

Inkluzív nevelés

Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez

Idegen nyelv

Szerkesztette

Bán Éva

Sebők Zsuzsa

SULI NOVA
Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.



Magyarország célba ér



suliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
Budapest, 2006

Készült a Nemzeti Fejlesztési Terv Humánerőforrás-fejlesztési Operatív Program 2.1. intézkedés Hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlőségének biztosítása az oktatási rendszerben központi programjának „B” komponense (Sajátos nevelési igényű gyerekek együttnevelése) keretében.

Szakmai vezető
KAPCSÁNÉ NÉMETHI JÚLIA

Projektvezető
LOCSMÁNDI ALAJOS

Témavezető
GIFLO H. PÉTER

Lektorálta
DOMBAINÉ ESZTERGOMI ANNA
KOVÁCS KRISZTINA

Azonosító: 6/211/B/4/id/5

© Bán Éva szerkesztő, 2006
© Sebők Zsuzsa szerkesztő, 2006
© sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., 2006

Borítóterv: Dió Stúdió
Borítófotó: Pintér Márta

A fotók a Mozgásjavító Általános Iskola és Diákotthon, Módszertani Intézmény centenáriumának alkalmából készültek.

A kiadvány ingyenes, kizárólag zárt körben, oktatási céllal használható, kereskedelmi forgalomba nem hozható. A felhasználás a jövedelemszerzés vagy jövedelemfokozás célját nem szolgálhatja.

Kiadja a sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.

Szakmai igazgató: Pála Károly
Fejlesztési igazgatóhelyettes: Puskás Aurél
Felelős kiadó: Pála Károly ügyvezető igazgató
1134 Budapest, Váci út 37.
Telefon: (06-1) 886-3900
Fax: (06-1) 886-3910
E-mail: sulinova@sulinova.hu
Internet: www.sulinova.hu

Tartalom

Előszó	5
1. Mozgáskorlátozott gyermek az idegennyelv-oktatásban	7
1.1 A mozgáskorlátozottság fogalma	7
1.2 Az mozgáskorlátozott gyermekek sérülésspecifikus jellemzői	7
2. Képességfejlesztés	13
2.1 Ajánlások az 1–6. évfolyamok programterveire	13
2.2 Ajánlások a 7–12. évfolyamok programterveire	17
2.3 Ajánlások a magyar mint idegen nyelv kompetencia fejlesztéséhez az 1–12. évfolyamokon	19
3. A témakörök és a mozgáskorlátozottság	20
4. Tanulásszervezési formák	20
5. A tanulási folyamat keretében alkalmazott módszerek	22
5.1 A pedagógustól elvárható magatartásformák	22
5.2 A tanulócsoport nem sérült tagjaitól elvárható magatartásformák	23
6. Az idegennyelv-oktatásban felhasználható eszközök	24
7. A megsegítés egyéb lehetőségei	26
7.1 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez végtaghiányos gyermekeket befogadó osztályokban	26
7.2 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez gerinchasadékkal élő gyermekeket befogadó osztályokban	27
7.3 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez felkarbénult gyermekeket befogadó osztályokban	27
7.4 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez izombeteg gyermekeket befogadó osztályokban	28
7.5 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez korai agykárosodás következtében sérült gyermekeket befogadó osztályokban	28
7.6 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez ortopédiai elváltozással élő gyermeket befogadó osztályokban	29
7.7 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez egyéb ortopédiai rendellenességekkel élő gyermeket befogadó osztályokban	29
8. Értékelés	30
9. Irodalom	30
10. Mintaóravázlat	31

Előszó

A mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez készült ajánlások mind az öt kompetenciaterülethez kapcsolódóan hasznos tanácsokkal szolgálnak az integráltan oktatótt gyermekek sérülésspecifikus fejlesztéséhez.

Az ajánlások a mozgáskorlátozottság fogalmi tisztázását követően ismertetik a mozgás-rendellenességek szokásos csoportosítási szempontjait, s ezek alapján az egyes mozgáskorlátozottsági kategóriákba tartozó kórképeket. (A kórformák részletesebb ismertetése a HEFOP 2.1.1 „B” komponense keretében készült, a Mozgásjavító Általános Iskola, Módszertani Intézmény és Diákotthon Módszertani Intézményi Útmutatójában található.) A korlátokat és sajátosságokat, valamint azok pedagógiai következményeit a betegségekhez kapcsolódóan, a – gyógypedagógiai szaktudással nem rendelkező – többségi pedagógusok számára is közérthetően, ugyanakkor mégis pontosan foglalják össze. Különösen precíz és szakszerű az idegen nyelvi kompetenciaterülethez készült ajánlás. A szociális, életviteli és környezeti, valamint az életpálya-építési kompetenciaterülethez kapcsolódó ajánlás nagyon részletesen, külön ismerteti a társuló rendellenességeket és a következményes eltéréseket is. A szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterületi ajánlás összefoglalja mindazokat az önismeretre, önértékelésre, önállóságra, önellátásra, kommunikációs készségekre, személyiségre és viselkedésre vonatkozó információkat, amelyek a mozgáskorlátozott gyermekeket jellemzik.

A képességfejlesztéshez kapcsolódó ajánlások nagyon eltérőek. Nagyon sok speciális képességfejlesztési feladatot jelölnek meg az ajánlások, ugyanakkor az alapfok és a középfok végén a kimeneti elvárásoknál tapasztalható eltérésekre csak a számolási és a szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterületeknél történik hivatkozás. A számolási kompetenciaterületi ajánlás képességkomponensenként jelöl meg fejlesztési feladatokat, így például a számolás, számlálás, mennyiségi, valószínűségi következtetések, becslés, mérés, mértékváltás, problémamegoldás, szövegesfeladat-megoldás, kombinativitás, deduktív, induktív következtetés területén, majd külön ismerteti a mozgáskorlátozott gyermekektől elvárható és el nem várható kimeneti teljesítményeket. A szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterület „A”, „B” és „C” típusú programcsomagokként ismertet olyan képességfejlesztési feladatokat, mint például a környezettudatos magatartás, kritikai gondolkodás, felelősségvállalás, szabad véleményalkotás, döntési képesség, problémamegoldó képesség, konfliktuskezelő képesség, hitelesség, empátia, kooperativitás, önismeret, önfogadás, alkotókedv és kreativitás, tolerancia és kudarcűrő képesség stb., majd a háromféle programcsomaghöz kapcsolódóan külön-külön tárgyalja a kimeneti elvárások mozgáskorlátozottakra vonatkozó eltéréseit alapfokon és középfokon.

A témaköröknél az eltéréseket részletesen ismerteti a szövegértési, szövegalkotási, valamint a szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterület ajánlása. A másik három területen utalás történik a minimális eltérésre.

A tanulásszervezési formák mind az öt területen ugyanazok, s a mozgáskorlátozott gyermekeknél való alkalmazhatóságukban teljes az egyetértés. A frontális munka a legkevésbé alkalmazható, s a legeredményesebb a kiscsoportos és a párban végzett tevékenység.

A tanulási folyamat keretében alkalmazott módszerek ismertetése nagyon eltérő. Az idegen nyelvi kompetenciaterület csak a pedagógustól és a tanulócsoporthoz nem sérült tagjaitól elvárt magatartásformákat ismerteti, míg a többi területen az adott területhez kapcsolódó speciális módszerek ismertetésére is kitérnek, különféle csoportosításban. A szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterületen olyan speciális módszerek, terápiák ismertetésére is sor kerül, amelyek hasznos információkat szolgáltathatnak minden, mozgáskorlátozott gyermeket integráltan oktató pedagógus számára, ilyen például a segített kommunikáció, ergoterápia, evésterápia, beszédterápia stb.

Az ajánlások egyik legértékesebb része a pedagógustól és a tanulócsoporthoz nem sérült tagjaitól elvárható magatartásformák ismertetése. Minden ajánlás nagyon sok, a napi munkában jól használható és megszívlelendő gyakorlati tanácsot tartalmaz.

Az eszközök ismertetése legrészletesebb a szövegértési, szövegalkotási és a szociális, életviteli és környezeti kompetenciaterületen, mivel feltehetően e két területre kapcsolódik a legtöbb speciális eszköz alkalmazásának szükségessége. A speciális eszközökre vonatkozó részletes információkat tartalmaz a HEFOP 2.1.1 „B” komponens keretében készült „Sérülésspecifikus eszközgyűjtemény”.

A mozgáskorlátozott gyermekek értékelése nem tér el jelentősen a többi tanuló értékelésétől, ezért az ajánlások is viszonylag rövid terjedelműek, főleg különféle technikai megoldásokra tesznek javaslatot.

Az idegen nyelvi kompetenciaterület ajánlása kiegészül egy nagyon hasznos fejezettel, amely betegségcsoportonként gyakorlati tanácsokat ad a mindennapi életvezetéshez. Ezek az összes kompetenciaterületen segítségükre lehetnek azoknak a pedagógusnak, akik mozgáskorlátozott gyermekek integrált nevelésére-oktatására vállalkoznak.

Dombainé Esztergomi Anna

1. Mozgáskorlátozott gyermek az idegennyelv-oktatásban

1.1 A mozgáskorlátozottság fogalma

Az integrált oktatásban részt vevő mozgáskorlátozott gyermekek több szempontból (tüneti kép, a különféle károsodások mértéke, kiterjedése, speciális szükségletek) igen változatos csoportot képeznek. Általános jellemzőik egységes meghatározása éppen ezért nehéz feladat.

A klasszikus fogalmi meghatározás szerint mozgáskorlátozottnak tekintjük azt a személyt, akinél a tartó vagy mozgató szervrendszer veleszületett vagy szerzett károsodása és/vagy funkciózavara következtében jelentős és maradandó mozgásos akadályozottság alakul ki, amelynek következtében megváltozik a szocializáció folyamata, az életkornak megfelelő képességek alakulása és a társas tevékenységekben való részvétel. Ez a definíció nem terjed ki azokra az inkább csak esztétikai hiányokkal élő gyermekekre, akiknél ugyan nem vagy csak kis mértékben befolyásolja a károsodás a mozgásos teljesítményt, megítélésünk szerint azonban – a súlyosan mozgáskorlátozott gyermekekhez hasonlóan – az ő speciális szükségleteik kielégítése is felkészültséget kíván. A mozgásos akadályozottság következményrendszerével sok részletben hasonló képet hozhatnak létre krónikus, hosszú ideig tartó, esetleg súlyosbodó betegségek is. Ezért a gyakorlat szempontjából találóbbrak érezzük azokat a meghatározásokat, amelyek kevésbé a sérülés mértékével, jellegével és kiterjedésével, hanem inkább a mozgásos tevékenységek, a motoros aktivitás megváltozásával és az ennek talaján kialakuló másodlagos következményekkel (a pszichoszociális fejlődés, az észlelés, a kognitív képességek és a kommunikáció területén jelentkező változásokkal) jellemzik az érintett gyermekeket.

Mivel tapasztalataink és a különböző megbetegedések ismert előfordulási gyakorisági adatai alapján a befogadó többségi intézményben dolgozó pedagógusok munkájuk során minden bizonnyal találkoznak majd súlyosan és enyhébben sérült mozgáskorlátozott, illetve krónikus beteg gyermekekkel egyaránt, ajánlásunkban igyekeztünk minél többféle károsodásból, betegségből adódó állapot leírására és a speciális szükségletek meghatározására.

A mozgáskorlátozottság kategorizálása több szempont alapján történhet. Ezek nagy része – mint például a sérülés időpontja, a testtájak vagy a vezető tünetek szerinti felosztás – orvosi-élettani meghatározásokat tartalmaz. A nevelő-oktató munka szempontjából informatívabb a hazai gyógypedagógiai szakirodalomban elterjedt, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Szomatopedagógiai Tanszéke által kidolgozott csoportosítási rendszer, amelynek jellegzetessége, hogy komplexen szemléli a kialakult tünetegyüttest; a klinikai kép részletes leírása mellett a sérült és fennmaradt funkciók ismertetése is jelentős hangsúlyt kap.

1.2 A mozgáskorlátozott gyermekek sérülésspecifikus jellemzői

1.2.1 Végtagredukciós fejlődési rendellenességek és szerzett végtaghiányok

Ebbe a csoportba tartoznak a felső és alsó végtagok veleszületett, részleges vagy teljes hiányai, a végtagokon (leginkább az ujjakon) előforduló összenövések, torzulások és többletek, illetve a későbbi életkorban szerzett hiányok. Mind a hiányok, mind az összenövések érinthetnek egy vagy több végtagot, kiterjedésük, súlyosságuk és ennek megfelelően mozgásos következményeik is eltérőek lehetnek. A veleszületett károsodások egy részében feltételezhető, bizonyítható környezeti ártalom (pl. sugárzás, kémiai anyagok) hatása, de létrejöhetnek ismeretlen eredetű fejlődési rendellenességek is a magzati élet folyamán. A szerzett végtaghiányok hátterében balesetből vagy betegségből (daganat, keringési elégtelenség) eredő amputációk állnak.

A veleszületett végtagi eltérések esetében a gyermekek „együtt nőnek fel” sérülésükkkel, így a nyelvtanulás küszöbére általában jó mozgáskészséggel, amennyiben szükséges, segédeszközzel, kialakult kompenzációs mozgásmintákkal, és reményeink szerint legtöbbször óvodai, közösségi élményekkel ér-

keznek. Saját tapasztalataik alapján kialakítják azokat a technikákat, amelyek segítségével önállóan képesek manipulációra, finom mozgásokat igénylő feladatok és önkiszolgálási tevékenységek kivitelezésére. Például a felső végtag károsodása esetén nagyon ügyesen rajzolnak szájjal vagy lábbal is. Kreatív és jól motivált gyermekek esetében is előfordulhat azonban, hogy a testi adottságok gátat szabnak önállóságuknak, és bizonyos eszközök használatához, feladatok végrehajtásához segítséget igényelnek. Nehéz, de hatékony és kölcsönös megismerésen és bizalmon alapuló pedagógiai folyamat annak megítélése, hogy meddig követelhetjük meg az önálló aktivitást a végtaghiányos tanulóktól, és milyen helyzetekben indokolt a segítségnyújtás.

A szerzett károsodások esetében hosszú időt vesz igénybe, amíg a gyermek alkalmazkodik megváltozott állapotához, maradéktalanul képes kihasználni fennmaradt képességeit, készségeit, és akár segédeszközzel (például protézissel), akár technikai segítség nélkül „újratanul” vagy elsajátít bizonyos mozgásformákat, tevékenységeket. A veleszületett károsodásokhoz hasonlóan a gyermekek segítséget igényelhetnek a tanórák során a sérült végtag jó funkcióját kívánó feladatok kivitelezésében. A gyermekkorban létrejött végtaghiányok eseteiben a pszichés megterhelés jellege eltér a veleszületett károsodással élő gyermekeknél tapasztaltaktól, bár a viselkedésben jelentkező hatásokkal esetenként mindkét csoportban találkozhatunk. Csökkenhet a gyermekek aktivitása, motivációja, közösségi szerepvállalása, megjelenhetnek kóros magatartásformák. Az állapotból fakadó pszichés és emocionális krízisek sikeres megoldásához legtöbbször a gyermek, a család, a pedagógusok és mentálhigiénés szakember együttműködésére van szükség.

Mivel ehhez a károsodáshoz nagyon ritkán, csak összetett tünetegyüttesek, szindrómák esetében csatlakoznak társuló fogyatékoságok (értelmi képességek eltérése, részképességzavarok, kommunikációs zavarok), a nyelvtanítást legtöbbször a szenzomotoros és pszichoszociális fejlődés kismértékű eltérései nehezítik.

1.2.2 Petyhüdt bénulással járó kórformák

Ebbe a csoportba azok a megbetegedések tartoznak, amelyek elsődleges tünete a gerincvelőből az izmokhoz futó alsó mozgató idegsejt sérülése. Miután megszakad az „információáramlás” a központi idegrendszer és a mozgató szervrendszer között, az izomzat petyhüdt bénulása alakul ki. Hasonló jellegű bénulás alakul ki azokban a tünetegyüttesekben is, ahol az izomszövet elsődleges leépülésével találkozunk. Mivel az egyik ilyen betegség, a köznyelvben izomsorvadásnak is nevezett Duchenne muscularis dystrophia a fiúkat érintő második leggyakoribb genetikai rendellenesség, ezt a kórformát is jelen fejezetünkben ismertetjük.

Az alsó mozgató idegsejt károsodásának hátterében több ismert és ismeretlen tényező állhat. A modern ultrahang-diagnosztikának és a hangsúlyos megelőzésnek köszönhetően egyre csökken a nyitott gerinc (spina bifida) előfordulási gyakorisága. Ennél a megbetegedésnél a magzati fejlődés során nem záródik tökéletesen a csontos gerincoszlop, egy vagy több csigolyát érintő hasadék alakul ki. Az így kialakult résen kitüremkedhet a gerincvelő burka (ekkor meningoceléről beszélünk) vagy maga a gerincvelő is (myelomeningocele). A kitüremkedő gerincvelő már a méhen belüli életben károsodhat, hiszen a csigolyák csontos szélein rongálódik. Az újszülött gyermekek nagy részénél a vékony bőrrel fedett seb műtéti bezárására van szükség minél előbb, mert csak így kerülhető el a gerincvelő, a gerincvelői folyadék és így a központi idegrendszer fertőződése. Maga a műtét azonban a legnagyobb körülmények mellett is tovább károsíthatja a gerincvelőt. Mindezek következtében megsérülhetnek azok a kilépő idegek, amelyek a központi idegrendszerből szállítanak parancsokat az izmok felé, és azok a belépő idegek, amelyek a bőrfelszínről és a szervekből juttatnak ingerületeket az agyba. A nyitott gerincszakasz elhelyezkedésétől függ, hogy mely izomcsoportok válnak petyhüdt, laza tapintatú, összehúzódásra, a testrészek mozgatására képtelen, bénult izomzattá. Ugyanígy a lokalizáció határozza meg, hogy a testfelszín mely részein alakul ki érzéskiesés vagy érzészavar. A bénulás következtében

a gyermekek sokszor csak segédeszközzel (sínben, ortopéd cipőben, bottal) képesek az önálló járásra. Magasabban elhelyezkedő sérv esetében előfordulhat, hogy az alsó végtagok súlyos bénulása miatt járásképtelenné válnak, az önálló helyváltoztatáshoz kerekesszéket használnak. A gerincoszlop felső részén elhelyezkedő sérülésekre jellemző, hogy gyengülnek vagy bénulnak a törzs és a felső végtagok izmai is. Ekkor nehézséget jelenthet az ülő testhelyzet megtartása és a jó felsővégtag-funkciót kívánó manipulációs és önkiszolgálási tevékenységek kivitelezése. Az inaktív izomzat kóros zsugorodása vagy túlnyúlása következtében kialakulhatnak végtag- és gerincdeformitások. Az érzéskiesés, valamint az izomzat és a szövetek zavart vérellátása miatt gyakran jönnek létre nehezen gyógyuló sebek, fekélyek, illetve törések. A beidegzési zavarok a húgyhólyag és a végbél izomzatát is érintik; a gerinchasadákos gyermekek nagy részénél találkozhatunk vizelet- és széklettartási nehézségekkel. A gerincvelői hasadék kialakulásához sokszor már a magzati életben csatlakozik hydrocephalus (vízfejűség). Ez a károsodás létrejöhet azonban csecsemőkorban is, mivel a kitüremkedő seb megváltoztatja az agyvíz és a gerincvelői folyadék keringését, amely az agy belsejében elhelyezkedő kamrákban felhalmozódva rongálja az agyállományt. Bár ez a károsodás korai műtéttel a legtöbb esetben sikeresen befolyásolható, következményként előfordulhat elmaradás a kognitív-intellektuális teljesítményben.

A nyitott gerinc kórképéhez hasonló tünetegyüttest hoznak létre a gyermekkori traumás gerincvelő-sérülések. Ezekben az esetekben balesetek vagy a gerincvelői idegállomány közelében elhelyezkedő daganatok és műtéti eltávolításuk áll az állapot hátterében. A tünetek (izombénulás, érzéskiesés, vizelet- és széklettartási zavarok) súlyossága és kiterjedése szintén függ a sérülés elhelyezkedésétől. Traumás eredetű gerincvelő-sérüléseknél megjelenhetnek olyan kóros izomrángások, görcsök bizonyos izomcsoportokban, amelyek a gyermek számára fájdalommal és egyensúlyvesztéssel járnak, a pedagógus és a csoport számára pedig váratlanok és kissé talán ijesztőek is. Ezek általában testhelyzet-változtatással vagy a remegő végtagra gyakorolt nyomással megszüntethetők, szükség szerint a pedagógus vagy a társak segítségével.

Egy felső végtagot érint a bénulás a szülési felkarbénulás (plexus brachialis laesio) eseteiben. A rendellenesség leggyakrabban téraránytalanság, medencevégű fekvés, karfelcsapódás miatt jön létre a születéskor. Az erős mechanikai hatás következtében a kilépő idegek „kiszakadnak” a gerincvelőből. A vállöv, a kar és a kéz izomzata az érintett oldalon bénul, sorvad. Az inaktív izmok zsugorodása miatt a végtagon kényszertartások alakulnak ki (beforgatott váll, a könyök, a csukló és az ujjak hajlított helyzetben vannak). Mivel a sérült végtag funkciója jelentősen csökken, a másik végtag pedig ép, a gyermekek csak az egészséges karral, kézzel manipulálnak. Ezért a sérült oldal kóros ízületi tartásai az életkor előrehaladtával fokozódhatnak, és az ép oldal dominanciája miatt gerincferdülés alakulhat ki.

Szintén az izomzat petyhüdt bénulása a vezető tünete az úgynevezett izombetegségeknek (myopathiák). Nagy részük genetikailag meghatározott, de léteznek szerzett formák is. Érinthetik a gerincvelőből az izmokhoz futó idegeket, de magát az izomszövetet is. Általában progresszív megbetegedések, tehát a tünetek az életkor előrehaladtával súlyosbodnak. A leggyakoribb izombetegség a Dystrophia musculorum progressiva (DMP). Csak a fiúkat érinti ennek leggyakoribb változata, a Duchenne muscularis dystrophia. Az első tünetek 3-5 éves korban jelentkeznek: a kisgyermekek gyakran elesnek, és nehezen tudnak felállni, nehézséget jelent számukra a lépcsőzés és a futás. Kisiskoláskorban elkezdenek lábujjhegyen, nagyobb terpeszben, medencéjüket előrenyomva, lassabban jární, gyakran leülnek, s ha a földről kell felállniuk, a „saját testükön másznak fel” (a lábukon támaszkodva nyomják fel magukat függőleges helyzetbe). Az izomgyengülés a váll és a medence körüli csoportokban kezdődik, és folyamatosan terjed a törzs és a végtagok izmaira. Az izomzat gyengülése miatt a gyerekek járása bizonytalanná válik, majd 9-12 éves koruk körül kerekesszékebe, később elektromos kerekesszékebe kerülnek. Önkiszolgálási, önellátási tevékenységeikben korlátozottak, szükségük van a környezet átalakítására vagy személyi segítségre. Gyakoriak náluk a különböző gerinc-, mellkas- és végtagdeformitások. A folyamat késői szakaszában – kamasz-, illetve fiatal felnőttkorban – az elfa-

ulás eléri a légzésben részt vevő izmokat, illetve a szívet is. Eleinte csak az éjjeli órákban alakulnak ki oxigénhiányos állapotok, majd napközben is állandósul a nem kielégítő légzés. Ennek következményei az étvágytalanság, aluszékonyság, rossz közérzet, fejfájás, amelyek az izomgyengülés fokozódásával együtt tovább rontják a fiatalok életminőségét. A légzési és keringési elégtelenségek miatt általában a húszas életevekben következik be a halál. Néhány szakirodalmi adat az érintett gyermekek 10–30 százalékánál szubnormális (átlag alatti) intellektust feltételez ($IQ < 70$). Ennek saját tapasztalataink el- lentmondanak, de megállapíthatjuk, hogy az iskolai teljesítményt az említett tünetek és a progresszív megbetegedést kísérő pszichés terhelés negatívan befolyásolják.

Minden tízezredik gyermeket érinti Magyarországon a spinalis muscularis atrophia (SMA) valamely formája. A betegség legsúlyosabb típusa már a korai csecsemőkorban az életet veszélyeztető légzési és keringési elégtelenséggel, szopási- és nyelészavarokkal jellemezhető. Az átmeneti típusnál az első tünetek 6–12 hónapos kor között jelentkeznek izomgyengülés, csökkent reflexek formájában, és gyorsan súlyosbodva korai (gyermek-, illetve tizenéveskori) halálhoz vezetnek. Későbbi megjelenésű formájában a gyanújelek gyermek-, illetve fiatalfelnőtt-korban jelentkeznek, és sokkal jóindulatúbb lefolyást mutatnak, mint a másik két típusnál. Az izomgyengülés itt is járászavarokhoz, később járás- képtelenséghez, csökkent önkiszolgálási, önellátási képességhez vezet. A légzőizmok érintettsége csak fiatalfelnőtt-korban alakul ki, a Duchenne muscularis dystrophiához viszonyítva jóval később és rit- kábban találkozhatunk ennek tüneteivel.

1.2.3 Korai agykárosodás utáni mozgás-rendellenességek

A méhen belüli életben és a születés utáni időszakban, de leggyakrabban a születés folyamán el- szenvedett, a központi idegrendszert károsító sérülések igen változatos kórképet hoznak létre, ame- lyet a szakirodalom összefoglalva cerebralis paresis (Cerebralparesis; Infantilis Cerebralis Paresis; Ce- rebral Palsy; CP) elnevezéssel jelöl. Legmeghatározóbb tünete az izomzat abnormális tónusa és bizo- nyos mozgásos eltérések előfordulása. E két tényező alapján a tünetegyüttest további kategóriákra bonthatjuk.

A spasztikus bénulásra jellemző, hogy az izomtónus testszerte fokozott, az izmok merevek, görcsö- sek. A végtagokban és a gerincen gyakran alakulnak ki deformitások, rendellenes tartások. Gyakran az újszülöttkorból fennmaradt, illetve a fejlődés során kialakult kóros reflexek is nehezítik a gyermekek mozgását. A görcsös bénulás érinthet csak egy végtagot (monoplégia), három végtagot (triplégia), il- letve mind a négy végtagot (tetraplégia vagy quadriplégia). Lehet az egyik testfél (kar és láb) érintett (hemiplégia), illetve előfordulhat a két alsó végtag spasztikus bénulása is (diplégia vagy paraplégia). Az izmok fokozott tónusa jelentkezik a garat körüli izomzatban és a szájter, az arc izmaiban is. Ennek következtében a beszéd lehet elkent vagy préselt, nem megfelelően artikulált, nehezen érthető (dy- sarthria vagy dizartria). Gyakoriak az evési, ivási, rágási és nyelési problémák.

Az athetotikus tünetegyüttesre jellemzőek a végtagok, a törzs és a fej nagy kiterjedésű, koordi- nálatlan mozgásai. Hirtelen és akaratlan „mozgásvihar” következik be az akaratlagos mozgásindítást követően. A kéz és az ujjak gyakran kényszertartásokat vesznek fel (erőteljesen ökölbe zárt vagy ép- pen kifeszített ujjak). Az izomtónus a különböző izomcsoportokban folyamatosan változik, tovább súlyosbítva a koordinációs zavarok által meghatározott mozgásállapotot. Az akaratlan mozgások és a tónusváltozások az arc-, a mimikai és a nyelésben részt vevő izmokat is érintik, ezért gyakran súlyos beszédzavar (dysarthria) alakul ki, evési, ivási, rágási és nyelési problémákkal. Szintén megjelennek kóros reflexek.

Az ataxiás tünetegyüttes meghatározó jele a bizonytalan egyensúly és a törzsön, a végtagokon mozgás közben jelentkező finom, kis amplitúdójú remegés. Ez a remegés célzott mozgásoknál (pél- dául, ha a gyermek meg akar fogni egy tárgyat) is fennáll, koordinátatlanná téve azokat. Az ataxiás remegés érintheti a hangképzésben, beszédben részt vevő izmokat is, így létrejön egy jellemző „kirob-

banó”, skandáló, változó hangintenzitású beszéd, amelyhez ugyancsak társulnak étkezési nehézségek. Gyakori tünet az izomzat petyhüdt tónusa.

A kevert formáknál a központi idegrendszer változatos sérülésének megfelelően a tünetek keverednek.

A központi idegrendszer korai károsodása gyakran egyéb, nem a mozgató szervrendszert érintő tüneteket is létrehozhat. A cerebralis paresis kórképéhez csatlakozhat az intellektus különböző mértékű érintettsége, részképességzavarok, beszédzavarok, epilepszia, észlelési eltérések (látás, hallás) és magatartászavarok. A mozgáskorlátozottság e kórforma esetében érinti leginkább a megismerő tevékenység, a tanulás folyamatát. Számos speciális megsegítést igénylő problémával (a testséma, a lateralizáció, a téri orientáció, a szem-kéz-koordináció zavaaraival) találkozhatunk az oktató-nevelő munka folyamán. A társuló fogyatékoságok megjelenése azonban nem törvényszerű. Amennyiben megjelennek, súlyosságuk egyénekenként eltérő lehet.

1.2.4 Ortopédiai elváltozások és egyéb kórformák

Ezzel a megjelöléssel azokat a megbetegedéseket foglaljuk össze, amelyek az eddig ismertetett csoportok egyikébe sem illeszkednek. Egy részük elsődleges vagy következményes, elsősorban a csontos elemeket érintő elváltozás, de ebben a kategóriában is találunk összetett tünetegyütteseket.

A gyakoribb ortopédiai rendellenességek közé tartoznak:

A gerinc betegségei (hanyag tartás, scoliosis – a gerinc oldalirányú görbülete, kyphosis – a gerinc háti görbületének fokozódása, Schauermann-kór – a gerinc háti görbületének fokozódása a csigolyák ékszerű összeroppanása miatt)

A mellkas betegségei (tölcsmell, tyúkmell)

A vállöv és a lapocka betegségei (scapula alata – elálló lapockák)

A csípő betegségei (csípőficam, csípőízületi dysplasia)

A térd és a lábszár rendellenes tartásai (o-láb, x-láb)

A boka rendellenes tartásai (lúdtalp – a talpboltozat lelapul, a boka befelé dől, dongaláb – a bokák kifelé dőlnek, a talpak egymás felé néznek)

A tünetek súlyossága eltérő lehet, de minden esetben fontos a folyamatos ortopéd szakorvosi nyomon követés. A legtöbb gyermek a deformitások korrekciójára segédeszközt visel (fűzőt, síneket stb.), vagy műtéten esik át. Természetesen számukra is fontos a mozgásterápia, a gyógytestnevelés biztosítása. E betegségekhez csak nagyon ritka esetben társulnak más fogyatékoságok, de néhány tünetük megjelenhet összetettebb kórformák következményes elemeként (például igen gyakori az x-láb megjelenése a cerebralis paresises gyermekeknél, a különböző izomcsoportok eltérő mértékű görcsös bénulása miatt).

Az „egyéb” kategóriába sorolt kórformák között is szerepelnek összetett tünetegyüttesek.

Az arthrogryposis multiplex congenita veleszületett rendellenesség. Jellemzői az izomzat és a kötőszövet merevsége, hiánya vagy kóros elfajulása miatt létrejövő ízületi kötöttség. Gyakran mind a négy, ritkábban csak az alsó vagy csak a felső végtagokban már a méhen belüli életben kialakulnak kényszertartások. Ha például a gyermek könyökízülete nyújtott helyzetben fixálódott, egyáltalán nem vagy csak kis mértékben képes a könyök hajlítására. Jellemző tartások a felső végtagon a vállízületben és a csuklóízületben hajlított, a könyökízületben nyújtott tartás és az ujjak mozgásainak beszűkülése. Alsó végtagokban gyakori a csípőízület kiforgatott és enyhén hajlított, a térd enyhén hajlított tartása, de előfordulhat az alsó végtagi ízületek nyújtott, sőt túlnyújtott rögzült helyzete is. Az izomhiányok és a kötőszövet felszaporodása miatt a végtagok hengerszerűek. Mivel az arthrogryposis gyermekek a végtagok funkciókiesését a törzs mozgásaival ellensúlyozzák, szinte elkerülhetetlen a gerincdeformitások, rendellenes tartások megjelenése. Gyakran találkozhatunk – elsősorban járóképes gyerekeknél – az ágyéki homorulat kóros fokozódásával. Jellemző tünet az izomerő gyengülése

az érintett végtagokban. Mindezek jelentősen befolyásolják, akadályozzák a mozgásos teljesítményt, súlyos mozgáskorlátozottság kialakulásához vezetnek. A felső végtag merevsége gátolja a manipulációt és az önkiszolgálási tevékenységeket, az alsó végtag kötöttsége pedig az önálló helyváltoztatás összetettebb formáit (futás, járás).

A chondrodystrophia vagy achondroplasia congenita szintén veleszületett megbetegedés, amely elsősorban a tartó szervrendszer, egész pontosan a hosszú csöves csontokban elhelyezkedő növekedési porc fejlődési rendellenessége. A porc nem kielégítő működése következtében jellegzetes törpenövés alakul ki. Jellemző az alacsony testmagasság (100–130 cm) és a rövid végtagok. A törzs és a koponya csontjait a rendellenesség kevésbé érinti, ezek az életkornak megfelelő fejlettséget érhetnek el. A teljes test arányaihoz viszonyítva a fej nagynak tűnhet. Jellegzetes még a lapos arc koponya, a széles orrgyök, az ellapuló orr. A csontozatban jelentkező eltérések miatt megváltozik egyes izomkötegek anatómiai lefutása, ennek megfelelően hatékonysága és az ízületek helyzete is. Gyakori tünet a kóros ízületi lazaság. Mivel a különböző mozgásos tevékenységek (például a futás) az eltérő testarányok miatt fokozott erőfeszítést kívánnak a gyermekektől, tartós fizikai terhelés esetén előbb jelentkezhet náluk fáradtság. A rövid végtagok megnehezítik az önellátási és manipulációs tevékenységek kivitelezését. Előfordulhat például, hogy a gyermek rövid karjaival képtelen ülő helyzetben felhúzni zokniját, cipőjét, vagy a karokat feje fölé emelve levenni pulóverét. A környezet „elérhetetlensége” szintén problémákat teremt, hiszen az átlagos testmagasságú gyermekeknek tervezett használati és berendezési tárgyak, vagy éppen a tömegközlekedési eszközök csak megfelelő átalakítás után, esetleg nagy nehézségek árán válnak használhatóvá az achondroplasiások számára.

Az osteogenesis imperfecta vagy kóros csonttörékenység a csont anyagcserezavara. A csont szilárdságát biztosító elemek nem kielégítő fejlődése miatt a csontok elvékonyodnak, törékennyé válnak. A létrejött törések nehezen gyógyulnak, súlyosabb esetekben úgynevezett állízületek alakulnak ki belőlük. Ilyenkor a végtagokon egymáson, egymás mellett elmozduló csontvégeket láthatunk szokatlan helyeken, például az alkaron vagy a comb középső részén. A gyógyulás során kialakult hegek deformálják a csontozatot, leggyakrabban a végtagok hosszú csontjait és a bordakosarat. Gyakran már születéskor vagy korai életkorban észlelhetők gerinc- és mellkasdeformitások. A gyermekek egy része járóképes, míg mások a deformitások és az izmok gyengülése miatt csak kerekesszéssel képesek önálló helyváltoztatásra. Az alapbetegség nem érinti elsődlegesen az izmokat, de a törések miatt azok anatómiai lefutása megváltozhat, illetve a gyógyulások időszakában gyakran inaktívak, emiatt következményesen kialakulhat izomerő-csökkenés.

A részletesen ismertetett tünetegyüttesekhez ritkán társulnak más szerveket, szervrendszereket érintő fogyatékoságok. Mivel a központi idegrendszert nem károsodik, nem jellemző az intellektus érintettsége és részképesességszavarok jelenléte. A korai életkorban megélt tartós kórházi kezelések, műtétek és más terápiás beavatkozások, illetve a kialakuló súlyos mozgáskorlátozottság azonban hátráltatják e gyermekek pszichomotoros fejlődését, és ennek késői következményeivel (bizonyos „gyakorlati” tapasztalatok hiányosságaival) még az idegennyelv-órákon is találkozhatunk.

1.2.5 Egy kis kitérő – krónikus beteg gyermekek az idegennyelv-oktatásban

Mint azt már bevezetőnkben is leírtuk, a befogadó intézmények pedagógusaival való együttműködés tapasztalatai és a szakirodalom áttekintése alapján fogalmazódott meg az az igény, hogy a mozgáskorlátozott gyermekek mellett a speciális nevelési igényű tanulók egy másik csoportjáról, a krónikus betegséggel élők oktatásáról is szót ejtsünk. Szegregált intézményben folytatott tevékenységünk során a mozgáskorlátozottsághoz társuló megbetegedések következményeiként mi is találkozunk az alábbiakban leírt problémákkal, de biztosak vagyunk benne, hogy mindannyiunk gyakorlatában előfordulnak krónikus betegséggel élő, hosszadalmas kezelésekből részesülő gyermekek. A leggyakoribb belgyógyászati és neurológiai megbetegedések, mint például a cukorbetegség, a különböző táplá-

lékintoleranciák (lisztérzékenység, laktózerzékenység), az epilepszia, illetve a gyermekkori daganatos megbetegedések jelentősen megváltoztatják az érintett tanulók életvitelét. Minden esetben szigorú életvezetési szabályok betartására, súlyosabb helyzetekben tartós gyógyszeres kezelésre, gyakori kórházi tartózkodásra van szükség, amelyek a tünetmentes időszakban is kihatnak e gyermekek tanórai munkájára. A krónikus betegség által előidézett pszichés megterhelés kedvezőtlenül hat aktivitásukra, motivációjukra, nehezebben vonhatók be a különböző tevékenységekbe. A környezet óvó-védő magatartása és a tartós betegszerep – a mozgáskorlátozott gyermekek helyzetéhez hasonlóan – gátolják a tapasztalat- és ismeretszerzést, a gyermekszerep hagyományos megélését, a társas kapcsolatok kialakítását, a szociális jártasságok elsajátítását. Ennek következtében számos személyiségjellemző kedvezőtlen irányba mozdul el, például önértékelési zavarok alakulhatnak ki. Maguk a betegségek, de gyógykezelésük mellékhatásai szintén lassúbb munkatempót, észlelési-érzékelési és figyelmi nehézségeket, mozgásos ügyetlenséget, fáradékonyságot eredményezhetnek.

2. Képességfejlesztés

2.1 Ajánlások az 1–6. évfolyamok programterveikhez

Mint azt a mozgáskorlátozott gyermekek általános jellemzésében is kiemeltük, a károsodás nem csupán a mozgásos funkciók elszigetelt érintettségét hozza létre, hanem egy igen összetett következményrendszerben hat a gyermekek teljes személyiségfejlődésére. A mozgásos tapasztalatszerzés nehezítettsége, hiánya kihat a korai szenzomotoros fejlődés, a megismerő tevékenység több részterületére (például a testséma, testvázlat vagy a térbeli orientáció alakulására). A gyermek kevésbé lesz képes értelmezni környezete jelzéseit és alkalmazkodni azokhoz, ugyanakkor sérül az a képessége is, hogy aktívan befolyásolja az őt körülvevő világot. A mozgáskorlátozottság ténye és az egészségügyi ellátás gyakran kényszerít egyfajta tartós „betegszerepet” a gyermekekre, amely akadályozza az életkornak megfelelő szociális szerepek megélését, kapcsolat kialakítását. Gyakran a legelemibb, családon belüli kapcsolatok is sérülnek. Mindezek mellett – jellemzően a központi idegrendszer érintő kórformák esetében – az alapbetegséghez csatlakozhatnak organikus eredetű részképességzavarok, amelyek további hiányosságokat eredményeznek alapvető kognitív funkciókban.

Mindezek a hátrányok ellensúlyozhatók, csökkenthetők, ha sikerül megvalósítanunk az idegen nyelvi kompetenciaterület programterveiben megfogalmazott célkitűzést: meghatározzuk az integrált oktatásban részesülő gyermekek, fiatalok nyelvi szintjét, saját szükségleteiket, megállapítjuk a nekik megfelelő fejlesztési területeket, és folyamatosan új ötleteket keresünk a lehetséges eszközökhöz és módszerekhez.

A fejlesztési területek és szakaszok áttekintésekor megállapítottuk, hogy differenciálásra, a tananyag és a taneszközök adaptálására leginkább az idegen nyelvi olvasás és írás bevezetése előtti oktatási időszakban van szükség.

Az „Interakció”, az „Összefüggő beszéd” és a „Beszéderítés” területeken minden programcsomagban megjelenik elvárásként a testbeszéd, a mimika és egyéb nonverbális eszközök használata. Ezt még az enyhébb sérülések is akadályozhatják, hiszen a testbeszéd mozgásos alapja minden esetben érintett. Hozzájárul még a nehézségekhez a kialakulatlan vagy rendellenes testséma és mozgásérzékelés. A kisgyermek gyakran képtelen a kifejező mozgások felidőzésére és rekonstruálására, de néhány esetben még az utánzására is. Ennek hátterében a percepció zavarokon kívül a tudatos mozgásirányítás, tervezés károsodása és fejletlensége áll. Az arc izmait is érintő idegrendszeri megbetegedéseknél spontán helyzetekben is hiányozhatnak, szegényesek lehetnek az arckifejezések, és különösen nehéz

ezeket irányított helyzetben alkalmazniuk. A szocializációs folyamat érintettsége, a társas kapcsolatokban szerzett tapasztalatok hiányosságai miatt problémás lehet a nonverbális jelek észlelése és értelmezése is.

A gyermekjátékokban és egyéb interaktív tevékenységekben a legtöbb mozgáskorlátozott gyermek örömmel vesz részt, de aktivitásukat alapvetően mozgásállapotuk határozza meg. A mozgáskorlátozott gyermeket befogadó osztályokban szükség lehet differenciálásra vagy adaptálásra a mozgásos játékokban, feladatokban. Az eljátszással, utánzással, hangeffektusokkal, manipulációval járó tevékenységeknek az érintett gyermek képességeihez kell alkalmazkodniuk. Alsó végtagi bénulással élő, kerekesszékes gyermeknél nem kivitelezhető az a feladat, hogy bizonyos kifejezésekre nagymozgásokkal (felállással, leguggolással stb.) reagáljon. Megoldást jelenthet, ha hasonlóan „látványos” helyettesítő mozgásokat keresünk a számára (karok magasba emelése, karba fonása, tábla felmutatása, kép, tárgy kiválasztása vagy más jelzés), de az ép gyerekek is szívesen próbálkoznak a sérült társuk számára elérhető mozgások kivitelezésével.

Az ajánlott nyelvi tevékenységek között ebben a szakaszban gyakran előfordulnak a vizuális megjelenítés különböző formái (rajz, gyurmázás, kollázs, makettkészítés). A finommozgások korlátozottsága kihathat ezekre az aktivitásokra, előfordulhat, hogy a gyermek nem, vagy csak megfelelő átalakítás után képes a hagyományos rajzeszközök használatára. A felhasználható speciális eszközökről és az adaptációs lehetőségekről külön fejezetben is beszámolunk. Emellett nagyon fontos, hogy értékeljük és elismerjük hasonló feladatokban a tanuló igyekezetét. A képi ábrázolás sok esetben elmarad az ép társakétól, és nem tükrözi a gyermek valós tudását az adott témában. Ennek reális megítéléséhez elengedhetetlen a gyermek és a mozgásos teljesítményt befolyásoló tényezők ismerete.

Néhány esetben (például tartós kórházi tartózkodást követő időszakban vagy a folyamatos leépülést mutató betegségeknel) tapasztalhatjuk a motiváció, a közösségi szerepvállalás csökkenését, bizonyos tevékenységek elutasítását. Ezek a jelenségek előfordulhatnak krónikus beteg gyermekek hasonló – nehezen tolerálható, kritikus – élethelyzeteiben is, de tapasztalataink szerint átmeneti jelleggel. Ezekben a szituációkban sokat jelenthet a türelmes, elfogadó közösség, de szükség lehet a pedagógus támogató magatartására, bátorítására, motivációjára is.

Hasonló magatartással juttathatjuk sikerélményhez a kisgyerekeket az ajánlott nyelvi tevékenységek között szereplő előadások során. Mint már említettük, a károsodott mozgásos képességek mellett megjelenhetnek beszéd-, percepció, emlékezeti és figyelmi zavarok. Az emocionális tényezők mellett ezek határozzák meg csoportos és önálló feladatokban nyújtott előadói teljesítményüket. (Nehézséget jelenthet például gyermekdalok előadása vagy ritmusos hangszeres kísérete.) Fontos, hogy képességeiknek megfelelő aktivitást várjunk el tőlük az előadások során. Ahhoz, hogy a társak, a környezet és a speciális nevelési igényű gyermek számára egyaránt örömet okozzon a produkció, az optimális tevékenységi formák és eszközök kiválasztására, esetleg adaptálására lehet szükség, amely kreativitást és felkészülést kíván a pedagógustól. Nagyon fontos azonban, hogy a mozgáskorlátozott gyermek sérülése, megváltozott képességei miatt ne maradjon ki az ajánlott tevékenységekből.

Az olvasás és írás bevezetését megelőző szakaszban minden programcsomagban kiemelt szerephez jutnak a gyermekversek, gyermekdalok. Súlyos beszédzavarokkal küzdő, központi idegrendszeri sérült gyermekek számára rendkívüli nehézséget jelent e gyermekirodalmi művek ritmizálása, folyamatos elmondása. Csoportos éneklésnél, versmondásnál mind az érintett gyermek, mind társai számára nyilvánvalóvá válik az eltérés. A szegregált intézményi gyakorlatban bevált, hogy ezeket a gyermekeket arra biztatjuk, hogy a többiekkel együtt kezdjen a versmondásba, és saját tempójában fejezze is be. Korábban előfordult, hogy a nehezen beszélő tanuló a társakkal együtt elkezdte a dalt vagy verset, együtt tartott velük egy-két soron keresztül, de utána elhallgatott. Megoldást jelenthet az is, ha a gyermek a könnyebben hangoztatható szavak, rímek, refrének elmondásával csatlakozik a többiekhez. Tárgyilagos és őszinte megbeszéléssel a másság (a beszédzavar és/vagy súlyos mozgás-

korlátozottság) már a kisiskoláskorban elfogadtatható, egyáltalán nem törvényszerű, hogy társai hátráltató tényezőként tekintsenek rá a csoportos tevékenységek, előadások során.

Szintén számukra, illetve akusztikus percepció és emlékezeti zavarokkal küzdő, központi idegrendszeri sérült tanulók számára jelenthet problémát a helyes kiejtés észlelése, felidézése és visszaadása gyermekirodalmi műveken keresztül. Fontos, hogy a programcsomagok ajánlásainak megfelelően értékeljük a gyermek törekvéseit a minél helyesebb artikulációra, hangsúlyozásra, és biztosítsunk a többiekhez hasonlóan számára is lehetőséget a hangos beszéd gyakorlására. A helyes intonáció, hangsúly, hangszín és kiejtés elérése és biztonságos alkalmazása még az enyhébb sérüléseknél is nehézségekbe ütközik. A fejlődés mértéke azonban mindig a gyermek saját eredményeihez viszonyítva határozható meg, az értékelés alapjául ez szolgálhat.

A KER A1 és A1 szinteken két programcsomagban jelenik meg az ajánlott nyelvi tevékenységek között a találgatás/kitalálás eljátszás alapján. Ennek sikerét a mozgáskorlátozott gyermekeknél az eljátszást nehezítő mozgásos tényezőkön kívül befolyásolják a megismerő tevékenység hiányosságai is. Súlyosabban sérült gyermekeknél előfordulhat, hogy hiányoznak azok a gyakorlati tapasztalatok, amelyek segítenék egy-egy tárgy, cselekvés lényegi jellemzőinek kiemelését, ezek felismerését vagy közvetítését. Ha a gyermeket a család csecsemőkora óta gépkocsival szállítja, nem ismerheti fel például az autóbuzos utazás „belülről” tapasztalható jellegzetességeit, a csengő után az ajtók zárását, vagy a leszállásjelző használatát. Hasonló játékokban gyakran tapasztalható, hogy míg az ép gyermekek az eljátszani vagy tevékenységgel illusztrálni kívánt jelenségek mozgásos elemeit emelik ki előszeretettel, addig a mozgáskorlátozott gyermekek számára ezek a jellemzők nem meghatározók. Hasonló okok miatt kíván alapos előkészítést a – több programcsomagban is ajánlott – szerepjátékok bevezetése. Szükség lehet bizonyos dolgok szemléltetésére, fogalmak magyarázatára, hétköznapi viselkedésminták, fordulatok felelevenítésére. A szerepjáték során szem előtt kell tartani, hogy a gyermek az életkorának megfelelő természetes szerepeket is korlátozottan élte meg, közösségi-szociális tapasztalatai is hiányosak lehetnek, ezért előfordulhat, hogy az átlagosnál több irányítást és megerősítést igényel a szerepjátékok során.

Az „Írásbeli szövegalkotás” fejlesztési terület megjelenésével újabb speciális szükségletek válhatnak nyilvánvalóvá a mozgáskorlátozott tanulóknál. Minden olyan kórformánál, ahol a károsodás a felső végtagok funkciójára is kihat, nehezített lehet az írás kivitelezése. Felsővégtag-hiányoknál rövid csonkokkal kivitelezhetetlen, hosszabb, de ujjak nélküli csonkokkal nehezített a ceruzafogás. A petyhüdt benuállással, fokozódó izomgyengüléssel élő gyermekeknél folyamatosan gyengülhet az írás nyomatéka, és egyre megterhelőbb feladattá válhat az írás. A karokat, kezeket is érintő görcsös benuulás szintén nehezíti, súlyos esetekben kivitelezhetetlenné teszi a ceruzafogást, ceruzahasználatot. A koordinációs zavarok és túlmozgások következtében a gyerekek gyakran az elvártnál csak jóval erősebb nyomatékú és nagyobb méretű betűk írására képesek. Megfelelő adaptáció nélkül megoldhatatlanná válnak számukra például a „Projektek a nyelvórán” programcsomag programtervében szereplő feladatok; a szóbuborékok és kiegészíthető feladatlapok kitöltése. E probléma megoldásához a pedagógus elkészítheti a feladatlapokat nagyobb méretben, de idősebb gyerekeknél „energiatakarékos” megoldás, ha a túl hosszúnak ítélt mondatokat az oldalszám és a feladat megjelölésével a füzetükbe írják. Arthrogryposis tanulóknál a felső végtag merevsége és kötöttsége befolyásolja a ceruzafogást, az írás képességét. Achondroplasiás törpenövésnél a túl rövid felső végtagok nehezíthetik ezt a tevékenységet. A kézírásra képes gyermekek is speciális eszközöket (csúszásgátló fóliát, ceruzafogót, eltérő vonalazású füzetet stb.) igényelhetnek, ezekről később külön fejezetben írunk. Azoknál a tanulóknál, akiknél a sérülés jellege és mértéke nem teszi lehetővé a kézírást, megoldást jelenthet a gépi írás (számítógépen vagy elektromos írógépen). Ennek elsajátításához a gyermek felkészült szakember, gyógy-pedagógus segítségét igényelheti.

A felsorolt tényezők nemcsak a ceruzafogást, de minden rajz- és egyszerű technikai eszköz használatát akadályozhatják. Így problémát jelenthet az ajánlott nyelvi tevékenységek között a számtalan esetben megjelenő illusztráció, rajz, kollázs, poszter, plakát, prospektus, képregény készítése. Megfelelő segédeszközökkel, jó munkamegosztással, a feladatok „szabadabb” értelmezésével ezek a nehézségek áthidalhatók. Például egy mozgáskorlátozott gyermeket integráló osztályban a közös poszter elkészítésénél a végtaghiányos gyermek készítette a kép hátterét úgy, hogy egy erősen bevizezett rajzlapon szívószálba fűjva terelgette a társa által odapötytyintett festéket. Ebből ágas-bogas fa alakult ki, ami köré helyezték el a többiek által kivágott, meghajtogatott állatokat.

Az „Írásbeli szövegalkotás” fejlesztési területen a „Mesemondóka” programcsomag programtervében a kiemelten fontos kompetenciák között találkozhatunk keresztretjvények megoldásával, illetve elkészítésével és a tanult szöveg sorba rendezésével. A központi idegrendszeri sérülések esetében általános, de más megbetegedések mellett is előfordul a téri tájékozódás zavara. Károsodhat a téri reprezentációért felelős agyterület, de sokkal nagyobb jelentőséggel bír, hogy a megismerő tevékenység, az önálló mozgásos ismeretszerzés akadályozottsága miatt nem megfelelően fejlődik a gyermek testtudata és testsémája. Későn alakul ki valamely testfél dominanciája, a „kezesség” és a domináns kéz következetes használata a manipulációs tevékenységekben. Gyakori, hogy nagyjából állandósul a jobb vagy a bal kéz preferálása, de a láb vagy a szem használatában az ellentétes testfél az uralkodó. A gyermek ennek következtében saját testén is nehezen határoz meg viszonyítási pontokat, nem képes a téri irányok megkülönböztetésére. Így a környezeti tárgyak térbeli helyzetének, mozgásirányának, viszonyainak meghatározása is problémát jelenthet. A keresztretjvények megoldásához és az elemek sorba rendezéséhez azonban elengedhetetlen a térbeli relációk magabiztos ismerete és e tudás rugalmas alkalmazása. Előfordul, hogy kiemelkedően jó nyelvi képességekkel bíró cerebrál paresises tanuló rendszeresen kudarcot vall egyszerű, de téri orientációs elemeket is tartalmazó célnyelvi játékokban. Fontos annak tudatosítása a gyermekekben, hogy téri tájékozódási zavaruk és az ebből fakadó hibák nem csökkentik az idegennyelv-órákon elért sikereiket, eredményeiket. Ugyanakkor szükséges és hasznos lehet a téri orientációs problémák kezelése – természetesen nem a nyelvoktatás keretein belül.

Az írásbeli szövegalkotás ajánlott tevékenységei között, a KER A1 szinten jelenik meg a tanult szövegek másolása, leírása. A központi idegrendszeri sérüléseknél gyakrabban, a többi tünetegyüttesnél az átlagnépességhez hasonló arányban jelenik meg diszlexia. Számukra az idegen nyelvű szövegek lemásolása és leírása fokozott nehézséget jelenthet. Ebben a korai életkorban segítséget jelenthet, ha a gyerekek padján és a lemásolandó szöveg mellett a táblán egyforma „tájékozódási pontokat” helyezünk el. A diszlexia terápiájából átvéve a pad és a tábla bal oldalára ragasztott piros szív, a jobb oldalra ragasztott kék színű kéz használata ajánlott. Szintén megkönnyíti a másolást, ha a gyermek tanári irányítással, segítségadással önmaga keresi meg a másolandó szavakat a könyvben található szövegben, és aláhúzással ki is emeli azokat. A tollbamondás segítésére bevált gyakorlat, hogy a leírandó mondatot először mindig végigolvassuk, akármilyen hosszú is, és csak ezután következhet a diktálás.

Fontos fejlesztési cél az önálló tanulás képességének kialakítása. Még a súlyos mozgásállapotú gyermekek is képesek az önálló, a tanár által támogatott, de kevésbé irányított ismeretszerzésre az idegennyelv-órákon. Az így megszerzett tudás a későbbiekben nagyobb biztonsággal előhívható és rugalmasabban alkalmazható. A tanulás tanítása kisiskoláskorban, kezdő szinten sok feladatot és ennek megfelelően sok időt igényel, de a hatékony nyelvoktatáshoz a későbbiekben elengedhetetlen. Ezekben a korai fejlesztési szinteken mindenképpen hasznos a közös ellenőrzés bevezetése – például a kiegészítéses, sorba rendezéses, másolásos feladatokban. Ezzel lehetőséget biztosítunk a gyermekeknek arra, hogy felfedezzék saját hibáikat, és tudatosan vegyenek részt azok javításában.

A KER A1 szinten az „Olvasás” fejlesztési területen mindhárom programcsomag programtervében megjelenik az önálló, értő néma olvasás és hangos felolvasás a kiemelten fontos kompetenciák,

illetve az ajánlott nyelvi tevékenységek között. Az értő olvasást nehezíthetik a mozgáskorlátozott gyermekeknél megjelenő, már említett téri orientációs zavarok és a diszlexia. Néhány kórformánál – például a központi idegrendszeri károsodásból kialakuló cerebralis paresisnél és más, szintén az agyállományt érintő elváltozásoknál (pl. hydrocephalus) – előfordulhatnak olyan kóros szemmozgások (nystagmus) és a szemtengely rendellenes állása (kancsalság, strabizmus), amelyek gátolják a követő olvasáshoz szükséges fixálást. Athetotikus és ataxiás gyermekeknél a fej és a vállöv stabilizálása is nehézséget jelenthet. Felolvasásnál a megértést nehezíthetik a tanulók artikulációs zavarai. Mint azt már említettük, mindenképpen szükségesnek tartjuk, hogy a gyermekek ennek ellenére lehetőséget kapjanak a hangos beszéd, és így a felolvasás gyakorlására is.

Szintén az „Olvasás” fejlesztési területen található a kiemelten fontos kompetenciák között az az elvárás, hogy a gyermekek képesek legyenek az olvasott szövegben az ismert kifejezések írott és hangzó alakjának összekapcsolására. A „Projekt a nyelvórán” programcsomag programtervében pedig megjelenik az anyanyelv és a tanult idegen nyelv hangzó és írott változatainak differenciálása is a kiemelten fontos kompetenciák között. Mindezek elérését gátolhatják a mozgáskorlátozott gyermekeknél magasabb arányban előforduló hallási észlelési, figyelem- és emlékezeti zavarok, amelyek legtöbbször a központi idegrendszer sérülésének következményei, és csak ritkán elsődleges halláskárosodás tünetei. A hangok megfelelő észlelése, differenciálása, megkülönböztetése az anyanyelv hangjaitól csak nagyon sok gyakorlással, súlyosabb esetekben párhuzamos logopédiai fejlesztéssel érhető el. A hangzó és írott alakok felismerését, összekapcsolását tovább nehezíthetik a vizuális észlelés, figyelem és emlékezet zavarai is.

2.2 Ajánlások a 7–12. évfolyamok programterveihöz

Az életkor és a fejlesztési szintek előrehaladtával az idegen nyelvi programtervekben egyre kevesebb hangsúlyt kapnak a mozgásos tevékenységek, játékok, inkább a megszerzett ismeretek rugalmas és kreatív alkalmazása kerül előtérbe. Ennek megfelelően ajánlásainkban egyre kevésbé hivatkozunk a mozgásos akadályozottság közvetlen hatásaira, sokkal inkább a társadalmi részvétel, a közösségi és kulturális tapasztalatszerzés korlátozottságát emeljük ki az összetett következményrendszer elemei közül.

A „Kreatív kommunikáció” és a „Projektek a nyelvórán” című programcsomaghoz készült pedagógiai koncepció több öröndetes gondolattal erősíti meg, hogy az integráció szellemisége jól beilleszthető az oktató-nevelő munka korszerűsítését célzó más törekvések célkitűzései közé, és nemcsak a sérült, de az ép tanulók minőségi oktatását is elősegítheti. Egyetértünk a programcsomag kidolgozójával abban, hogy a „tanulót és a tanulást a középpontba helyező programoknak tekintetbe kell venniük, hogy a tanulók tudásszintjük különbözősége mellett még sok más szempontból is különböznek egymástól, és biztosítaniuk kell a tanulók számára az egyéni utakat.” Szintén jelentőségteljes az a megállapítás, hogy a nyelvi készségek fejlesztésének az általános készségek fejlesztésével összefüggésben kell megvalósulnia, elsősorban társas tanulási módszerek alkalmazásával. A speciális nevelési igényű tanulók hatékony fejlesztésének kulcsa a tervezésben és a megvalósításban egyaránt a komplex szemléletmód. A gyermekek, fiatalok speciális fejlesztési szükségletei az idegennyelv-órákon is túlmutatnak a megszokott kereteken. A nyelvtanárok több általános fejlesztési cél megvalósítói lehetnek. A (mozgáskorlátozott) gyermekeknek (is) „erőfeszítésekre képes, kitartó, tudatos és autonóm tanulókká kell válniuk”, ami a „jól szervezett, hatékony, alkalmazható nyelvi tudás és a képességek különböző kontextusokban való harmonikus fejlesztésével” érhető el leginkább.

Mindhárom programcsomag céljai, prioritásai között megjelennek azonban olyan elvárások, amelyek a mozgáskorlátozott gyermekek, fiatalok szempontjából más megfogalmazást igényelnek. Ilyenek például a jónak tartott ötlet kivitelezésére, saját projektek bemutatására, „szokatlan” eszközhasználatra, csoportos vagy páros munkára irányuló fejlesztési célok. A mozgásos teljesítmény akadályozott-

sága ebben az életkorban is behatárolja a gyermek lehetőségeit a manipulációban, az ép felső végtagi funkciót, mozgáskoordinációt, tudatos mozgástervezést- és kivitelezést igénylő tevékenységekben, például a rajzolásban, a pantomimjátékban vagy a zenélésben. Mindezek nehezíthetik az ötletek kreatív kibontakoztatását, a sérült gyermek és a közösség igényeinek megfelelő alkotások létrehozását. Az önálló előadások során az erőteljes érzelmi hatások (izgalom, szorongás) fokozhatnak bizonyos mozgásos tüneteket. A mozdulatok még inkább koordinálatlanná válnak, az izmok görcsös tónusa fokozódik, súlyosbodhatnak a gyerekek kényszermozgásai vagy dadogása. Ilyen helyzetekben hatékonyabbnak tartjuk, ha a tanuló csoportos prezentációban vesz részt előadóként, súlyosabb esetekben esetleg csak az előadás előkészítésében és „háttérmunkáiban”. Fontos azonban annak biztosítása, hogy a gyermek képességeinek, állapotának megfelelő alkotó tevékenységet végezhesen.

Szintén az alapvető károsodásokra vezethetők vissza a páros vagy csoportos munkavégzés nehézségei is. Mint az a „Kreatív kommunikáció” programcsomag bevezető részében is kiemelésre került, ebben az életkorban a tanulók közti versengést nagyrészt felváltja az együttműködés a tanórák, a közös munka folyamán is. A mozgáskorlátozott gyermekekben, fiatalokban természetes igény ébredhet arra, hogy a közösség elfogadott és elismert tagjai legyenek – társaikhoz hasonlóan. Saját szerepüket, munkájuk értékét általában negatívan ítélik meg, és csökkent teljesítményük és terhelhetőségük miatt néhányan hajlamosak arra, hogy a páros és csoportos feladatokban a háttérbe vonuljanak. Ha az osztályközösség kevésbé elfogadó, társaik a közös munka során nem tudják kihasználni a mozgáskorlátozott gyermekek képességeit, az együttműködést kizárólag „egyenlő teherviselésként” tudják elképzelni, elutasító magatartásuk szintén a sérült tanulók elkülönülését eredményezheti.

Mindhárom programtervben, minden fejlesztési szinten és területen megjelenik az útbaigazítás, az instrukciók, a társasági fordulatok gyakorlása a kiemelten fontos kompetenciák között; az ajánlott nyelvi tevékenységeknél pedig találkozunk egyszerű tranzakciókon (például jegyvásárlás, banki ügyintézés stb.) alapuló nyelvi feladatokkal. Mozgáskorlátozott gyermekeknél, fiataloknál a téri orientációt is igénylő feladatoknál – például az útbaigazításnál, instrukciók megfogalmazásánál és követésénél – az esetleges észlelési és tájékozódási zavarok befolyásolhatják a teljesítményt.

A társas kapcsolatfelvétel, az információcsere, a csoportos interakciók gyakorlását nehezíthetik a szociális tapasztalatok sérülésből adódó hiányosságai. Amint a mozgáskorlátozottság ténye ismertté válik a gyermek környezetében, a legelemibb társas viszonyulások is megváltozhatnak. Sérül például az anya-gyermek kapcsolat, hiszen a várt egészséges kisbaba helyett egy beteg gyermek születése mély megrendültséget, kétségbeesést eredményezhet. A sérült újszülöttek szüleinek jellemző problémája, hogy úgy érzik, nem tudják megfelelően értelmezni gyakran síró, törekeny egészségű kicsinyük jelzéseit. Ennek megfelelően a gyermek viselkedésére adott reakcióik bizonytalanok lehetnek. A későbbiekben kialakulhat egyfajta túlféltő, túlóvó magatartás a családtagok részéről. Ezt a magatartásformát erősíti a sérült gyermekekről és családjukról kialakult társadalmi megítélés (a fogyatékos gyermek fokozott védelemre szorul, nehezen illeszthető be közösségbe, „jobb helye van az édesanya mellett” stb.). Ennek megfelelően a gyermek valóban korlátozott az életkorának megfelelő társas kapcsolatok kialakításában, a gyermekszereppel együtt járó viselkedési minták begyakorlásában. A hosszadalmas kórházi kezelések és a rendszeresen ismétlődő terápiás foglalkozások tartós betegszerepet alakíthatnak ki bennük, amely negatívan hathat a kicsik motivációjára, aktivitására. A mozgás akadályozottsága mellett mindezek gátolják a megismerő folyamatok, a tapasztalatszerzés és a szociális fejlődés szokásos lefolyását. A gyerekek, fiatalok számtalan olyan élményből kimaradnak, amelyek egészséges társaik és iskolai környezetük számára természetesek. Kerekesszékekkel vagy segédeszközökkel, nehézkesen járva, akadálymentes környezet hiányában nem vehetik igénybe azokat a szolgáltatásokat, amelyek ép kortársaik számára elérhetők. Nem tudnak például önállóan bevásárolni a lakóhelyükhöz közeli üzletekben, és legtöbbször csak szülői segítséggel, gépkocsival juthatnak el moziba vagy koncertre. Ennek megfelelően csökkennek a lehetőségeik arra, hogy különböző élethelyzetekben ki-

próbálják magukat, megtanuljanak váratlan fordulatokra reagálni. A hasonló feladatok megoldása (a különféle interakciókban való részvétel, tranzakciók lebonyolítása, a mindennapi étellel kapcsolatos gyakorlati kérdések megvitatása) a nyelvórákon is nehézséget jelenthet – egyszerűen a háttért jelentő tapasztalatok, élmények hiánya miatt. Ugyanezen okból lehet problémás a „Kreatív kommunikáció” programterv KER A2 szintjén az „Olvasás” fejlesztési terület kiemelten fontos kompetenciái között megjelenő elvárás teljesítése: „képes megérteni a közhasználatú táblákat, feliratokat, kiírásokat”. A gyakorlati tapasztalatok hiánya mellett a felső végtag korlátozott funkciója, a kézírás nehezítettsége is akadályozza mindhárom programterv KER A1, A2 illetve B1 szintjén az „Írás” fejlesztési területen megjelenő ajánlott nyelvi tevékenységeket: a nyomtatványok, kérdőívek, üdvözlőlapok kitöltését. Előfordulhat ugyanis, hogy a fiatal mozgáskoordinációs zavarai vagy túlmozgásai következtében nagyméretű, erős nyomatékú betűket ír, amelyek nem helyezhetők el a rendelkezésre álló mezőkben, vagy a kézírás helyett gépi írást alkalmaz a tanórákon. Az írás tempójának megváltozása nehezítheti a jegyzetek készítését olvasott vagy hallott szöveg, a társak prezentációi alapján.

A „Projektek a nyelvórán” és az „Internet a nyelvórán” programtervekben hangsúlyos szerepet kap a tanulók önálló felkészülése. Az épített környezet és a társadalmi szolgáltatások jelentős része napjainkban még nem elérhető a mozgáskorlátozott gyermekek, fiatalok számára. Bár a közintézmények akadálymentesítése folyamatos, a tömegközlekedési eszközök megakadályozhatják, hogy „kutatómunkát” végezzenek például a könyvtárban, múzeumban, vagy megfelelő „szakirodalmat” szerezzenek be könyvesboltban, újságárusnál. Az otthoni felkészülést problémássá teheti, ha ott nem állnak rendelkezésre az iskolában használt adaptált eszközök, akár egy asztallaphoz rögzített egykezes ollót, akár személyi számítógépet használ a gyermek az elvárt tevékenységhez.

2.3 Ajánlások a magyar mint idegen nyelv kompetencia fejlesztéséhez az 1–12. évfolyamokon

Bár a mozgáskorlátozott gyermekek speciális szükségletei közel azonosak az idegen nyelv és a magyar mint idegen nyelv tanítása során – a rendelkezésre álló pedagógiai koncepció részletessége miatt – külön alfejezetben ismét kiemelünk, rendszerezünk néhány eddigi megjegyzést, immár a magyar nyelv oktatásához formálva.

A KER A-1 és A1 szinteken a „Interakció” fejlesztési területen, illetve a modulokban megjelenő kiemelten fontos kompetenciák közül az útbaigazítás kérését, értelmezését, követését, megfogalmazását, a modulokban pedig az időbeliség meghatározását és az óra használatát a mozgáskorlátozott tanulóknál nehezíthetik a már ismertetett téri tájékozódási és észlelési zavarok. A hallási percepció, figyelem és emlékezet érintettsége, amelyek jellemzőek a központi idegrendszeri sérült gyerekekre, gátolhatják a beszédhangok hosszúságának észlelését, differenciálását, a magyar nyelv hangjainak felismerését. A társuló fogyatékosként vagy másodlagos tünetként jelentkező beszédzavarok pedig a beszédprodukciónak hatnak hátrányosan.

A 2.1 alfejezetben részletesen is ismertetett tényezők, a mimikai izmok érintettsége és a nonverbális jelzések használatát elősegítő szociális tapasztalatok hiányosságai miatt akadályozottá válhat a gesztusok és a mimika célszerű használata, szerepek eljátszása (KER A-1, A1, A2 szint, „Interakció” fejlesztési terület).

A különböző fejlesztési szinteken megjelenő témakörök feldolgozását hátráltathatja a megismerő tevékenységek és a szocializáció eltérő fejlődése, a megfelelő tapasztalatok, élmények hiánya. Ez a hatás fokozottan jelentkezhet a „Köszönés, bemutatkozás”, a „Közlekedés”, a „Közlekedés és szolgáltatások”, a „Vásárlás”, a „Szabadidő”, a „Játékok”, a „Társasjáték”, a „Kiránduljunk!”, a „Gyerekek városa” és a „Testünk, testrészeink” témák ismeretanyagának elsajátításánál. Ismeretlenek lehetnek a súlyos mozgáskorlátozott gyermekek, fiatalok számára például a játszótéri eszközök, a társas érintkezésben használt ritkább nyelvi fordulatok vagy a banki ügyintézés menete. Figyelembe kell venni, hogy a sé-

rült tanuló tapasztalatai ebben az esetben nemcsak behatároltak, de legtöbbször egy eltérő kulturális környezetből származnak. Ennek kompenzálására a magyar nyelv tanítása során is törekedni kell az ismeretek sokoldalú szemléltetésére, a különböző érzelmi csatornákat igénybe vevő, illetve a tevékenységen alapuló ismeretszerzés biztosítására.

3. A témakörök és a mozgáskorlátozottság

Az idegen nyelvi programcsomagokban nem jelennek meg konkrét témakörök, inkább a képességfejlesztés célkitűzései és tevékenységei hangsúlyosak.

A mozgáskorlátozott gyermekeket integráló osztályokban az idegen nyelv oktatásába jól beilleszthetők a hasonló sérüléssel élő emberek társadalmi elismerését segítő eredményeiről, teljesítményéről szóló témák. Érdeklődésre tarthatnak számot a paraolimpiai versenyzőkről, kerekesszékes táncosokról, művészekről (pl. Christopher Reeve), kiemelkedő tudományos sikereket elért mozgáskorlátozottokról (pl. Stephen Hawking) szóló olvasmányok, hírek, riportok. Ezek egyrészt megerősíthetik a sérült gyermek helyzetét az osztályban, másrészt hosszú távú hatással lehetnek az ép tanulók szemléletének alakulására.

A mindennapi élethelyzeteket feldolgozó témaköröket bővíthetjük a speciális nevelési igényű gyermek számára fontos tevékenységek, eszközök leírásával. Megtaníthatók például a mozgáskorlátozottak sportjának fontosabb kifejezései, főleg akkor, ha a sérült tanulók maguk is gyakorolnak valamilyen sporttevékenységet. A legtöbb mozgáskorlátozott gyermek igényli, hogy megtanulhassa személyes segédeszközeinek elnevezését. A tizenéves fiúk óriási lelkesedéssel tanulmányozzák például a legmodernebb elektromos kerekesszékek angol nyelvű ismertetőit a világhálón. A kapcsolatfelvétel és segítségkérés egyszerű és összetett formáinak gyakorlásában szintén megjelenhetnek speciális szükségleteik, még akkor is, ha az interakciót nehezítik a második fejezetben ismertetett tényezők.

Mozgáskorlátozott gyermekek a szenzomotoros és a pszichoszociális fejlődés, a megismerő tevékenységek zavara miatt számos olyan élménytől, tapasztalattól eleshetnek, amelyek egészséges társaik esetében magától értetődően szolgáltatnak alapot később a nyelvi tevékenységekhez. E tapasztalatok hiánya megnehezítheti a mozgáskorlátozott tanulók részvételét bizonyos témakörök feldolgozásában (pl. közlekedés a nagyvárosban), de nem feltétlenül szükséges emiatt a tananyag jelentős adaptálása. A pedagógus irányításával és körültekintésével elkerülhető, hogy bármely témakör feldolgozása sértse a mozgáskorlátozott gyerekek, fiatalok érzékenységét vagy érdekeit. A befogadó iskolák idegennyelv-tanárai folyamatosan kísérik figyelemmel az érintett csoport napjainkban használt elnevezéseit, illetve azok változását, ezzel is hozzájárulva a negatív érzelmi töltésű kifejezések elhagyásához.

4. Tanulásszervezési formák

Az idegen nyelv oktatásában egyre inkább érvényesül az egyéni különbségek, szükségletek figyelembevételére és kielégítésére irányuló törekvés. Ennek megfelelően egyes tanulásszervezési formák is eltérő hangsúlyt kapnak, különösen azokban az osztályokban, amelyekben speciális nevelési igényű gyermekek is tanulnak. A differenciálás nemcsak a mozgáskorlátozott gyermekek tanulási folyamatait segítheti, de fokozhatja a hatékonyságot az eltérő képességű ép tanulók oktatásában is. Az optimális környezeti és személyi feltételek biztosításából, az órákon alkalmazott módszerek és eszközök sok-

színűbbé válásából szintén az egész osztályközösség részesedhet. A következőkben megfogalmazott ajánlások szintén javára válhatnak a mozgáskorlátozott gyermekeknek és ép társaiknak egyaránt.

A hagyományos oktatásban leggyakrabban alkalmazott tanulószervezési forma, a frontális osztálymunka során a gyermekek az ismereteket párhuzamosan, azonos ütemben sajátítják el. A pedagógus tevékeny (bemutat, magyaráz, ellenőriz, értékkel stb.), a tanulók az információknak inkább csak befogadói. A frontális munka során a mozgáskorlátozott gyermek számára a lassúbb pszichomotoros tempó, az észlelési, emlékezeti és figyelemzavarok miatt nehézséget jelenthet az együtt haladás a pedagógussal és a társakkal. Ebből – differenciált foglalkoztatás hiányában – jelentős és véglegesnek tűnő lemaradások alakulhatnak ki, veszélyeztetve az integráció sikerességét. Az ilyen típusú munkaszervezés legtöbbször nélkülözi az ismeretek sokoldalú szemléltetését, bemutatását. Ezáltal egyrészt nem alkalmas arra, hogy a megismerő tevékenység korlátozottságából fakadó hiányokat kompenzálja a sérült tanulóknál, másrészt az ép gyermekeknél is kevés, az ismeret elraktározását és rendszerbe illesztését segítő impulzust biztosít. Egy-egy téma feldolgozása előtt hasznos lehet időt szakítani a megjelenő fogalmak pontosítására, magyarázatára – lehetőség szerint a gyermeki aktivitásnak is teret engedve. Ha az osztály frontális munkában dolgozik az idegennyelv-órákon, figyelni kell arra, hogy a haladási ütem a mozgáskorlátozott gyermek számára is követhető legyen. Ahhoz, hogy a sérült diák számára a tanóra „főszereplői” valóban a pedagógus és az általa közvetített ismeretek legyenek, környezeti átalakítással is hozzájárulhatunk. Fontos, hogy a gyermek a helyéről jól lássa és hallja a tanárt és a táblát vagy a felhasznált multimédiás eszközöket. Sokat segíthet a zavaró körülmények, például a hallási percepciót megnehezítő külső zajok csökkentése, megszüntetése. Hátráltathatja a tanulást, ha a gyermek állandó diszkomfortérzettel küzd, kényelmetlen a széke, vagy a táblakép olvasásához hosszabb ideig nyújtózva, erőltetett helyzetben kell ülnie. Bizonyos deformitások (gerincferdülés, az alsó végtagokon jelentkező kényszertartások) esetében a helyes ülési pozíció a megelőzés és a kialakult deformitások korrekciója miatt is fontos. Ennek beállításához a gyermek gyógytornászának vagy szomatopedagógusának segítségét kell kérni!

Az egyéni munka keretében a tanulók önállóan megoldandó feladatokon dolgoznak, a pedagógus instrukciói alapján és irányítása mellett. Ennél a munkaszervezési formánál – akár új ismeretek elsajátítása, akár a tanultak rögzítése, megerősítése a cél – fontos, hogy a gyermek rendelkezzen az önálló aktivitáshoz, tanuláshoz szükséges képességekkel és előzetes tudással. A mozgáskorlátozott gyermekek az előző fejezetekben részletesen ismertetett akadályozó tényezők miatt több eszközt és segédeszközt, több időt és sok esetben részletesebb irányítást igényelnek az egyéni munka során, mint ép társaik. A feladat megoldásához esetleg személyi segítségre is szükség lehet (például összetett, manipulációt vagy eszközhasználatot is igénylő feladatoknál). Elsősorban a központi idegrendszeri sérült gyermekek számára jelenthet problémát a feladatmegoldás „analógiájának” megértése és követése. Az ő esetükben segítséget jelenthet, ha a feladatvégzés előtt a gyermekközösség vagy a pedagógus összefoglalja és pontokba szedi a tennivalókat, s táblára írt emlékeztetőt készít azokról. Szintén javíthatja az önálló munka hatékonyságát, ha a mozgáskorlátozott tanuló egy, a képességeihez és fejlettségi szintjéhez alkalmazkodó résztevékenységet végez az egyéni munka során. Lehetséges például, hogy a szótárhasználat gyakorlásához egy olvasmány feldolgozásában a felsővégtag-hiányos vagy izomsorvadásos gyermek nem használ és „mozgat meg” négy-öt különböző szótárt, hanem kiemeli egy-egy kifejezés minden előfordulását a szövegben, és a szótárhasználatához személyi számítógépén szótárprogramot használ.

A programtervekben igen nagy hangsúlyt kap a csoportos és a párban végzett munka. Mozgáskorlátozott tanulók esetében mindkét tanulószervezési forma hatékony, jól alkalmazható. Egyrészt ilyen keretek között lehetséges a gyerekek képességeihez és érdeklődéséhez, intellektuális beállítottságához alkalmazkodó munkamegosztás, másrészt a sikeres feladatmegoldás pozitív megerősítést, motiváló tényezőt jelenthet a sérült és az ép tanulók számára egyaránt. Befogadó, a speciális nevelési

igényű gyermek teljesítményét elismerő és szükségleteit toleráló közösségben növelheti a mozgáskorlátozott diák aktivitását, megerősítheti a közösségben betöltött szerepét. Mindenki számára lehetőséget biztosít az együttműködés, a hatékony munkaszervezés és időbeosztás, a csoporton belüli kommunikáció gyakorlására. Mivel a tananyag feldolgozása, az ismeretek rögzítése, rendszerezése vagy felidézése ezekben a tanulászervezési formákban legtöbbször tevékenységeken keresztül, több észlelési modalitás bevonásával történik, a mozgáskorlátozott gyermekek számára is elérhetőbbé válnak az ismeretek.

A csoportos vagy párban végzett munka során nehézséget jelenthet, ha a mozgáskorlátozott tanuló teljesítménye, tudásszintje, munkatempója jelentősen elmarad ép társaitól, és a közös feladatmegoldás során a társak nem tudják optimálisan kihasználni a gyermek képességeit, túlzott vagy alábecsült elvárásokkal élnek vele szemben. Ez mind a sérült, mind az ép diákok részéről az ilyen jellegű feladatok elutasításához vezethet. Mivel kiemelt szerepet kap a tanulói aktivitás, amely legtöbbször mozgásos tevékenységekkel is jár, a mozgáskorlátozott tanuló számára biztosítani kell a helyzetváltatáshoz szükséges teret, az elérhető munkafelületet és eszközöket. A legtöbb pedagógus épp ezért tart a „nagy felfordulással járó” csoportmunka alkalmazásától a tanórákon. Megfelelő tervezéssel, a mozgáskorlátozott tanuló lehetséges tevékenységeinek és a hozzájuk kapcsolódó szükségletek átgondolásával minimalizálható az órákon a helyváltatásra, segítségnyújtásra, átszervezésre fordított idő és energia. Szerveződik a munka a kerekesszékes gyermek eredeti ülőhelye köré, az általa használt eszközök (például a személyi számítógép) fontos szerephez juthatnak a közös munkában, az ép csoporttársak vagy a tanulópár másik tagja pedig gondoskodhat az egyéb kellékek, segédletek mozgatásáról, összegyűjtéséről.

5. A tanulási folyamat keretében alkalmazott módszerek

Mivel az idegen nyelv kompetenciaterület programtervei a képességfejlesztést helyezték a középpontba, az ajánlott nyelvi tevékenységek között megjelenő oktatási módszerek szorosan kapcsolódtak a fejlesztési területekhez és a kiemelten fontos kompetenciákhoz. Az ajánlásokat ennek megfelelően, a három egységet átfogóan vizsgálva fogalmaztuk meg, és a 2. fejezetben (Képességfejlesztés) ismertettük.

5.1 A pedagógustól elvárható magatartásformák

A speciális nevelési igényű gyermekek korai intézményes ellátásának fejlődésével, az integrációs csoportokat működtető bölcsődék, óvodák szaporodásával egyre kevésbé jellemző, hogy az általános iskolai pedagógus az első olyan személy, akivel a mozgáskorlátozott gyermekek hosszú távú kapcsolatot alakítanak ki – természetesen a szüleiken kívül. Mégis elmondható, hogy az idegennyelv-oktatás kezdetén, a kisiskoláskorban a sérült gyermekek számára az iskolai élet, és így az integráció központi alakja a tanító. Ebben az életszakaszban elsősorban az ő visszajelzései alakítják a tanulóknak az önmagukról alkotott képet. A mozgáskorlátozott gyermekeknél az iskolai tanulmányok kezdete különben is egy nagyon érzékeny időszak. A legtöbben ekkor élik meg az első krízishelyzeteket, amelyek korlátaik, akadályozottságuk tudatos megéléséből fakadnak. Néhányan most lesznek először egy tartós, állandó társakból álló közösség tagjai, és ezen keresztül is szembesülnek saját másaikkal. A pedagógus részéről ezek a helyzetek csak a gyermek és a mikrokörnyezet alapos ismeretével kezelhetők magabiztosan. Szükséges a diagnózis és az alapbetegségből fakadó speciális szükségletek ismerete. A gyermek különböző területeken mutatott fejlettségének felmérése, megismerése biztosíthatja a ké-

sőbbiekben az egyénre szabott képességfejlesztés alapjait. Az egészségi állapottal kapcsolatos kérdéseire a pedagógus választ kaphat a szülőktől, szakorvosoktól, védőnőktől, mozgásterapeutáktól. A pszichológiai-pedagógiai vizsgálatok elvégzésében, az integráció ilyen jellegű szakmai támogatásában közreműködhetnek a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Pedagógiai Szakszolgálat, a megyei Tanulási Képességeket Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Pszichológiai Vizsgáló Intézete. Az együttnevelés időszakában bármikor adódhatnak olyan helyzetek, amikor a pedagógusnak segítségre, tanácsra van szüksége a mozgáskorlátozott tanuló ellátásával kapcsolatban. Optimális esetben a gyermek folyamatos speciális (mozgás-) terápiáját megvalósító szakember (szomatopedagógus, gyógytornász, konduktor vagy gyógytestnevelő) elérhető az idegen nyelvet oktató tanítók, tanárok számára is. Amennyiben ilyen együttműködésre nincs lehetőség, segítséget kérhetnek a Mozgásjavító Általános Iskola, Módszertani Intézmény és Diákotthonban működő Módszertani Központtól. A közös munka folyamán a szülők és az érintett gyermekek gyakorlati tapasztalatai, ötletei szintén segíthetik az oktató munkáját. (Elfogadhatunk és alkalmazhatunk például otthon már begyakorolt fogásmódokat az eszközök használatára stb.) Fontosnak tartjuk e lehetőségek kihasználását, mert ezáltal elérhető, hogy a tanuló és családja aktív partnerré váljon a rehabilitáció egy igen fontos részterületén. Hasznos lehet, ha a gyermekkel foglalkozó szakemberek és a szülők – felső tagozaton esetleg maga a sérült fiatal is – teammegbeszélés keretében megosztják egymással az oktató-nevelő munka során elért eredményeiket, s felmerülő problémákat.

Mivel az inkluzív oktatásban részt vevő mozgáskorlátozott gyermekek mind mozgásállapotuk, mind speciális szükségleteik, mind pedig képességeik szempontjából egyedi, eltérő és egyénenként folyamatosan változó képet mutatnak, a pedagógusok részéről elengedhetetlen egy elemző, értékelő, folyamatosan alkalmazkodó és megújuló, a tanulót és környezetét mégis komplexen érzékelő szemléletmód kialakítása. Ezáltal biztosítható, hogy az oktató képes legyen a speciális szükségletek meghatározására és kielégítésére, a gyermek képességeihez, fejlettségi szintjéhez alkalmazkodó módszerek és eljárások alkalmazására, a teljesítmény reális értékelésére. A befogadó iskolákban tanító pedagógusok visszatérő kérdése, hogy milyen helyzetekben és milyen mértékben nyújtsanak személyi segítséget a mozgáskorlátozott gyermekeknek. Ennek objektív megítélése csak hosszabb, közös munkával eltöltött időszak után lehetséges. Kölcsönös bizalom esetén a pedagógus néhány hét vagy hónap alatt megismerheti a tanuló mozgásos teljesítőképeségének határait, és következetesen kérheti önálló tevékenységét, fennmaradt és megszerzett képességeinek maximális kihasználását.

5.2 A tanulócsoport nem sérült tagjaitól elvárható magatartásformák

Az iskolába kerülő gyerekek számára a közösség elsősorban öröm, folyamatosan megújuló lehetőségek forrása. Így alkalmuk nyílik arra, hogy megismerjék társaikat, és barátságokat kössenek, gyakorolják a szociális és társadalmi érintkezés egyszerű, alapvető formáit. Amennyiben egy mozgáskorlátozott gyermek is bekerül az alakuló, esetleg már kialakult csoportba, számos olyan probléma merülhet fel, amely megnehezíti a társak közösséggé szerveződését. Ha az ép tanulók óvodai életük során, esetleg a környezetükben még nem találtak speciális nevelési igényű gyermekkel, még nem szereztek tapasztalatokat abban, hogyan viselkedjenek a vele kapcsolatos helyzetekben. A pedagógusnak ebben az esetben fontos szerepe van az integráció előkészítésében. A tanulók életkoruknak megfelelő felvilágosítást igényelnek társuk betegségéről, segédeszközeiről, speciális szükségleteiről. Hasznos lehet, ha az ép társak és a sérült gyermek szüleit is bevonjuk az előkészítésbe. Az utóbbiak rendelkeznek tapasztalatokkal a család mindennapi életéről, beszámolóik segíthetnek annak megértésében, hogy a csoportba kerülő mozgáskorlátozott gyermek a többiekhez hasonlít életvitelében, kedvenc tevékenységeiben, vágyaiban, ezáltal közelebb hozhatják, megismertethetik őt a társakkal. Miután az idegennyelv-oktatás kezdeti időszakában a magatartás alakulásában fontos szerepe van

a felnőtt viselkedési minták követésének, fontos, hogy az ép diákok magabiztos, a sérült gyermekkel szemben is következetes, pozitív hozzáállást tapasztaljanak az oktatók részéről. Ennek megfelelően elvárható tőlük, hogy nyitottak legyenek mozgáskorlátozott társuk megismerésére, elismerjék annak teljesítményét, elfogadják az alapbetegségből fakadó hiányosságait. Fontos, hogy megtanulják, hogyan és milyen helyzetekben tudnak segíteni speciális nevelési igényű társuknak. Tapasztalataink szerint minden érintett számára elfogadhatóbb, ha a segítségnyújtás önként szerveződik, és nem a tanár jelöl ki felelősöket. Hangsúlyozni kell az ép társak felelősségét a balesetveszélyes helyzetek elkerülésében. A segédeszközök, a sérült tanuló bizonytalan mozgása számos veszélyt rejtnek magukban. Az ép gyermekeknek meg kell tanulniuk, hogy vigyázzanak társuk segédeszközeire, hiszen azt sokszor öt-tíz évig kell használnia; hogy a szétdobált játékokon és a kiloccsant vízben a bottal járó gyermekek megcsúszhatnak, eleshetnek; hogy ha kerekesszékes osztálytársuk kocsjába kapaszkodva játszanak, mindannyian könnyen felborulhatnak. Ha a fokozott balesetveszélyről oldott légkörben beszélünk, és nem a mozgáskorlátozott tanuló elesettségével indokoljuk kéréseinket, elkerülhető, hogy a gyerekek túlóvják vagy veszélybe sodorják sérült társukat.

6. Az idegennyelv-oktatásban felhasználható eszközök

A mozgáskorlátozott tanulók jelentős hányada csak gyógyászati és rehabilitációs segédeszközök, speciális oktatási segédletek használatával tud hatékonyan részt venni a tanórai munkában. A gyógyászati segédeszközök szolgálhatnak prevenciók célokat (mint például a felfekvések, fekélyek megelőzésére szolgáló ülőpárnák), pótolhatnak anatómiai hiányokat (a végtaghiányos gyerekek protézisei), segíthetnek kiesett vagy gyengült mozgásos funkciók pótlásában (az alsó végtag petyhüdt benu-lása esetén a sínek, járógépek és járóbotok vagy a kerekesszék), és korrigálhatnak meglevő, kialakult deformitásokat (gerincferdülések esetében az ülőfűzők). Ezek az eszközök szakorvosi javaslat alapján, az egyedi igényeknek megfelelően készülnek. Használatuk megtanítása a mozgásterapeuta (gyógytornász, szomatopedagógus, esetenként konduktor vagy gyógytestnevelő) feladata. A befogadó iskolák pedagógusai a mozgáskorlátozott gyermekek szülei-vel együttműködve folyamatosan megkövetelhetik a segédeszközök rendeltetésszerű használatát. Ennek hiányában a gyermekek sokszor és szívesen megfedkeznek a számukra kényelmetlen eszközök, például a törzsfűzők és a művégtagok viseléséről, aminek következtében új, következményes deformitások jelenhetnek meg, vagy a kialakultak fokozódhatnak. A gyógyászati segédeszközökkel szemben általános elvárás, hogy optimális funkciót tegyenek lehetővé minimális diszkomfortérzet mellett, használatuk egyszerű és tartósan alkalmazható legyen. Minden pedagógusnak el kell sajátítania az osztályban tanuló mozgáskorlátozott gyermek segédeszközeinek viselési rendjét, meg kell tanulniuk, hogyan segíthetnek az eszköz fel- és levételében, megigazításában. A növekedéssel, a deformitások javulásával vagy fokozódásával összefüggésben előfordulhat, hogy a sérült tanuló a tanórákon kényelmetlenségről, fájdalomról panaszko-dik, esetleg az eszköz fel- vagy levételénél észlelhető kipirosodott, kisebesedett bőrfelület. Ezt minden esetben jelezni kell a szülőnek vagy a mozgásterapeutának, mivel ilyen esetekben szakorvosi kontroll után az eszköz átalakítására lehet szükség.

Magyarországon nem tartoznak a társadalombiztosítás által támogatott eszközök körébe a mindennapi életvitelt, önellátási tevékenységeket segítő rehabilitációs segédeszközök. Ennek megfelelően beszerzésük is költséges. Sokszor elérhetőbbek – pályázatok útján – az intézmények, mint a mozgáskorlátozott gyermeket nevelő családok számára. Ezekről az eszközökről a gyógypedagógus adhat bő-

vebb információt, de a leggyakrabban használtakat itt is ismertetjük. A rehabilitációs segédeszközök mellett jól alkalmazhatók az idegennyelv-órákon hétköznapi használati tárgyak is – új szerepben.

A mozgáskorlátozott gyermekek tanórai munkájában és a komplex fejlesztési célok elérésében egyaránt kiemelkedő fontosságú a helyes ülési pozíció kialakítása. Ehhez a legtöbb esetben nem szükséges speciális berendezési tárgyak beszerzése, de figyelni kell a megfelelő magasságú szék és asztal kiválasztására. A helyes ülésnél a talpak és a combok alsó felülete biztos alátámasztást kapnak, a csípő-, térd- és bokaízület derékszöghöz közelítő helyzetben van, a háttámla a háti gerincszakasszal érintkezik. Görcsös vagy petyhüdt bénulásnál, de egyes ortopédiai megbetegedéseknél is előfordulhat, hogy a gyermek könnyen lecsúszik a székről. Ezt megakadályozhatjuk, ha az ülőfelületre méretre vágott vagy méterben kapható csúszásgátló fóliát teszünk. Ehhez hasonló csúszásgátló háló az egész országban kapható a nagyobb szőnyegboltokban. Központi idegrendszeri sérült gyermekeknél a kóros reflexek csökkentéséhez szükség lehet további átalakításokra. A székre helyezett ék alakú ülőpárnával (úgy, hogy az ülőfelület a háttámla felé lejtessen) megakadályozhatók a csípőízület nyújtásával együtt járó tónusbelövellések, ezáltal az ülés stabilabbá válik. Azoknál a cerebrál paresises (CP-s) gyereknél, akiknél az izomzat görcsös bénulása egymáshoz szorítja a combokat és a térdeket, szükséges lehet egy szivaccsal bevont ék rögzítése az ülőfelületen a két comb között. Ezzel a csúszkáláson kívül a csípőízület későbbi károsodásának is elejét vehetjük. Túlmozgásos, ataxiás, koordinációs zavarokkal küzdő, vagy a törzsizmok gyengülése, bénulása miatt bizonytalanul ülő tanulóknál segítséget jelenthet az ülés stabilizálásában a karfás szék vagy a félkör alakban kivágott asztallap is. Az asztal optimális magasságának beállítása szintén fontos feladat. Érdeemes állítható magasságú, dönthető írófelületű asztalokat beszerezni, amelyek nemcsak a sérült gyerekek speciális szükségleteinek tesznek eleget, de ergonómiai kialakításuknak köszönhetően ép társaik is jól járnak vele. Az asztal magasságát úgy kell beállítani, hogy a tanulók akár széken, akár kerekesszékekben ülve beférjenek alá, karjaikat kényelmesen fel tudják tenni az asztallapra, és annak teljes felületén elhelyezett tanszereket, eszközöket el tudják érni. Főként az elektromos kerekesszéket használó, gyengült felső végtagi funkciókkal rendelkező izomsorvadásos gyerekeknél növelhető az elérhető, hasznos munkafelület nagysága az asztallap már említett, félkör alakú bevágásával. Túlmozgásos, athetotikus központi idegrendszeri sérülteknél az asztalra szerelt kapaszkodók, gömbfogantyúk lehetővé teszik az egyik kéz rögzítését, és ezáltal segítik a vállöv és a fej stabilizálását, a másik felső végtag célzott használatát.

Az idegennyelv-órák során is sok tevékenységet gátol a felső végtagok mozgásainak, az író és rajzoló mozdulatok akadályozottsága. A füzet, munkafüzet vagy feladatlap elmozdulását megakadályozhatjuk az előbbieken már említett csúszásgátló fóliával. Minden mozgássérült gyermek számára ajánlott puha grafitceruza, golyóstoll és a kemény színes ceruzák helyett zsírkréta, esetleg filctoll használata a tanórákon. Amennyiben a tanuló számára az eszköz fogása, megtartása is problémás, megvastagíthatjuk az író- és rajzeszközök szárát a kereskedelemben kapható szilikon ceruzafogókkal, de szükség esetén a teniszütők markolatához használt bőrcsíkkal is. A gyógyászati és rehabilitációs segédeszközöket forgalmazó cégek kínálatában található íróeszközhöz rögzíthető foglalatokat, műanyag gömböket, amelyekkel marokfogással is kivitelezhető a kézírás. Magunk is készíthetünk hasonló eszközt, ha egy átszúrt teniszlabdába bújtatjuk a ceruzát. A központi idegrendszeri sérült gyermekeket a túlmozgások, a koordinációs zavarok és az izomzat görcsös bénulása sokszor csak az elvártnál jóval nagyobb méretű betűk írására teszik képessé. Ilyen esetekben a hagyományos füzetek helyett hasznos lehet a gyengénlátó gyerekek széles vonalközű füzeteinek használata. Szükség szerint a munkafüzetek oldalait fénymásolóval felnagyíthatjuk, de a gyakorlatban bevált, ha arra kérjük a gyerekeket, a feladat megkezdése előtt ítélik meg, leírni valójuk elfér-e a rendelkezésre álló helyen, vagy inkább a füzetükbe jegyzik le a válaszokat oldalszám és a feladat megjelölésével. Súlyos mozgáskorlátozottság esetén kivitelezhetetlen lehet a kézírás, helyettesítésére a tanuló gépi írást használhat. A gépi írás tanítása kidolgozott módszertani dokumentumokkal, tantervekkel rendelkezik, az eszközhasználat megtanítá-

sa szakképzett gyógypedagógus feladata. A gépi írás speciális eszközöket is igényelhet: például átalakított, nagyméretű klaviatúrát, könnyen kezelhető gömbegeret, egérkiváltókat, fejpalcát, könyök- vagy csuklótámaszt, billentyűzetrácsot vagy a szövegszerkesztést egyszerűsítő szoftvereket a személyi számítógépen. Amennyiben a számítógép az idegennyelv-órák állandó munkaeszköze is (mint például a „Projekt a nyelvórán” programcsomag alkalmazásakor), számos adaptációs lehetőséget vehetünk igénybe. A Windows operációs rendszer „Vezérlőpult – Kisegítő lehetőségek” beállításával lehetővé válik például, hogy a koordinációs zavarokkal küzdő gyermek az egér helyett a billentyűzetet használja. További, a mozgáskorlátozott gyermekek számítógép-használatát könnyítő szoftverek tekinthetők meg a www.enablemart.com internetes oldalon. Az általuk fejlesztett szoftverek segítségével megvalósítható, hogy a billentyűzet a képernyőn jelenjen meg, és jelentősen korlátozott felső végtagi funkciók esetén a gyermek gömbeger segítségével hozzon létre írott szöveget.

A cerebralis paresisben jelentkező, a vállövet, a nyakat és a fejet is érintő kényszermozgások, illetve a kóros mértékű szemtekerezgés (nystagmus) nehezíthetik a fixálást, így az olvasást, a sorok követését is. Ezért az olvasáshoz szükség lehet sorkövetőre, amelyet egyszínű kartonpapírból mi is elkészíthetünk. Bizonyos esetekben segítheti az olvasást, ha a gyermek nem az asztallapon, hanem egy döntött felületen, a szemmagasság közelében elhelyezett könyvvel dolgozik. Ilyen a rögzíthető könyvtartó, amelyben egy ék gondoskodik arról, hogy az általunk kiválasztott oldalaknál nyitva is maradjon, kapható a gyógyászati és rehabilitációs segédeszközök forgalmazó cégeknél, de konyhafelszerelés-üzletekben is találkozhatunk hasonló elven működő szakácskönyvtartókkal.

7. A megsegítés egyéb lehetőségei

A mozgáskorlátozott gyermekek idegennyelv-oktatása során néhány általános gondozási feladattal a pedagógusoknak is meg kell ismerkedniük:

Amennyiben a gyermekek a tanórákon művétagot vagy egyéb segédeszközt használnak, meg kell tanulni az eszközök felvételében, elhelyezésében való segítségnyújtást.

Az idegennyelv-órákon is fejlesztési cél az önkiszolgálás és a hatékony problémamegoldás elősegítése, akár segédeszközzel, akár önállóan. Lehet, hogy az önálló próbálkozások a mozgásos feladatokban több időt és odafigyelést kívánnak a pedagógusoktól és a tanulócsoporthoz tagjaitól, de nagymértékben hozzájárulnak a mozgáskorlátozott gyermekek személyi függetlenségének és kedvező szocializációjának kialakulásához.

További gondozási-nevelési feladatokat és ajánlásokat ismertetünk kórformák szerinti felosztásban.

7.1 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez végtaghiányos gyermekeket befogadó osztályokban

Az órákon a tanuló helyét és testhelyzetét mindig úgy kell kialakítani, hogy az ne legyen balesetveszélyes (például hirtelen egyensúlyvesztés miatt), és lehetőség szerint csökkentse a végtaghiány miatt kialakuló testi deformitások létrejöttének lehetőségét. Például, ha egyoldali felsővégtag-hiány esetén a gyermek manipulációs, finommotoros feladatok teljesítése (írás, rajzolás) közben aszimmetrikus testhelyzetet vesz fel, a kóros testhelyzetből később gerincdeformitás alakulhat ki. Ezért fontos a tanórai munkavégzés közben a helyes ülési pozíció kialakítása, alkalmazása. Ehhez gyógytornász vagy szomatopedagógus segítsége szükséges! Szintén visszafordíthatatlan ízületi károsodáshoz vezethet kétoldali felsővégtag-hiány esetén az alsó végtagok, a csípőízületek állandó terpesztett helyzete,

amely lehetővé teszi a lábbal végzett manipulációt. Az ízületi tok és az izmok kóros megnyúlását, illetve feszülését csökkenthetjük, ha társainál kevesebb írásos, rajzos feladatot végeztetünk a végtaghiányos gyermekkel, természetesen más tevékenységekkel helyettesítve azokat.

Veleszületett és szerzett végtagi eltéréseknél egyaránt szükség lehet későbbi életkorokban korrekációs ortopédiai műtétekre, illetve a protézisek cseréjére. A műtét utáni időszakban a gyermeknek számos, azelőtt már birtokolt képességét, jártasságát kell újra elsajátítania és begyakorolnia. Ez átmenetileg kihathat tantermi teljesítményére, elsősorban a mozgásos feladatokban. Ilyenkor az aktív rehabilitációval (elsősorban mozgásterápiával) párhuzamosan további differenciálásra lehet szükség a hatékony tanórai munkához.

Az új mozgásformák, eszközök bevezetésénél, szerepjátékok tervezésénél segítségünkre lehetnek a végtaghiányos gyermekek tapasztalatai, ötletei. Mivel a károsodás elsődlegesen nem érinti a mozgásigényt és a pszichomotoros tempót, a gyerekek meglepő találékonysággal és önismerettel találnak rá az állapotuknak megfelelő, kivitelezhető megoldásokra.

7.2 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez gerinchasadékkal élő gyermekeket befogadó osztályokban

Az órákon a tanuló helyét és testhelyzetét mindig úgy kell kialakítani, hogy az ne legyen balesetveszélyes. Veszélyt jelenthet a mozgásos játékok, tevékenységek során a bénult végtagot érő nagy mértékű és kóros irányú erőhatás, amely hirtelen mozdulatok, testhelyzet-változtatások, egyensúlyvesztések velejárója, és nehezen gyógyuló törésekhez vezethet. Fontos és hasznos lehet az ülőfelület gyakori tehermentesítése, mert így a tartós nyomásnak kitett bőrfelületen megelőzhető a fekély kialakulása. A tehermentesítés elérhető gyakori helyzetváltoztatásokkal, de az óravezetésbe jobban beilleszthető, ha a gyermek tíz-tizenöt percenként alkarjaira támaszkodva pár másodpercre elemeli magát a kerekesszék vagy a szék felületétől. A kialakult fekélyek esetében a bőrfelület szigorúan kímélni kell. A megfelelő tanórai testhelyzet kialakításához szomatopedagógus vagy gyógytornász tanácsát kell kérni!

Ha a gyermek vizelet- és széklet tartási nehézségei, annak kellemetlen tünetei nehezítik beilleszkedését a közösségbe, ezt jelezni kell a szülőnek és a mozgásterapeutának. Napjainkban egyre bővül az inkontinenciális termékek és eljárások köre, az ilyen problémákra egyre inkább sikerülhet megfelelő megoldást találni. Hasznos lehet, ha a pedagógus a tanórákon is érzékelhető változásokról (például gyakoribb bevizelésről) beszámol a szülőnek, mert ez az állapot súlyosbodására vagy fertőzés jelenlétére utalhat.

Hydrocephalus esetében a felhalmozódó agyvíz elvezetésére szolgáló csövecskével és szeleppel, úgynevezett sönttel (shunt) ellátott gyermekeknél hasonló figyelmeztető jel lehet a tanórákon a magatartás megváltozása. Az aktivitás, a motiváció csökkenése, gyakori elrévedések, aluszékonyság, fejfájás az eszköz elégtelen működésének következményei lehetnek.

7.3 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez felkarbénult gyermekeket befogadó osztályokban

A gerincferdülés kialakulása megelőzhető, a kialakult deformitás fokozódása mérsékelhető, ha a tanórák során a gyermeket arra biztatjuk, használja mindkét kezét (a sérült végtagot támasztó kézként) manipulációt igénylő feladatokban.

A gerincferdülés korrekációjához szükség lehet a helyes ülési pozíció kialakítására. Ebben szomatopedagógus, gyógytornász vagy konduktor lehet a segítségükre. Emellett fontos, hogy a tanóra folyamán figyelemmel kísérjük, hogy a sérült végtag megfelelően – például az íróasztalra fektetve – helyezkedik-e el, és nem lóg-e a gyermek ölében vagy teste mellett. Így megakadályozható a kényszer-tartások fokozódása.

7.4 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez izombeteg gyermekeket befogadó osztályokban

A betegség progresszív jellegéből adódóan a gyermekek mozgásos képességei folyamatosan változnak, sajnos leginkább negatív irányban. Ehhez alkalmazkodni kell a tanterem átalakításával és a használt eszközök körének bővítésével vagy – amennyiben azt a gyermek igényli – személyes segítség-adással. Ennek megfelelően elég helyet kell biztosítani a kerekesszékekkel vagy elektromos kerekesszékekkel történő helyváltoztatáshoz, csökkent felső végtagi funkció mellett is elérhetővé és használhatóvá kell tenni a tanszereket és egyéb eszközöket a gyermek számára. Szükség lehet például a megszkottnál nagyobb íróasztalra, amely elég nagy felületet kínál arra, hogy minden könyvüket, füzetüket, munkafüzetüket, írószereiket „kézközben” tartsák, ne kelljen azokat a fiókból kiemelniük.

Az izomerő-gyengülés, a korlátozott mozgásos aktivitás a helyzetváltoztatás képességére is kihat. Ennek következtében tartós diszkomfortérzet alakul ki a gyermekeknél. A tanórákon gyakran igényelnek segítséget abban, hogy megfelelően alátámasztott, kényelmes pozícióba kerüljenek, és a testhelyzeteiket gyakran változtassák. Előfordulhat, hogy az üléssel járó kényelmetlenségek miatt a gyermekek néhány tanórán fekvő vagy félülő helyzetben, személyi segítő közreműködésével tudnak részt venni.

Az izomgyengülés, a betegséggel együtt járó légzési és táplálkozási nehézségek jelentős mértékben csökkentik a gyermekek, fiatalok pszichomotoros terhelhetőségét, fáradékonysághoz vezetnek. Ennek következtében változhat motiváltságuk, közösségi szerepvállalásuk is. Fontos, hogy mindig aktuális állapotuknak és igényeiknek megfelelően biztosítsunk lehetőségeket a tanórai tevékenységekben. (Például teremtsünk alkalmat arra, hogy tanácsadóként vagy megfigyelőként vegyenek részt csoportos feladatokban.) Ugyanakkor a túlvédő, kímélő magatartás nem elégíti ki az izombeteg gyermekek szükségleteit. Elsősorban a sok mozgásos tevékenységet, játékot felhasználó tanórákon vetődik fel a pedagógusokban a kérdés, hogyan ítéltető meg az izomzat, a szervezet terhelhetősége náluk. Erre objektív eljárás sajnos nem létezik, de elfogadott álláspont az, hogy amennyiben a mozgásos aktivitás után 24 órán belül izomfájdalmak, görcsök jelentkeznek, az időtartamot és/vagy az intenzitást a későbbiekben csökkenteni kell.

Amennyiben a befogadó többségi intézményben adottak a feltételek súlyosan mozgáskorlátozott, folyamatos személyi segítséget igénylő izombeteg fiatal együttneveléséhez, figyelni kell a tanórán megjelenő magatartás-változásokra. Az aktivitás jelentős csökkenése, az aluszékonyság, esetleg elbóbiskolás, a gyakori fejfájás, szédülés vagy hányinger az éjjeli légzéscsökkentés első jelei lehetnek, amelyekre nem biztos, hogy maga a gyermek/fiatal is felfigyel.

7.5 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez korai agykárosodás következtében sérült gyermekeket befogadó osztályokban

A görcsös bénulás, a kóros reflexek és a folyamatos tónusváltozás megakadályozzák a CP-s gyermekeket abban, hogy valós képességeiknek megfelelően tevékenykedjenek a tanórákon. Ezt a hatást csökkenthetjük, ha optimális testhelyzeteket teremtünk, és segítjük ezek fenntartását is. A testhelyzetek kialakításához súlyosabb esetekben szomatopedagógus, gyógytornász vagy konduktor segítségét kell kérni! Minden esetben fontos, hogy a gyermek helyesen üljön: a csípő-, a térd- és a bokaízületek megközelítően 90°-os szöveget zárjanak be, a talpak teljes felületükön legyenek alátámasztva. Manipulációs feladatokban hasznos, ha az alkar megfelelő alátámasztását is biztosítjuk.

Spasztikus és athetotikus gyermekek gyakran segédeszközzel (bottal, járókerettel vagy kerekesszékekkel) képesek az önálló helyváltoztatásra. Ezek használata – a koordinációs zavarok által tovább nehezítve – több teret, a mozgásos feladatoknál, játékoknál a megszkottnál több időt, a társaktól és a pedagógustól pedig több odafigyelést igényel.

A cerebral paresishez társuló fogyatékoságok egy része (beszédpercepció és beszédprodukción zavarok), de a hangképzésben részt vevő izmok tónuseltéréseivel maga az alapbetegség is jelentősen hátráltathatja a nyelvtanulást. A párhuzamos logopédiai fejlesztés ezeken a problémákon is javíthat. A tanórai munkát negatívan befolyásolhatják a részképességzavarok és az intellektus érintettsége is. Fontos, hogy a gyermek nyelvi képességeit, idegennyelv-órákon nyújtott teljesítményét ne kizárólag a mozgásos, térbeli orientációs elemeket is tartalmazó, analízisen, szintézisen vagy mintakövetésen alapuló feladatok alapján ítéljük meg, mert a valós képet elfedhetik a központi idegrendszeri károsodás egyéb tünetei.

7.6 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez ortopédiai elváltozással élő gyermeket befogadó osztályokban

Az ortopédiai megbetegedések közös jellemzője, hogy rendellenes helyzeteket, állásokat eredményeznek a különböző ízületekben. (A gerincdeformitások például a csigolyák egymáshoz viszonyított helyzetét és a csigolyák közti szalag- és porcrendszer feszülését, következményesen pedig az egész hátizomzat tónusát megváltoztatják.) Megfelelő kezelés hiányában ezek a deformitások fokozódhatnak, további, másodlagos tüneteket (fájdalmat, ízületi kopást, a gerincvelőből kilépő idegek bántalmát) hozhatják létre. Nagyon fontos ezért a helyes, korrekciós hatású testhelyzetek, elsősorban a megfelelő ülési pozíció biztosítása az idegennyelv-órákon is. Ezeknek a pozícióknak a kialakításában szomatopedagógus vagy gyógytornász közreműködése is szükséges. Lehetséges, hogy a pozicionáláshoz bizonyos eszközök (pl. ék alakú ülőpárna, kis homokzsákok, lábtartó) beszerzése is szükségessé válik.

7.7 Gyakorlati tanácsok a mindennapi életvezetéshez egyéb ortopédiai rendellenességekkel élő gyermeket befogadó osztályokban

Az arthrogryposis gyermekek megfelelő ülési pozíciójának létrehozásával és alkalmazásával megteremthetjük a tanórákon az önálló munkálkodás, aktivitás feltételeit. Amennyiben a felső végtagok merevsége nem teszi lehetővé az írást és más manipulációs tevékenységeket, a legtöbb gyermektől elvárható, hogy a ceruzát a szájában tartva írjon. Ehhez azonban szükség van egy állítható magasságú, dönthető asztallapra, amely lehetővé teszi, hogy a gyermeknek ne kelljen írás közben a füzetre hajolnia, görnyednie. Néhány esetben a merev, nyújtott kezekben tartott eszközzel (például rádiós végű ceruzával) a gyermekek képesek a számítógép kezelésére és a gépi írásra. Ilyenkor azonban a klaviatúrát kell úgy elhelyezni (legtöbbször kifejezetten alacsonyan), hogy a gyermek a kis mozgásterjedelem mellett is képes legyen a teljes billentyűzet használatára. Mindezekhez segítséget nyújthat a gyermek mozgásterapeutája (szomatopedagógus vagy gyógytornász).

Mindhárom kiemelt kórforma esetében, de különösen a csonttörékeny gyerekeknél fontos az idegennyelv-órákon is a balesetveszélyes helyzetek, tevékenységek elkerülése. Óvakodni kell az elesés, a testet érő ütések és egyéb erőteljes mechanikai hatások veszélyét rejtő mozgásos tevékenységektől. A balesetek elkerülése az osztálytársaktól is fokozott figyelmet igényel. Ugyanakkor kifejezetten ártalmas lehet a gyermekek túlféltése, kirekesztése minden mozgásos játékból és feladatból, hiszen ezzel tovább erősítjük bennük a betegszerepet és fontos közösségi tapasztalatoktól fosztjuk meg őket.

Mindhárom betegség esetében szükség lehet a tantermi környezet átalakítására. A kerekesszéket használó tanulók helyváltoztatása elegendő teret igényel, ezt mind a munkahelyük kiválasztásánál, mind foglalkoztatásukban figyelembe kell vennünk. Előfordulhat, hogy a súlyos mozgásállapotú arthrogryposis gyerekek egy tanórán több eszközt (számítógépet, dönthető asztallapot, könyvtámaszt) is használnak. Ezek elérhetőségéről szintén gondoskodni kell. Achondroplasiás tanulók számára nélkülözhetetlen a talpaknak is megfelelő alátámasztást nyújtó, lábtartós szék és az állítható magasságú asztal. A kisméretű íróasztal és szék általában nem jelent megoldást az önellátás elősegítéséhez, mivel

a többi berendezési tárgy így is elérhetetlen. Praktikusabb ezért egy műanyag fellépőt beszerezni, ha a gyerekek önállóan is használhatják a tanterem berendezési tárgyait, például az ő feladatuk elővenni a szöveggyűjteményt a szekrényből.

8. Értékelés

Az értékelés, a környezet visszajelzései igen fontos szerephez jutnak a gyermekek személyiségfejlődésében. Egyrészt alakítja az önmagukról alkotott képet, önértékelésüket, önbizalmukat, másrészt mind a pozitív, mind a negatív visszacsatolások magatartásformák kialakulását, viselkedési normák elsajátítását segítenek elő. Az értékelés – és az elismerés iránti vágy – elsősorban kisiskoláskorban fontos motivációs tényező a tanulási folyamatban.

A teljesítmény megítélése természetesen a mozgáskorlátozott gyermekek esetében is hasonló jelentőséggel bír. Különösen ösztönzően hathat rájuk és környezetükre, ha elért eredményeiket saját korábbi teljesítményükhöz viszonyítjuk, meghatározzuk erős és gyenge oldalukat, és velük is megismertetjük a további fejlesztési célokat.

Az idegen nyelvi kompetenciaterületen kidolgozott programcsomagok mindegyike több értékelési módszert és alapelvet is megjelenít. Ezek nagy részének alkalmazása hasznos a mozgáskorlátozott tanulók esetében is, de néhány értékelési eszköz alkalmazása nehézséget okoz mind az 1–6., mind a 7–12. évfolyamokon. Minden programcsomagban megjelenik az értékelési eszközök között a portfólió, a tanulói munkák meghatározott elvek szerint kialakított gyűjteménye. Amint azt már leírtuk, a károsodott mozgásos funkciók és társulási zavarok következtében a gyermekek akadályozottak, súlyosabb esetekben teljes mértékben gátoltak bizonyos tevékenységekben, alkotások létrehozásában. A portfólió akkor alkalmazható hatékonyan, ha az összeállítás elvei, a tanulói munkák követelményei egyénre szabottak, alkalmazkodnak a sérült diákok képességeihez, állapotához. Hasonló a helyzet a tanulói napló vagy a kompetenciákat felsoroló eredménylista esetében is.

A tanulói önértékelés, egymás vagy a csoport értékelése, a csoportmegbeszélés akkor szolgálhat valós információkkal, ha a gyerekek előtte megismerték és megértették az értékelés szempontjait – természetesen a pedagógus irányítása mellett. Ha ezek a szempontok a mozgáskorlátozott tanulók esetében eltérőek, fontos annak megbeszélése, miért esik az ő teljesítményük más elbírálás alá. Amennyiben az ellenőrzés-értékelés (főként az önértékelés) túlzott szerephez jut az idegennyelv-órakon, elbizonytalaníthatja, megfoszthatja tanulási motivációjától az állandóan változó, sokszor negatív társadalmi visszajelzések között élő gyermekeket, mozgáskorlátozottakat és más szempontból hátrányos helyzetűeket egyaránt. Ezért javasoljuk, hogy a befogadó osztályokban tanító pedagógusok a gyermekcsoport és a sérült gyermekek alapos ismerete alapján határozzák meg az értékelés rendszerét, és válasszák ki annak eszközeit.

9. Irodalom

- Bernolák Béláné (szerk.): *Együtt a többiekkel – egy-másért*. Bicebóca Alapítvány, Budapest, 2001.
- Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 2000.
- Kálmánchey Rozália (szerk.): *Gyermekneurológia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000.

10. Mintaóravázlat

A mintaóravázlat egy 11-12 fős, két eltérő mozgásállapotú, ép értelmű mozgáskorlátozott tanulót befogadó tanulócsoporthra készült. Az egyik mozgáskorlátozott tanuló központi idegrendszeri sérült, ataxiás, az írást és a manipulációt megnehezítő koordinációs zavarokkal és beszédzavarokhoz vezető változó izomtónussal. A másik sérült tanuló izomsorvadásos, a betegség egy késői szakaszában, elektromos kerekesszéket használ, mozgásai, ennek megfelelően felső végtagi funkciói jelentősen korlátozottak.

KER B1 SZINT

TÉMA: FELKÉSZÜLÉS LONDON NÉHÁNY NEVEZETESSÉGÉT BEMUTATÓ PROJEKTRÉ

FEJLESZTÉSI CÉLOK:

- Az önálló nyelvhasználat fejlesztése ismerős témával kapcsolatos helyzetekben
- A tanulócsoporth interkulturális kompetenciáinak fejlesztése
- A tanulócsoporth tagjai közti együttműködés hatékonyságának fejlesztése, elősegítése

Tevékenységek	Fejlesztési területek	Tanulásszervezési forma	Alkalmazott módszerek	Eszközök, megjegyzések
<p>1. Az tanórai munka előkészítése, megtervezése</p> <ul style="list-style-type: none"> - A megvalósítandó projekt célkitűzéseinek felelevenítése, lejegyzése: <ul style="list-style-type: none"> • Írásos információk, képek gyűjtése London nevezetességeiről • Poszter elkészítése és bemutatása London nevezetességeiről • Prezentáció előkészítése, majd előadása London nevezetességeiről 	<ul style="list-style-type: none"> - Beszédfértés - Összefüggő beszéd - Írásbeli szövegalkotás 	<p>Frontális osztálymunka</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Megbeszélés 	<p>Ataxiás tanulónál speciális füzet széles sorközökkel, könnyen nyomot hagyó íróeszköz</p>
<p>2. Az egyéni munka keretében összegyűjtött forrásmunkák feldolgozása</p> <ul style="list-style-type: none"> - A projekt szempontjából hasznos anyagok kiválasztása, rendezése - Három, a csoport tagjai által legjelentősebbnek tartott műemlék kiválasztása - A három csoport eredményeinek összevetése, a projekt keretében bemutatandó három műemlék kiválasztása megállapodás alapján 	<ul style="list-style-type: none"> - Interakció - Beszédfértés - Összefüggő beszéd 	<p>Csoportos munka: kooperatív tevékenység nyelvi képességek szempontjából heterogén csoportokban (3 csoport)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Megbeszélés - Vita - Munkáltató módszer 	<ul style="list-style-type: none"> - Folyóiratok, prospektusok - Útikönyvek - Lexikonok - Számítógép, elsősorban az izomsorvadásos tanuló információszerzésének, bemutatásának megkönnyítésére

Tevékenységek	Fejlesztési területek	Tanulásszervezési forma	Alkalmazott módszerek	Eszközök, megjegyzések
<p>3. A poszterkészítés megtervezése</p> <ul style="list-style-type: none"> - A munkaterv elkészítése, a munkafolyamatok meghatározása - A munkaterről rövid, néhány kifejezésből álló emlékeztető lejegyzése 	<ul style="list-style-type: none"> - Beszédfértés - Szövegalkotás 	<p>Frontális osztálymunka</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Megbeszélés 	<p>Ataxiás tanulónál speciális füzet széles sorközökkel, könnyen nyomot hagyó íróeszköz</p>
<p>4. A prezentáció előkészítése</p> <p>Mozgásos „kíséret” megkomponálása és begyakorlása a „London Bridge Is Falling Down” című gyermekdalhoz (Hat gyermek, magastartásban, enyhe törzsdöntésben kettőssel összekapaszkodva alkotja a híd három ívét. Leguggolva, lehajolva szemléltetik annak összedőlését. Az építómunkást játszó gyerekek feltámoogatják a pilléreket alkotó társaikat, és gerendákat, fagerendákat és agyagtömböket jelképező ábrákat rögzítenek a ruhájukra.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interakció - Összefüggő beszéd - Beszédfértés 	<p>Csoportos munka – kooperatív tevékenység</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Megbeszélés - Előadás 	<p>Az ataxiás tanuló szerephez jut a mozgásos tevékenységben, az izomsorvadásos tanuló ép társaival együtt énekel és egyszerű hangszeres kíséretet biztosít.</p>
<p>5. A prezentáció előkészítése</p> <p>A kivetítéssel és szóbeli „idegenvezetéssel” kísért bemutató megtervezése 3 csoportban, egy-egy műemléket feldolgozva</p> <p>Feladatok meghatározása</p> <p>Munkaterv összeállítása, lejegyzése</p> <p>Feladatok elosztása</p> <p>Az ataxiás gyermek szerepet kaphat a prezentáció létrehozásában és az előadás technikai hátterének biztosításában. A beszédzavarok miatt szóbeli megnyilvánulásai nehezítettek lehetnek.</p> <p>Az izomsorvadásos gyerekek jól teljesíthet a prezentáció létrehozásában és szóbeli előadásában, de problémás lehet számára a technikai háttér biztosítása.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beszédfértés - Összefüggő beszéd - Írásbeli szövegalkotás 	<p>Csoportos munka – kooperatív tevékenység</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Megbeszélés - Vita 	<p>Ataxiás tanulónál speciális füzet széles sorközökkel, könnyen nyomot hagyó íróeszköz</p>
<p>6. Értékelés</p> <p>A csoportok értéklik saját hatékonyságukat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interakció - Összefüggő beszéd - Beszédfértés 	<p>Csoportos munka</p>		