitűd alakuljon ki a fizikai aktivitás iránt, és magasabb osztályfokon is szívesen vegyen részt a diák a testnevelés-foglalkozásokon. Az iskolai évek teremthetik meg a fizikai aktivitás iránti elkötelezettséget egy élethosszon keresztül, ami nemcsak egyéni, hanem társadalmi érdek

is. A fentiek megvalósításához *a szomatopedagógus együttműködése az óvodapedagógusokkal, tanítókkal, testnevelő tanárokkal, gyógytestnevelő tanárokkal kiemelt jelentőségű.* Az együttműködés alapját egymás szaktudásának kölcsönös elismerése és a rendszeres, megfelelő mennyiségű és minőségű fizikai aktivitás jótékony hatásainak elismerése adja.

Irodalom

Bandini L. G. – Schoeller, D. A. – Fukawa, N. K. – Wykes, L. J. – Dietz, W. H. (1991): Body composition and energy expenditure in adolescents with cerebral palsy or myelodysplasia. *Pediatric Research, 29,* 70–77. In: Rimmer, J. H. – Wang, E. – Yamaki, K. – Davis, B. (2010): *Documenting Disparities in Obesity and Disability. FOCUS. A Publication of the National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR).* Technical Brief, 24.4

Blair, S. N. – Brodney, S. (1999): Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports Exercise, 31*(11), 646–662

Campbell, E. – Jones, G. (1994): Psychological well-being in wheelchair sport participants and non-participants. *Adapted Physical Activity Quarterly, 11,* 404–415.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2014): *Disability and Obesity.* Elektronikus dokumentum. http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/obesity.html *(Letöltés ideje: 2015. június 30.)*

Coyle, C. P. – Santiago, M. C. (1995): Aerobic exercisetraining and depressive symptomatology in adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76*(7), 647–652.

Csányi T. (2014): A minőségi testnevelés-oktatás helyzete Magyarországon. *HIPE 2014. Nemzetközi Konferencia a Minőségi Testnevelésről.* 2014. szeptember 16–18. Absztraktok. Elektronikus dokumentum: http://www.diaksport.eu/hipe2014/?p=838&lang=hu *(Letöltés ideje: 2014. november 25.)*

Csányi T. – Révész L. (2015): *A testnevelés tanításának didaktikai alapjai – Középpontban a tanulás.* 1. kiadás. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest.

Depauw, K. P. (1986): Horseback Riding for Individuals With Disabilities: Programs, Philosophy, and Research. *Adapted Physical Activity Quarterly, 3*(3), 217–226.

Depauw, K. P. – Gavron, S. (1995): *Disability and Sport.* Human Kinetics, Illinois.

EU (2008): *Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai. Ajánlások az egészségjavító testmozgás támogatására irányuló politikai intézkedésekre.* Brüsszel, 2008. október 10. Elektronikus dokumentum. http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_hu.pdf *(Letöltés ideje: 2015. június 25.)*

Finch, N. – Lawton, D. – Williams, J. – Sloper, P. (2001): *Young Disabled People and Sport.* Research works. Research Findings From The Social Policy Research Unit (SPRU). The University of York. November 2001. Elektronikus dokumentum: https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/rworks/nov2001.pdf *(Letöltés ideje: 2014. február 10.)*

Fótiné Hoffmann É. – Berencs A. – Lénárt Z. – Tóthné Kälbli K. – Vámos T. (2015): *Nemzetközi kitekintés az inkluzív testneveléssel kapcsolatos kutatásokra a sajátos nevelési igényű tanulók szemszögéből.* Magyar Diáksport Szövetség. Megjelenés alatt álló tanulmány.

Froehlich-Grobe, K. – Lollar, D. (2011): Obesity and Disability. Time to Act. *American Journal of Preventive Medicine, 41*(5), 541–545.

Hicks, A. L. – Martin, K. A. – Ditor, D. S. – Latimer, A. E. – Craven, C. –Bugaresti, J. – McCartney, N. (2003): Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: Effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord, 41,* 34–43.

JOHNSON, C. C. (2009): The Benefits of Physical Activity for Youth With Developmental Disabilities: A systematic Review. *American Journal of Health Promotion, 23*(3), 157–167.

KLAVINA, A. – KUDLÁČEK, M. (2011): Physical education for students with special education needs in Europe: findings of the EUSAPA project. *European Journal of Adapted Physical Activity, 4*(2), 46–62.

KLEIN, E. – HOLLINGSHEAD, A. (2015): Collaboration between special and physical education. The benefits of a healthy lifestyle for all students. *Teaching Exceptional Children, 47*(3), 163–171.

KODISH, S. R. – HODGES-KULINNA, P. – MARTIN, J. J. – PANGRAZI, R. – DARST, P. (2006): Determinants of physical activity in an inclusive setting. *Adapted Physical Activity Quarterly, 23*(4), 390–409.

KOWALSKI, E. – LIEBERMAN, L. J. – DAGGETT, S. (2006): Getting Involved in the IEP Process. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 77*(7), 35–39.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2014): Oktatási adatok, 2013/2014. *Statisztikai tükör, 2014/39.* KSH, Elektronikus dokumentum: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1314.pdf *(Letöltés ideje: 2014. augusztus 13.)*

KUDLÁČEK, M. – MORGULEC-ADAMOWICZ. N. – VERELLEN, J (2010): *European standards in Adapted Physical Activity.* Palacký University Olomouc. Faculty of PhysicalCulture. Olomouc. 108.

KUMAR, V. – COTRAN, R. – ROBBINS, S. (1997): *Basic pathology.* Saunders Co., Philadelphia, W.B.

LIOU, T. H. – PI-SUNYER, F. X. – LAFERRÈRE, B. (2005): Physical disability and obesity. *Nutrition Reviews, 63*(10), 321–331.

MDSZ (Magyar Diáksport Szövetség) (2013): Tesi deklaráció. http://www.mdsz.hu/tesi/t-e-s-i-deklaracio/ *(Letöltés ideje: 2014. november 27.)*

NANCY, A. M. – PAUL, S. C. (2008): Promoting the Participation of Children With Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activities. *Pediatrics, 121*(5), 1057–1061.

O'BRIAN, D. – KUDLÁČEK, M. – HOWE, P. D. (2009): A contemporary review of english language literature on inclusion of students with disabilities in physical education: an European perspective. *European Journal of Adapted Physical Activity, 2*(1), 46–61.

OALI és OGYEI (Országos Alapellátási Intézet és Országos Gyermekegészségügyi Intézet) (2007): *A testnevelési kategóriába sorolás egészségügyi szempontjai.* Szakmai irányelv iskolaorvosok, háziorvosok, házi gyermekorvosok, szakorvosok, védőnők, gyermekegészségügyi szakemberek, testnevelők és gyógytestnevelők részére. Országos Alapellátási Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20TESTNEVEL%C3%89SI%20KATEG%C3%93RI%C3%81BA%20SOROL%C3%81S%20EG%C3%89SZS%C3%89G%C3%9CGYI%20SZEMPONTJAI.pdf *(Letöltés ideje: 2014. augusztus 28.)*

PAULSEN, P. – FRENCH, R. – SHERILL, C. (1990): Comparison of wheelchair athletes and nonathletes on selected mood states. *Perceptual and Motor Skills, 71,* 1160–1162.

PAIN, H. – WILES, R. (2006): The experience of being disabled and obese. *Disability and Rehabilitation, 28*(19), 1211–1220.

PATE, R. R. – PRATT, M. – BLAIR, S. N. – HASKELL, W. L. – MACERA, C. A. –BOUCHARD, C. J. – BUCHNER, D. – ETTINGER, W. – HEATH, G. W. – KING, A. C. (1995): Physical activity and public health: A recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association, 273*(5), 402–407.

RIMMER, J. H. (1999): Health promotion for people with disabilities: The emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Physical Therapy Magazine, 79,* 495–502.

RIMMER, J. H. – ROWLAND, L. J. – YAMAKI, K. (2007): Obesity and Secondary Conditions in Adolescents with Disabilities: Addressing the needs of an Underserved Population. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 224–229.

SHIELDS, N. – MURDOCH, A. – LOY, Y. – DODD, K. J. – TAYLOR, N. F. (2006): A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicin and Child Neurology, 48*(2), 151–157.

STEIN, J. (1979): The Mission and the Mandate: Physical Education, the Not So Sleeping Giant. *Education Unlimited, 1*(2), 6–11.

TÓTHNÉ KÄLBLI K. – FÓTINÉ HOFFMANN É. – LÉNÁRT Z. (2015): *Az adaptált fizikai aktivitás és az adaptált testnevelés fejlődése és jelentéstartalmának sokszínűsége a nemzetközi és hazai színtéren. Az adaptált testnevelés helye és szerepe az inkluzív oktatás, nevelés keretében. Javaslatok az inkluzív testnevelés gyakorlatának magyarországi megvalósítására.* Megjelenés alatt álló publikáció.

TÓTHNÉ KÄLBLI K. – KOLLÁR K. – GALAMBOS K. (2015): *Testnevelés – Sport – Integráció.* „Elmélet és gyakorlat egysége a szomatopedagógiában" című konferencia. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet és az ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat szakmai konferenciája. Budapest, 2015. április 25.

VAN DER PLOE, H. P. – VAN DER BEEK, A. J. – VAN DER WOUDE, L. H. V. – VAN MECHELEN, W. (2004): Physical activity for people with a disability: A conceptual model. *Sports Medicine, 34*(10), 639–649.

WEIL, E. – WACHTERMAN, M. – MCCARTHY, E. P. – DAVIS, R. B. – O'DAY, B. – LEZZONI, L. I. (2002): Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association, 288*(10), 1265–1268.

WEISS, J. – DIAMOND, T. – DEMARK, J. – LOVALD, B. (2003): Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 24*(4), 281–305.

WHO/FIMS Committee on Physical Activity for Health (1995): Exercise for health. *Bulletin of the World Health Organization, 73*(2): 135–136.

MAGYE információk

Kérjük a tagdíjak befizetését az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó: 3 000 Ft/év | Nyugdíjas/hallgató: 2 000 Ft/év

MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959

MAGYE levelezési cím: 1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.
MAGYE honlap: www.magye-1972.hu

A tagdíjat befizetők a *Gyógypedagógiai Szemle* számait ingyenesen kapják.

A Gyógypedagógiai Szemlét előfizetésben terjeszti
a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440