FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK REKREÁCIÓJA

Fritz Péter
egyetemi docens, Károli Gáspár Református Egyetem, Gazdaságtudományi, Egészségtudományi és Szociális Kar, Életmód és Testkultúra Intézet, Budapest, Magyarország
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7384-0073

Absztrakt

A fejezet a rekreáció gyakorlati alkalmazásának alapelveit és módszereit ismerteti. A szerző bemutatja a különböző rekreációs tevékenységek tervezésének, szervezésének és megvalósításának lépéseit. Kiemelt hangsúlyt kap az egyéni szükségletekhez és életkori sajátosságokhoz igazított programkialakítás, valamint a biztonság és hatékonyság szempontjai. A fejezet kitér a rekreációs szakember szerepére, kompetenciáira és felelősségére is. A szerző hangsúlyozza, hogy a rekreáció sikeres megvalósítása tudatos tervezést, szakmai felkészültséget és folyamatos értékelést igényel.

Kulcsszavak: fogyatékosság, rekreáció, esélyegyenlőség, inklúzió, adaptált mozgás, életminőség, egészségfejlesztés, speciális szükségletek, terápiás rekreáció, pszichoszociális fejlődés

RECREATION FOR PERSONS WITH DISABILITIES

Abstract

This chapter provides a theoretical and practical overview of recreation for persons with disabilities, emphasizing that recreation is not merely a form of leisure activity, but also a key means of supporting quality of life, social participation, and autonomy. The conceptual interpretation of disability, together with the presentation of Hungarian legal and social policy frameworks, highlights that the contemporary approach no longer regards persons with disabilities as passive recipients of care, but as active, capable, and developable individuals. Special attention is given to the importance of equal opportunities, integration,

A rekreáció elmélete, 431–472.
DOI: https://doi.org/10.56037/978-963-646-461-5-11

and inclusion, as well as to the responsibility of the recreation professional in creating a differentiated, person-centred, and supportive developmental environment.

The chapter discusses in detail the recreational characteristics of persons with intellectual disabilities, physical disabilities, hearing impairments, visual impairments, and attention deficit hyperactivity disorder. It demonstrates that, in the case of these target groups, physical recreation not only improves physical condition, but also plays a significant role in the development of social skills, self-confidence, attention, communication, cognitive functions, and psychological balance. Through practical examples, the chapter presents those forms of movement and recreational opportunities that can be effectively applied in adapted settings, with particular attention to swimming, horse riding, martial arts, athletics, tennis, boccia, Pilates, goalball, as well as various aquatic and outdoor activities.

The central message of the chapter is that, for persons with disabilities, recreation represents not only a means of health maintenance, but also a space for experiencing dignity, enjoyment, achievement, and social connectedness. Properly selected recreational activities may contribute to the improvement of functions, the strengthening of existing abilities, and the possibility of living a more active, autonomous, and fulfilling life. Accordingly, the chapter interprets recreation within a complex, human-centred, and inclusive framework, in which the sensitivity, competence, and responsibility of the professional are of decisive importance.

Keywords: disability, recreation, equal opportunities, inclusion, adapted physical activity, quality of life, health promotion, special needs, therapeutic recreation, psychosocial development

Fogyatékosság

A fejlődés során az emberi közösségek különböző módon közelítették meg a fogyatékossággal élő embereket. Koronként és társadalmanként más és más volt a velük kapcsolatos társadalmi attitűd. Napjaink fogyatékos személyekre irányuló politikája hosszú fejlődés eredményeként jött létre.

Fogalommeghatározások

A szakirodalomban is számos fogalommeghatározással találkozunk. Az Egészségügyi Világszervezet 1980-ban három alapkategóriát határozott meg: károsodás (valamilyen hiányt jelent, ez lehet biológiai vagy pszichológiai), fogyatékosság (csökkent vagy módosult képességet jelent bizonyos tevékenységek végzésében), hátrány (a fogyatékosságból, illetve károsodásból eredő társadalmi hátrány).

A fogyatékosság vagy sérültség annak a maradandó állapotnak vagy sajátosságnak a megnevezése, amikor egy személy érzékszervi, mozgásszervi, értelmi vagy kommunikációs képességei számottevően elmaradnak az emberek átlagától, és ez a társadalmi életben való részvételét jelentősen akadályozza vagy lehetetlenné teszi. A fogyatékosság nem zárja ki az egészséget, nem betegség! Egy testi vagy érzékszervi fogyatékos személy élhet teljes lelki és szociális jólétben, sőt a kieső képesség megfelelő kompenzálása esetén a testi jólét állapotában is. Egy testileg ép ember ugyanakkor szenvedhet súlyos lelki, szociális problémáktól. A fogyatékosság egy élettapasztalat, amit bárki átélhet, amikor károsodott, vagy hiányos képességei korlátozzák tevékenységében, társadalmi életben való részvételében – az adott helyen és időben, adott környezeti és társas feltételek között. Fogyatékkal élő személynek tekinthető az, aki mozgássérült, hallássérült, látássérült, beszédfogyatékos, tanulásban akadályozott (IQ 70–50), értelmileg akadályozott (IQ 50–30), halmozottan sérült vagy autizmussal él.

Értelmi fogyatékosság: a fogyatékosság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától az első életévektől kezdve számottevően elmarad.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény megalkotása teremtette meg az összhangot a hazai szabályozás és a magyar részvétel szempontjából fontos nemzetközi szervezetek (Európai Unió, Európa Tanács, ENSZ) fogyatékosügyi egyezményei, rendelkezései, ajánlásai között. A törvény célja a fogyatékos személyekhez való viszonyban új szemlélet kialakítása, a pozitív változások rögzítése, felerősítése. Ennek lényege, hogy a fogyatékos személy ne passzív alanya legyen az állam által számára nyújtott ellátásoknak, hanem aktív önellátásra, társadalmi beilleszkedésre ösztönözzön.

A törvény magas szinten deklarálja a fogyatékos személy jogait, e jogok érvényesülése érdekében kötelezettségeket ír elő, a jogvédelem eszközével biztosítja a joggyakorlást, valamint – ahol a hátrányok másképpen nem küszöbölhetők ki – hátránykompenzációs céllal pozitív diszkriminációt alkalmaz, elsősorban az egészségügy, az oktatás, a foglalkoztatás, a lakóhely, a kultúra és a sport területein.

A fogyatékkal élő személyek számára lehetővé kell tenni a művelődési, kulturális, sport- és más közösségi célú létesítmények látogatását, hozzáférhetővé kell tenni számukra a sportolási célú, szabadidős intézmények használatát, azaz a rekreáció eszköz- és feltételrendszerét.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 26. § (l) bekezdés értelmében az Országgyűlés a fogyatékos személyek esélyegyenlőségének megteremtéséhez szükséges intézkedések megalapozása érdekében Országos Fogyatékosügyi Programot határozott meg.

A program legfontosabb politikai célja, hogy a fogyatékosságból eredő társadalmi hátrányok enyhüljenek, a fogyatékos emberek minél teljesebb, hasznosabb tagjai legyenek a társadalomnak. A program célja, hogy elősegítse azt a szemléletváltozást, amelynek szellemében a társadalom tagjainak, szervezeteinek és az állami szerveknek tevékenységüket végezniük kell annak érdekében, hogy az a fogyatékos emberek teljes társadalmi egyenrangúságát biztosítsa.

A fogyatékos emberek társadalmi elfogadását, befogadását azzal lehet erősíteni, ha megélhető és általános tapasztalattá válik a többségi társadalom számára a velük való mindennapos kapcsolat, ha a társadalom tagjai tudomásul veszik, hogy a fogyatékos emberek közöttünk élnek és közénk tartoznak. A fogyatékos emberek egészségének megőrzését, az önmegvalósítást, a sikerélményt, valamint a közösség életében történő aktív részvétel kiteljesítését segíteni szükséges. Olyan programokat vezessünk be, amelyek támogatják a fogyatékos emberek aktív szabadidős (pl. mozgás, képzőművészeti, színjátszó csoportok), sport-, művészeti és rekreációs tevékenységét, különös tekintettel a hazai és nemzetközi sportesemények szervezésére, az azokon való részvételre, a speciális sportolási segédeszközök beszerzésének támogatására (XXVI. törvény, 1998).

A szakember és a szülő feladata, hogy a fogyatékos személy megfelelően töltse el a szabadidejét. Arra kell törekedni, hogy a fogyatékosok akadályozottságuk ellenére megtalálják a helyüket egy adott közösségben, hogy az életüknek célja legyen, és hogy a társadalom hasznos tagjaivá váljanak. Összefoglalva tehát a lehető legjobb életminőség biztosítása a cél. A szabadidő megfelelő eltöltése ennek fontos tényezője. Szeretnénk olyan hasznos gyakorlatanyaggal szolgálni, amelyet mindenki az általa képviselt területre adaptálhat. Fő szempont a mozgás megszerettetése, a betegség megelőzése vagy korrigálása, és magatartási minta nyújtása a későbbi életre, mindez a pozitív pszichológia szemléletében. Minden foglalkozásunkon ez kell, hogy a fő szempont legyen.

Bevezetőként idézem édesanyám, Szendrődi Erzsébet versét, aki nagyothalló édesapjáról a következőképpen írt:

Húsz éve éli hangtalan magányát.
Tárgyak, zajok, zene, zörej,

vattába csomagolt fogalom.
Neki a beszéd száj csupán,
mely ásít, eszik, sír és nevet.
Pohár, ha csattanva földet ér,
csak üvegcserép, amely sebez.
A harag hangja: összevont szemöldök,
fájdalomé szemen csillogó könny.
Kék szeme rebbenve jár-kel,
mi a kérdés, s hol rá a felelet?
Zajtalan falak körülveszik,
s csak sötétnek látja az est neszeit.
Hangok zenéje, mint régmúlt szerelem
emléke él csak odabent.
Jó neki! – Gondoljuk.
Nincs: kérdezz! Felelek!
Önnön kérdőjeleit
Ott belül, saját maga fejti meg.

Az egyén egészségi-betegségi állapotát az egyén szemléletmódja határozza meg, miképpen ítéli meg önmagát, a körülötte lévő világot, miképpen fogja felismerni és mozgósítani az erőforrásokat (Antonovsky, 1987). Ez a „koherenciaérzés" a *salutogenetikus modell*. A modell szerint a koherenciaérzés összerendezettséget és harmóniát jelent – ez egy alapvető szemléleti pozíció, azt fejezi ki, hogy miképpen szemléli az egyén önmagát és az őt körülvevő világot. Ez azt is meghatározza, hogy az egyén milyen mértékben fogja mozgósíthatónak észlelni a rendelkezésére álló erőforrásokat.

Így alakul ki a világ megérthetőségének élménye (az az elvárás, ill. élmény, hogy mind a régi, mind az új információt értelmezhetőnek látja), a kezelhetőség élménye (a nehézségek kezelhetők, megoldhatók, akár ő, akár mások segítenek) és a kognitív-emocionális feldolgozási mintázat (Konkoly, 2008).

A fő cél, hogy a gyermekek elsajátítsák a szociális információfeldolgozás és problémamegoldás olyan lépésekre bontott folyamatát, amely útmutatást nyújt a mindennapi élethelyzetek kezeléséhez. Ennek tanítását vizuális segédeszközök, például a közlekedési lámpa modellje is támogathatják. A modell lényege, hogy a gyermek először álljon meg és nyugodjon meg, ezt követően azonosítsa a problémát és saját érzéseit, fogalmazzon meg egy pozitív célt, gondoljon végig több lehetséges megoldást, mérlegelje azok várható következményeit, majd válassza ki a legmegfelelőbb cselekvési tervet (Greenberg et al., 1995; Kusché & Greenberg, 1994).

A közlekedési lámpa piros színe a megállás és az érzelmi önszabályozás szükségességére utal, a sárga a gondolkodási és mérlegelési szakaszt jelképezi, míg a zöld a kiválasztott megoldás megvalósítását szimbolizálja. A modell vizuális támaszként segíti a gyermekeket abban, hogy a problémamegoldás egymásra épülő lépéseit különböző élethelyzetekben is fel tudják idézni és alkalmazni. A fejlesztés fontos része az is, hogy a gyermekek felismerjék és meg tudják nevezni a stresszhelyzeteket, valamint az azokhoz társuló testi és érzelmi jelzéseket (Greenberg et al., 1995; Zsolnai, 2008).

Számos lehetőséget mutat be a gyerekeknek azzal kapcsolatban, hogyan őrizhetik meg önuralmukat és kezelhetik a stresszhelyzeteket. Felvázolják azt, hogy az idegeskedés csak ront a helyzeten. Mély lélegzést és egyéb gyakorlatokat alkalmaznak.

Kiterjeszti a gyerekek „érzésekkel" kapcsolatos szókincsét, negatív-pozitív élmények segítségével asszociálnak különböző érzésekre. Arra bátorítják a gyerekeket, hogy ismerjék fel és tiszteljék azt, hogy esetleg mások különbözőképpen éreznek adott szituációval kapcsolatban.

„Hogyan akarod, hogy a dolgok végződjenek?" A gyerekek megtanulják megkülönböztetni egymástól azokat a célokat, amelyek építő hatással vannak, ill. azokat, melyek károsak. Házi feladatként fel kell vázolniuk egy nemrégiben átélt konfliktushelyzetet, az ezzel kapcsolatos érzéseiket, a célkitűzést, és azt, hogy megvalósították-e azt.

Minél több megoldást keressenek „brainstorming" módszerrel a problémára! Jósolják meg a valószínű következményét annak, amilyen megoldást választottak! „Mi fog történni, ha én ezt a megoldást választom?"

Válasszák ki a helyes megoldást a sok közül, és tervezzék meg lépésről lépésre a sikeres kivitelezést! A legjobbnak vélt megoldás is megbukhat, megtanulják az időzítést, akadályok legyőzését egy-egy megoldásnál. Valódi élethelyzeteket tárjunk fel a gyerekek előtt! Ebben a szakaszban visszatekintenek szellemi gyarapodásukra, és értékelnek.

Az „értelemteliség" élménye (a világ eseményei értelemteltek, érdemes energiát, elköteleződést fektetni bizonyos problémák megértésébe, az élet velük szemben állított követelései inkább üdvözlendő kihívások, mintsem olyan nehézségek, amelyek nélkül jobban élhetnénk. Az egyénnek hatása van az őt körülvevő környezetre).

Antonovszky véleménye szerint a koherenciaérzés gyermek- és ifjúkori hatások nyomán épül ki (Konkoly, 2008).

A mozgásnak és a sportnak jelentős nevelő hatása van, és hozzájárul a személyiségjegyek pozitív irányú fejlődéséhez. A rendszeres fizikai aktivitás nemcsak

a fizikai állapot javításában játszik szerepet, hanem elősegíti az önértékelés, a szociális készségek és a pszichés jóllét fejlődését, valamint támogatja az egyén közösségi beilleszkedését és viselkedésének kedvező alakulását (Richard Bailey, 2015; Richard M. Eime et al., 2013).

A rekreátor feladata

Ember- és világképpel rendelkező szakember, aki nem csupán „piacképes" tudással bír, hanem képes szabadságával élni, és képes felelősséget vállalni önmagáért és másokért úgy, hogy a jövőbe tekint. Nem csupán a tudás továbbításának feladatát vállalja, hanem emberformáló, világképformáló szerepe van. Ahhoz, hogy megsejtesse az élet igazi értelmét, önmagának is látnia kell az összefüggéseket, és képesnek kell lennie ezek megláttatására!

A kérdések, amit a rekreátornak meg kell válaszolni: milyenek az elképzeléseik az egészséges életről? Van-e speciális értékrendjük az egészséggel kapcsolatban? Milyen attitűddel rendelkeznek a betegség megelőzésével és az egészség megtartásával kapcsolatban?

Az, hogy milyen stratégiát választunk fejlesztési programunk során, a fenti kérdésekre adott választól függ (Barabás, 2010).

Az elfogadás feltétele, hogy belátjuk: a sérült ember is egyedi, megismételhetetlen. Elsősorban ember, s csak aztán sérült, más. Egy közös világunk van – ha csak óvjuk őket, kizárjuk őket ebből a közös világból. Meg tudják mondani, mire van szükségük, csak figyeljünk oda! Nem helyette kell cselekednünk, csak a szükséges feltételeket kell megteremtenünk (Fatalin, 2004).

Az elkülönítettségből fakadó kedvezőtlen helyzet megoldására szolgál az integrált foglalkoztatás. E sajátos foglalkoztatási szükséglettel rendelkező célcsoportok a következők: mentális vagy fizikai fogyatékossággal rendelkező gyermekek, kisebbséghez tartozó gyermekek, bevándorló családok gyermekei, a különböző nemű gyermekek.

Az integrált foglalkozással kapcsolatos új fogalom a speciális szükséglet, mely a nevelési és foglalkoztatási feltételek biztosítására koncentrál, és nem a foglalkozáson részt vevő személy alkalmatlanságára összpontosít. Az integráció szükségességét a fogyatékos és a nem fogyatékos személyek külön-külön foglalkozáson való elkülönítésének és az egyenlőségeszménynek, s annak jogi támogatottságának ellentmondása támasztja alá. Az integráció az elkülönülten foglalkoztató intézmények egyesítését jelenti.

A tényleges integrációt az úgynevezett inklúzió jelenti. Szemléletének lényege, hogy minden személy speciális, ám a fogyatékos személynél több az egyéni

sajátosság. Így míg az integráció két részterület egyesítése, addig az inklúzió beleértést, belefoglalást jelent, az egységet tekintve kiindulópontnak.

Az inklúzió az egyenlőség állapotából indul ki, és ezen belül jelöli meg a fogyatékosokra jellemző különbségeket.

A rekreáció feladata a résztvevők egyéni szükségleteinek differenciált biztosítása. Ezért nagyobb szerepet kell kapnia a csoportos és egyéni foglalkoztatási formáknak (www.oki.hu.).

A rekreáció az elfogadott nemzetközi értelmezésben a szabadidő-eltöltés kultúrája. Azon belül is a jó közérzet, a jóllét, a minőségi élet megteremtését szolgálja, a felüdülést, a felfrissülést, valamint a szórakozást eredményezi (Kovács, 2003).

Értelmi fogyatékkal élő személyek rekreációja

Jelenleg az értelmi fogyatékosokat két nagy csoportra osztjuk: 1. akik nem tehetők képessé önálló életvitelre (értelmileg akadályozott), 2. akik megfelelő előkészítéssel arra képessé válnak (enyhén értelmi fogyatékos).

A tanulásban akadályozott gyermekek olyan idegrendszeri, biológiai és/vagy környezeti tényezők által befolyásolt fejlődési sajátosságokkal rendelkeznek, amelyek tartós és átfogó tanulási nehézségekben nyilvánulnak meg. E nehézségek következtében a gyermekek iskolai teljesítménye számottevően elmaradhat az életkori elvárásoktól, és a tanköteles korú populáció néhány százalékát érintik (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Azoknál, akiknél értelmi akadályozottság áll fenn, ott a felfrissülést, szórakozást, azaz a szabadidő rekreációra fordítható részét másképpen kell értelmezni, hiszen az ő akadályozottságuk az értelem általános zavarát, sérülését jelenti, ami az egész életükre kihatással van. Kiegyensúlyozottságuk a környezetük odafordulásától függ, valamint azok szeretetteljes törődésétől.

Nagyon fontos a rendszeres mozgás az értelmileg akadályozottak körében is, hiszen ez is csökkentheti a kirekesztettséget a társadalomból. A mozgásos tevékenység során javul a fizikai állapotuk, ettől jobb lesz a közérzetük, valamint hozzájárul a tanulási képességek fejlesztéséhez, hiszen megfelelő mozgás végzése közben az agyféltekék integrálják tevékenységüket, egymással összhangban működnek, ami javíthatja az értelmileg akadályozottak mentális képességeit. Ezenkívül jó hatással van rájuk a többiekkel eltöltött hasznos idő, az elért sikerek és a célok. A Down Alapítvány és a Down DADA Szülői Szolgálat megfogalmazása a legpontosabb a sport jelentőségét nézve:

> A sport az értelmileg fogyatékos ember életében nem csupán a megfelelő fizikai állapot eléréséhez és fenntartásához szükséges eszköz, de a fejlesztés és oktatás hatékony eszköze, a szabadidőt kitöltő értelmes tevékenység, segít megtanulni, teljesíteni, megismerni a kitartás jutalmát, a teljesítmény örömét. A sportolás és a versenyek a társaság, a társak, a kapcsolatok kialakításának lehetőségét nyitja meg a klubokban és az egyesületekben.
>
> A sikerélmény megszerzésének lehetőségét jelenti olyan emberek számára, akiknél nincs más sikerforrás. Az önértékelés és önbecsülés fontos eszköze (Gruiz, 2006).

A gyermek hasznosan eltöltött szabadideje, azaz rekreációja hatással lehet az egész családra, főleg, ha az még fejlődést is eredményez a gyermek állapotában. Ha pedig a szülő is elkíséri, esetleg be is kapcsolódik például egy, a gyermek által tanult sporttevékenységbe, a közösen eltöltött idő új színt vihet a kapcsolatukba.

A példa az értelmileg akadályozott személy felé is ugyanolyan példa, így tehát ha a szülő sokat mozog és egészségesen táplálkozik, akkor a gyermek is sokkal szívesebben követi példáját és vesz részt ilyen tevékenységekben.

Értelmi fogyatékkal élő személyek számára ajánlott mozgásformák

Úszás

A speciális szükségletű gyermekek korai fejlesztésébe, az iskoláskort megelőző nevelésébe jól beilleszthető a vízben történő mozgásfejlesztés, a vízhez szoktatás, az úszás elemeinek, majd iskoláskorban az úszásnak az elsajátítása.

Itt meg kell említenünk a HRG-t, azaz a hidroterápiás rehabilitációs gimnasztikát, mely ugyan nem úszástanítást jelent, mégis alapját képezheti annak. Ez egy preventív, habilitációs, rehabilitációs szemléletű, langyos vízben alkalmazható csoportos és egyéni mozgásfejlesztést jelent, mozgásfeladatai két-három év alatt taníthatók meg a gyermekeknek. A HRG különböző szintű csoportokban indul, és sok helyen állnak rendelkezésre úszó- és gyógyúszó csoportok is. Ez egyfajta vízi mozgásfejlesztés egészen kicsi kortól, úszás-előkészítésből és gyógyúszásból áll. A HRG módszertanára épül, melynek lényege, hogy a sikeres úszástanulás mellett nagy hangsúlyt helyez a gyermekek komplex fejlesztésére is (személyiség, értelem, mozgás, beszéd stb.).

A víznek pszichés hatása is van, ami arra vezethető vissza, hogy a vízben a testsúly érzete nagymértékben csökken, így a szabadság, felszabadultság érzését

adja. A közvélekedés a légzőszervi betegségekben szenvedők esetében is az úszást tartja a legjobbnak, mert itt nagyon kedvező a betegek számára a légnedvesség és a hőmérséklet.

Az úszás elemeihez tartozik a vízre fekvés, a lebegés és a siklás, valamint a vízbe ugrás (Rajki, 1978). Az úszás elsajátítása csak ezen elemek biztos tudása után történhet meg. Az úszás elemei és maga az úszás hatással van a tanulási képességekre, hiszen olyan mozgáselemeket tartalmaz, melyekben az agyféltekék állandóan integrálják egymással tevékenységüket. Ezek az elemek a páros szimmetrikus és a páros aszimmetrikus légzőgyakorlatok, ugrások, egyenes vonalú siklások (Nagy, 2004).

A vízben való mozgást törvényszerűségek szabályozzák, amelyek a víz sajátos fizikai tulajdonságaiból erednek. Ezek közé tartozik a víz termikus hatása, amely hozzájárul az izomtónus szabályozásához, a felhajtóerő, amely csökkenti a testsúly terhelését, a közegellenállás, amely a mozgás során fejti ki hatását, valamint a hidrosztatikai nyomás, amely a teljes testfelületen fokozza a szenzoros ingereket, és támogatja a keringési folyamatokat még nyugalmi helyzetben is (Bruce E. Becker, 2009; Andrew J. Cole & Bruce E. Becker, 2004).

Az úszással pozitív hatást érhetünk el a személyiségfejlődésben. A szociális kompetenciát is fejlesztjük a közösségben végzett munka által. Fejlődik a feladattudatuk és a figyelmük is. Az óra keretein belül a felhasznált eszközök megismerése, megnevezése pedig bővíti a gyermekek fogalmi ismereteit. A vízben történő tájékozódás a térészlelést erősíti. Eredmény tapasztalható a mozgáskoordináció, a harmonikus mozgás kivitelezés terén is. Az izomzat megerősödik, és a dinamikus egyensúly is fejlődik eközben.

Küzdősportok

Az önvédelmi és küzdősportok nagy népszerűségnek örvendenek. Az értelmileg akadályozottak körében sincs ez másképp. Világszerte és Magyarországon is több helyen bebizonyosodott, hogy nem elképzelhetetlen. Kaposváron judóval foglalkoztatják az értelmileg akadályozott gyermekeket, Szegeden és Pécsett pedig a karate elemeivel.

Többféle hozzáállás létezik, mert vannak olyan egyesületek, ahol csak forma- és ügyességi gyakorlatokra korlátozódik a foglalkozás, de vannak olyanok is, ahol megjelenik küzdelem és harc szintjén is. A Down-szindrómásokra a küzdőgyakorlatok élettani szempontból jó hatással vannak, hiszen gyakorlatilag minden izomcsoportra hatással vannak; fejlesztik az erőt, az állóképességet és a mozgás-

koordinációt, harmonizálják mozgásukat. A jellemformáló hatásuk is nagy hangsúlyt kap, hiszen kitartásra nevelik őket. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a tanulók mind mozgás, mind szociális képességek, mind kognitív funkciók terén mérhető eredményeket érhetnek el ezzel a sportággal (Dobotka–Hujber, 2004).

A küzdősport fejleszti az értelmi fogyatékos személy nagymozgásait, bővíti mozgáskészletüket, mozgásuk komplexebbé, koordináltabbá válik, fejlődik az egyensúlyérzékük és nem utolsósorban a kondicionális képességeik: az erő, a gyorsaság és az állóképesség. Szociális képességek terén fejlődik a beszédértésük az utasítások megértésével, az alkalmazkodóképességük a társaikkal való együttműködésben, figyelmük, feladattudatuk, mások iránti tiszteletük, felelősségtudatuk, önszabályozási képességük. Kognitív funkciók területén a küzdősportok fejlesztik a gondolkodási műveletek közül az analízist, szintézist, rendezést, összefüggések felfogását és a feladatmegoldó képességet, azáltal hogy mozdulatsorokat kell alkalmazniuk egy-egy feladat végrehajtásánál. Biztosítják az emlékezeti funkciók fejlődését, azaz a rövid és hosszú távú memóriát, a bevésést, a megőrzést és a felidézést a mozdulatsorok megtanításával; a figyelmi funkciókat: a koncentrációt és a figyelem tartósságát, valamint fejlesztik az észlelési funkciókat, például a térészlelést. Térben mozognak, ettől fejlődik a térészlelésük és a figyelmük. Erejük és állóképességük egyértelműen fejlődik, megtanulnak japán szavakat, amit rendkívül élveznek, és közben nagyon emlékezetfejlesztő hatásuk is van, ugyanígy a formagyakorlatok megtanulásának is. Fejlődnek a szociális képességeik, könnyebben teremtenek kapcsolatot, és megtanulnak alkalmazkodni is. Jó motivációval bír ez a sport, és könnyen megtanulják az elemeket, mert rendkívül jól utánoznak, jó a ritmusérzékük. Itt a motiváció nem a küzdéssel való versenyzést jelenti, de a fellépések, bemutatók motiválják őket a gyakorlásra. Valamint élvezik, hogy karateruhába öltözhetnek. A küzdősportok mindegyike rendelkezik olyan gyakorlati ismeretekkel, melyek a testet felkészítik az egyensúlyvesztés esetén bekövetkező földre érkezésre, talajfogásra. Az eséstan egyszerű elemeinek elsajátításával megelőzhető vagy csökkenthető a sérülés veszélye (Dobotka & Hujber; 2004). A küzdősportok azért megfelelőek az értelmileg akadályozott személyek foglalkoztatására, mert megfelelő motivációval bírnak, ami nem minden sportról mondható el, mint ahogy az sem, hogy a társak tiszteletére nevelnek. Fejlesztik a küzdőképességet, természetessé válik számukra, hogy a célt tisztességes eszközzel, kitartással kell elérni. Fegyelmezettebbek lesznek, fejlődik önuralmuk, együttműködési készségük.

Lovaglás

A gyógypedagógiai célú lovaglás és lovastorna célja a tanulásban akadályozott, értelmileg akadályozott, autista, autisztikus, részképesség-problémákkal küzdő, látás- és hallássérült (esetenként mozgássérült), magatartászavaros, hiperaktív, valamint beszédproblémákkal küzdő, esetleg inadaptált gyermekek és fiatalok fogyatékosság-specifikus fejlesztése egyénileg vagy csoportosan a ló, a lovaglás, a lovardai tevékenységek és környezet által. A fejlesztő tevékenységet gyógypedagógus lovasterapeuta végezheti. A lovaglás során az izmok megerősödnek, a légzés mélyül, a vérkeringés javul, gyorsul az anyagcsere. A fizikai hatásokon túl a gyermekek kapcsolatba kerülnek a lóval, és alkalmazkodniuk kell hozzá. Nemcsak a lovon, hanem lóápolás közben is meg kell tanulniuk viselkedni, maguk és a társaik érdekében is. Ezen tevékenységek közben új társas kapcsolatokat alakítanak ki (Bozori, 2008).

A gyógypedagógiai célú lovaglás és lovastorna több területen is kifejti hatását. A lovaglás hatása a mozgásfejlődésre sokrétű: erősödik a törzs izomzata, a csípőízület, a gerincoszlop, ami mind elősegíti a tartáshibák korrekcióját. A ló mozgásán keresztül fejlődik a mozgáskoordináció és az egyensúlyérzék. A kommunikációra is jótékony hatással van a lovaglás, főleg annak az érzelmi motivációnak köszönhetően, ami arra készteti a gyermeket, hogy beszéljen a lóhoz. A gyermekek szívesen lépnek kapcsolatba az állattal, és a lóval való kommunikáció elősegíti a szókincsbővülést is. Ez pedig kapcsolatban van a memóriával, azaz az emlékezőképesség fejlődésével is. Fejlődik a figyelem és a koncentráció is, hiszen az utasítások betartása elengedhetetlen. Emlékezniük kell a megtanult mozgássorokra, a le- és felszállás mozzanataira. Ami nagyon hasznos ebben a sportban, hogy mindezek a kognitív képességek nagyobb erőfeszítés nélkül fognak fejlődni, hiszen a gyermek örömteli elfoglaltságként éli meg (Puskovics, 2002).

Ez egy komplex fejlesztés, így minden képességterületet fejleszt. A legegyértelműbb a mozgás: a nagymozgást, az egyensúlyt és a mozgáskoordinációt rendkívül jól fejleszti. Nagyon erőteljesen fejleszti a szociális képességeket, hiszen együtt kell működnie a lóval, figyelnie kell a ló érzelmeire, betartani a szabályokat. Fejleszti a kommunikációs képességeket, mert nagyon szeretnek beszélni a lóhoz, amikor a lovon vannak, nagyon megnyílnak, nagyon szeretnek mesélni, valamint az ő kis csapatuk odafigyel egymásra. A gondolkodási képességeket is fejleszti, mert van olyan feladat, amit többféleképpen lehet megoldani, és a fantáziáját kell használni, ez egyben fejleszti az emlékezetét is, hiszen elő kell hívnia az emlékeiből a megoldássorokra. Valamint fejleszti a figyelmet, mert végig aktívnak és figyelmesnek kell lenni a lóháton.

Atlétika

Az atlétikát ajánlók a következőkben látják a sikert: intenzív edzések, módosítatlan gyakorlatok és versenyeken való részvétel. Fontos még, hogy inkább serdülőkortól ajánlott, mert a távlati versenyek főleg attól a kortól hatnak rájuk igazán motiváló erővel. Kisebb korban még állandó, folytonos, játékos motivációra van szükségük. Felnőtteknél a befektetett munka, az állandóság és a csoportos foglalkozás a lényeg.

Tenisz, asztalitenisz

Ezekhez a mozgásokhoz elengedhetetlen az agyféltekék integrációja, ami elősegíti a mentális képességek javulását (Nagy; 2004).

A tenyeres és a fonák ütés esetén a kéz áthalad a test felezővonalán. Mindkettőnél fontos szerepet játszik a szem és a kéz koordinációja. A teniszben az ugrások is adottak, hiszen a magas labdákhoz ösztönösen fel kell ugrani. Az alapütések megtanulása, a pálya és az eszközök megismerése mellett a teniszetikett (a pályán való viselkedés) megismertetése is nélkülözhetetlen. Ez alapfeltétele a zökkenőmentes integrációnak. Magyarországon gyermekcipőben jár a sérült emberek teniszoktatása.

Az asztalitenisz elterjedtebb több alapvető okból. Az asztalt sokkal könnyebb beszerezni, mint bejutni egy pályára, könnyebb a foglalkozások megszervezése. A szabályok adaptálása egyszerű.

A Down-szindróma

Meghatározása, jellemzői

A Down-szindróma már jóval az első leírása előtt ismert volt. A legkorábbról ismert ábrázolás az újkőkorból származik. A kórkép első írásbeli említése Esquiroltól, egy francia kutatótól származik 1938-ból. Régebben ezt a kórképet mongol idiócianak nevezték, viszont ez a megnevezés nem volt helytálló, hiszen nem mongolokról van szó (azért használták a „mongol" jelzőt, mert a szemük vágása a mongolokéra hasonlított), és csak ritkán idióták (súlyos értelmi fogyatékosok). Az új elnevezésnél így végül egy angol orvos, John Langdon-Down nevét használták fel, aki először írta le a kórképet 1866-ban (Budai, 2007, pp. 214–228).

A Down-szindróma pontos okát viszont csak jóval később, 1959-ben Jérôme Jean Louis Marie Lejeune-nek sikerült megállapítani. A szindróma kromoszómaszámbeli eltérésből származik. Normál esetben az embernek 46 kromoszómája van, a Down-szindrómásoknak viszont 47 kromoszómájuk van, mivel a 21. kromoszómapár helyett három kromoszóma, úgynevezett triszómia alakul ki. A Down-szindrómásokat három nagy csoportba lehet osztani. A triszómia mindegyikre jellemző, csak a fölös kromoszóma elhelyezkedése más és más. A leggyakoribb a tiszta triszómia, ilyenkor a 21. kromoszómából 3 darab van. Ritkábban fordul elő a transzlokációs forma, amikor a fölös kromoszóma egy másik kromoszómára tevődik át. A legritkább a mozaikosság. A mozaikosság azt jelzi, hogy a szervezet sejtjeinek, szöveteinek, szerveinek kromoszómagarnitúrája nem azonos. Tehát vannak az ép szövetek és szervek (melyekben 46 kromoszóma van) mellett olyanok is, amelyeknek sejtjei 47 vagy akár 45 kromoszómát tartalmaznak. A tiszta triszómia gyakorisága a Down-szindrómások között kb. 90%, a transzlokációé közel 10%, míg a mozaikosság előfordulása 1% alatti" (Spaller, 2006, p. 104).

A Down-szindróma ubikviter szindróma, ami azt jelenti, hogy minden rasszban megtalálható (Spaller, 2006). Legfőbb jellemzője a különböző mértékű értelmi fogyatékosság, azaz lehetnek enyhe, középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékosok – a mai pontos meghatározás szerint tanulásban vagy értelmileg akadályozottak. A Down-szindrómások sajátságos külső jegyekkel rendelkeznek. Jellemző rájuk a rövidfejűség *(brachycephalia),* ami miatt a koponya szagittális irányban rövidebb, elsősorban a tarkó lelapítottsága miatt, valamint a kisfejűség *(microcephalia),* ami miatt az agykoponya kicsi, míg az arckoponya az életkornak megfelelő méretű. Arcuk kerekded, pufók, arcbőrük pirosas és gyakran repedezett. Az orrhát benyomott, lapos, az orr tömpe. Szemük ferde vágású, kissé dülledt. A szivárványhártyán sokszor látható pigmentfolt. A szemeken megtalálható a belső szemzug, redő *(epicanthus).* A fülkagyló kicsiny, és gyakori a belső fülléc hiánya. Ajkuk repedezett, a nyelvtestük nagy *(macroglossia),* és jellemző rá a harántirányú repedezettség. Szájukat ezért nyitva tartják. A száj nyálkahártyája vöröses, a sűrű nyálképződés pedig nehezíti a szájüreg tisztulását. Gótikus szájpad jellemzi őket a felső állkapocs fejletlensége miatt. Álluk fejletlen. Fogzásuk és fogváltásuk lassú, gyakran túl szorosan vagy éppen kórosan távol helyezkednek el egymástól a fogak. A Down-szindrómások haja és szemöldöke sima, puha és finom szálú. Szemöldökük gyakran összenő. Alacsony testalkatúak, az átlagtól 5-15 cm-rel maradnak el testnövekedésükben. Növekedésük aránytalan. Jellemző rájuk a túlsúlyosság. Lábuk rövid és széles, lábboltozatuk lapos. Megfigyelhető a rövid comb, amely a combnyak *(collum femoris)* tengelyének a diafízishez való viszonyából ered. A kéz is sok jellegzetességet mutat.

Tenyerük kicsi és széles. A kisujjuk erősen begörbült, oszteológiai sajátossága pedig a középső percének rövidsége. A tenyerek és a talpak bőrlécrajzolata jellegzetes. Legtöbbször megtalálható a négyujjas barázda vagy a majomtenyér, ami esetén a tenyér párhuzamosan futó barázdái helyett csak egy barázdát találunk, ami a kisujj szélénél kezdődve végigfut az egész tenyéren (Göllesz, 1998).

Feltűnő a mellkas, a csípő, a csontrendszer diszharmonikus volta. Kötőszövetes állományuk laza, kocsonyás, ami az ízületek fokozottabb kitérésében látható.

A neuromuscularis transzmisszió károsodása következtében az izmok hipotóniásak, lazák. A Down-szindrómások keringése rendellenes, emiatt a hűvöset, hideget nehezen tűrik. Ha a környezet lehűl, végtagjaik, fülük, orruk, arcuk lila lesz, ami a kapillárisok bénulását és a vér szén-dioxiddal való telítettségét jelzi. Általános hormonzavar következtében a pajzsmirigyek csökkent működése és a nemi szervek alulfejlettsége jellemző rájuk. A Down-férfiak ondója emiatt az utódnemzésre alkalmatlan (Spaller, 2006).

A Down-szindrómával élő személyek esetében bizonyos egészségügyi problémák előfordulása gyakoribb lehet, azonban ezek nem tekinthetők a szindróma elkerülhetetlen velejáróinak. A társuló betegségek megfelelő prevencióval, korai felismeréssel és célzott kezeléssel jelentős mértékben megelőzhetők vagy kontrollálhatók.

A Down-szindróma mellett párhuzamosan fellépő betegségek a következők: gyakran alakul ki idült kötőhártya- és szemhéjhurut, az idősebbeknél pedig a hályogok kialakulása gyakori. A fülfertőzés is sűrűn előfordul, ami akár hallászavarhoz is vezethet. Fogszuvasodásra hajlamosak, és korai végleges fogvesztés is előfordulhat.

A légzéskapacitásuk jelentős mértékben csökkent. Orrlégzésük elégtelen, mely a gyakori orrnyálkahártya-fertőzésből ered. Jellemző rájuk a tüdőhipertónia, melynek egyedüli legfontosabb oka a tüdőartéria szűkülete, mely az alacsony véroxigénszint miatt jön létre. Az immunrendszerük éretlen, ezért a fertőző betegségekkel szemben az ellenállásuk nem megfelelő. Télen gyakran szenvednek a felső légutak, nyáron pedig a béltraktus hurutjaitól. A Down-szindrómások a cukorbetegségre is hajlamosak, ami a Langerhans-szigetek ingadozó működése miatt alakul ki. Zavarok lehetnek ezen kívül az emésztőrendszerrel és a vérképző rendszerrel is. A korai szenilis demencia tünetei jellemzőek rájuk, aminek következtében a középidősek (25-30 évesek) agya elmeszesedik. Az erek falában és a fehérállományban is mész rakódik le, melynek következtében idő előtti megöregedés tapasztalható náluk. Ez a körmök töredezésében, hajhullásban és a bőr pikkelyessé válásában jelentkezik (Spaller, 2006.).

A Down-szindrómások átlagéletkora alacsony, bár az orvostudomány fejlődése ezen sokan javított. Az egyik legsűrűbb és a legveszélyesebb betegség, ami

jellemző rájuk, a veleszületett szívhiba, egyes európai statisztikák szerint a Down-szindrómások 40-50%-a szívfejlődési rendellenességgel jön a világra, amiből 20% súlyos (Gruiz, 2007).

Alvásukra gyakran jellemző a periódusokban jelentkező légzésszünet. A Down-szindrómások légútjai kisebbek, gyakran petyhüdtek, így néha részben vagy egészben elzáródhatnak alvás közben a megnagyobbodott mandulától, orrpoliptól vagy attól, hogy az ernyedt falak miatt kilégzéskor összeomlik a légút. Az alvónak ilyenkor egy pillanatra fel kell ébrednie, hogy a légzése helyreálljon. A Down-gyermekek többsége ősi embrionális, flexiós pózt vesz fel alvás közben (Göllesz, 1998).

A Down-szindrómások többsége középsúlyos értelmi fogyatékos, de nagyon különbözőek az értelmi képességeik ezen az osztályon belül is. Általában nagyon szeretnek tanulni, lelkesen állnak hozzá az új dolgokhoz, bár nagyon hamar elfáradnak. Nehezen tudnak sokáig egy dologra koncentrálni, figyelmüket könnyen el lehet terelni. Sokakkal mégis igen jó eredményeket lehet elérni, sokan közülük még írni-olvasni is megtanulnak.

Kommunikációjukban gátoltak mind értelmi képességük miatt, mind gyakori beszédhibák jelenléte miatt. A beszédhibákban a már említett anatómiai sajátosságok is szerepet játszanak. Beszédfejlődésük megkésett, hanghordozásuk monoton, sok esetben érthetetlen. Hangjuk általában érdes, durva, dallam nélküli, amiért a fejletlen gégefő felelős. A beszéd fejlődése összefüggésben van a mozgás fejlődésével, ami a Down-szindrómásoknál szintén meglassúbbodott. A csecsemők apatikusak, nem érdeklődőek, elégedettek a helyzetükkel, így később kezdenek el reagálni a külvilág ingereire, aminek következtében később kezdődik el náluk a mozgásos megismerés, az érzékelés és észlelés fejlődése, valamint a gagyogás. „Minél korábban és minél koordináltabban mozog a Down-kisgyermek, annál előbb és könnyebben kommunikál" (Kissné, 1994).

A beszédhasználat és a beszédmegértés között mindig nagy a különbség. A beszéd mindig később alakul ki. Az agrammatizmus nagyon jellemző a Down-szindrómások beszédére.

A Down-szindróma esetén nem jellemző egységes viselkedési profil (Radványi, 2002). Elég könnyen illeszkednek be csoportokba. Általában barátságosság, nyíltság, ragaszkodás, érzelmek erős kimutatása jellemzi őket, valamint pozitív viszonyulás a környezethez. Ugyanakkor értelmi akadályozottságuk miatt a kapcsolatépítés és kapcsolat megtartása nehéz számukra.

Önálló életre sohasem lesznek képesek, mindig szükségük lesz gondoskodásra, de jól elboldogulhatnak a háztartásban vagy akár betanított munkásként is – megfelelő felkészítés után.

A Down-szindrómás gyermekek mozgása

A Down-szindrómásokra, mint általában véve az összes értelmileg akadályozottra, jellemző a motoros fejlődés lassulása, melynek oka lehet az alacsony pszichés aktivizációs szint. Jellemző rájuk, hogy kihagynak vagy kevéssé gyakorolnak be mozgásfejlődési fázisokat. Gyakran motivációszegények, nem próbálkoznak személyek, tárgyak elérésére, nincs késztetésük a közelítő mozgásokra, így késik a hasra fordulás, kúszás, mászás, fogás.

„Míg az egészséges gyermek egyenletes tempóban, nagyobb lépcsőfokokon át jut a célig, addig a Down-szindrómás gyermek sok kis alacsonyabb lépcsőfok megmászásával, kis lépésekkel, sok gyakorlás után közelíti a célt, saját lehetőségeinek csúcsát" (Kissné, 1994).

Az általános mozgásuk jó, de már a nagymozgásban is megfigyelhetőek zavarok, melyek a Down-szindrómásokra jellemző anatómiai sajátosságokból erednek. Mozgásuk beszűkült, járásuk lomha. Karjuk mozgása eltér az ép gyermekekétől. Mozgásuk ritmusa, összerendezettsége diszharmóniára utal. A széles alapon való járás és az egyensúlyozás bizonytalansága jellemzi őket. Mozgásukat nehezíti, hogy jellemző rájuk a túlsúlyosság, ami kitűnő étvágyukból fakad.

A finommotorikában viszont komolyabb zavarok szoktak fellépni, általában jellemző rájuk a motorikus ügyetlenség és a szem-kéz koordináció fejletlensége. Gyakran előfordulhat a mozgások összerendezésének, megszervezésének, irányításának nehézsége, melynek oka lehet a gyengén fejlett testséma. Motoros infantilizmus, statikai hibák, tartási rendellenességek jelentkezhetnek. A Down-szindrómások szeretnek törökülésben elhelyezkedni, gyakran a széken is felhúzzák a lábukat. Mozgásukra jellemző a passzivitás, mivel nagyon gyorsan elfáradnak, amiben a csökkent pajzsmirigyműködés is szerepet játszhat. A Down-szindrómával élő személyek mozgásfejlődésének vizsgálatai alapján a motoros készségek és a reakciósebesség szoros összefüggést mutatnak a kognitív működéssel és az értelmi fejlettség szintjével (Connolly & Michael, 1990; Lauteslager, 2004).

Down-szindrómás személyek mozgásos foglalkoztatásának sajátosságai néhány sporttevékenység vonatkozásában

Úszás

A Down-szindrómások izomzata általánosan laza, hipotón, melyet a víz termikus hatása harmonizál, valamint azon Down-szindrómások számára is megfelelő, akik túlsúllyal küszködnek, hiszen a víz pszichés hatása csökkenti ennek

érzését, és ebből adódóan könnyebb aktivizálni a gyermeket. Korábbi vizsgálatok pedig kimutatták, hogy az úszás hatására a szervezet oxigénfelvétele javul. Down-szindrómás számára elsősorban az aerob tevékenység javasolt, különösen az úszás, szívproblémájuk miatt.

Az első feladatok közé a vízhez szoktatás és a vízbiztonság kialakítása tartozik. E célok eléréséhez az alkalmazott feladatokat, módszereket, eszközöket és azok gyakoriságát a gyermek életkorához, fejlettségi szintjéhez és egyéni szükségleteihez igazítják (American Academy of Pediatrics, 2019; World Health Organization, 2014). A merülés megtanításánál a Down-szindrómás gyermekeknél különös gondot kell fordítani a levegővétel és kifújás technikájára. Ez hosszú távon általánosan segíthet számukra a megfelelő légzéstechnika kialakításában és az orrlégzés elsajátításában. Amire kifejezetten figyelni kell, az az, hogy a fülük rendkívül érzékeny, könnyen komoly gyulladások alakulhatnak ki, ezért füldugó használata javasolt.

Lovaglás

Nehezen motiválhatóak a DS gyermekek a mozgásra, és ezért könnyen elhíznak, ezért fontos, hogy legyen mozgás az életükben, és ez életformává váljon. A lovaglásra könnyen rá lehet bírni őket, mert érzelmileg kötődni kezdenek a lóhoz.

Sífutás

A sífutás már a nevében is tartalmazza a lényeget, síléccel való futást jelent. Ugyanúgy, mint a futásnál, a kar-, a törzs- és a lábizmokra van szükség a haladáshoz. Több okból is ajánlják Down-szindrómásoknak. A sífutás elasztikussá és hajlékonnyá teszi a testet, ugyanúgy, mint a síelés, ugyanakkor a technikája sokkal hamarabb elsajátítható, mint a lesiklásé. Ez a sport négy végtag összerendezett mozgása, ami a mászást idézi. Pont úgy rendezi a kéz, a láb, a jobb és bal mozgását, ahogy azt szabályos mászásnál tesszük. A sífutás ritmusa szinte kényszeríti az embert, majd kialakul a szimmetrikus mozgás. Ha már a mászáshoz hasonlítottuk a sífutást, meg kell említeni, hogy az előbbi az egyik legfontosabb alapvető mozgások közé tartozik, hiszen az agyféltekék integrálása szükséges hozzá.

A téli levegőzés, a magaslati séták, a napfény mind elősegítik az egészséges életet. A tapasztalatok azt mondják, hogy ez a sport rendkívül jól fejleszti a gyermekek egyensúlyérzékét, erőnlétét és koordinációját. Megnő a tüdőkapacitásuk, ami nagyon hasznos, hiszen a Down-szindrómások általános légzéskapacitása csökkent.

Atlétika

Több cikkben, köztük pedig egy Sarkadi Ágnes által idézett spanyol cikkben is ezt a sportot ajánlják serdülő Down-szindrómás fiataloknak (Sarkadi, 2003). Az atlétika előnyös hatása több területen is megnyilvánult. Elsősorban jó hatással volt a sportoló Down-szindrómások fizikai állapotára. A testsúlyon belül csökkent a zsír és nőtt az izmok és a csontok súlyának aránya. Javultak a kondicionális képességeik: az erő, a gyorsaság és az állóképesség. Az edzés kihatott a pszichoszociális fejlődésükre is, nagymértékben nőtt az önbizalmuk, mert nagyon gyors fejlődést mutattak rövid időn belül. Ezen túl egy csoporthoz tartoztak, ami biztonságérzetet adott számukra. A versenyeken való részvétel is hozzátartozott a programhoz, hiszen rendkívül nagy motiválóerővel bírt.

Mozgáskorlátozottak rekreációja

Mozgáskorlátozottnak nevezzük azt a személyt, akinél a mozgás szervrendszerének veleszületett vagy később szerzett károsodása vagy funkciózavara miatt olyan jelentős és maradandó mozgásos akadályozottság áll fenn, amelynek következtében a szocializáció, az életkori sajátosságok szerinti képességek és a társadalmi tevékenységben való részvétel megváltozik.

Szociális hátterük

A család a társadalom egyetemes és alapvető intézménye. Egyetemes annyiban, hogy minden ismert kultúrában és társadalmi szerveződésben megtalálható valamilyen formában. Alapvető azért, mert messzemenően kihat a társadalomra. A család nem csupán a szociális integráció központja, hanem a szocializáció központja is, a gyermek életének és egész személyiségének meghatározója. Bölcsődébe, óvodába, iskolába kerülnek a gyerekek, de mégis a szülők nevelő hatása a leglényegesebb számukra, mégis alapvetően a szülői magatartással, érték- és normamintákkal azonosulnak. Szociológusok egyetértenek abban, hogy a mai társadalom feltételei között a folyamat második leghatékonyabb faktora az iskola. E sorrend kialakulásához logikai, neveléslélektani, szociológiai és statisztikai bizonyítékok egyaránt hozzájárulnak (Ferge, 1986).

A probléma éppen abból adódik, hogy nagyon sokféle család van, s így igen sokféleképpen értelmeződik a gyerek életszükséglete. Nyilvánvaló, hogy lumpen családnál a lumpen élet szükségletei és készségei tanulhatók meg,, stb. E prob-

léma ráirányítja a figyelmet a családdal kapcsolatos össztársadalmi gondoskodás szükségességére.

Minden olyan felfogásról azonban, amely megkísérli előírni, milyen a jó család, milyen legyen a család, mi a rossz, a negatívum a családban, amit ki kellene köszörülni, előbb-utóbb kiderül, hogy a mögötte rejlő ideológia érvénye igencsak korlátozott, és a család nem olyan, nem lehet olyan (nem akar olyan lenni), amilyennek az elmélet képzeli (Buda, 1989).

A mozgássérültek személyiségének kialakulása is másképpen zajlik. Az én fejlődéséhez a kognitív folyamatok bizonyos szintű fejlettsége is szükséges. Az érzelmi identifikációk segítségével sajátítja el a gyermek a szociális viselkedési sémákat, szerepeket. Az identifikációt sokféle tényező zavarhatja meg. Az anya-gyermek kapcsolat zavarai, az apa hiánya, a szülők szocializációjának hiányosságai, a család zártsága vagy túlzott nyitottsága csak néhány tényező (Buda, 1989).

A rekreáció olyan teret biztosít, melyben kötetlenül, felszabadultan, mégis bizonyos szabályrendszer alapján tevékenykedhetnek a mozgássérült személyek. Olyan örömforrást okoz, mely alapot teremt más területen is az eredményességhez. A személyiségfejlődés érdekében mindenki számára lehetővé kell tenni a különböző mozgásformák elsajátításának lehetőségét.

Szabó (2010) tanulmányában kiemeli a flow-állapot megélésének fontosságát a személyiség alakulásában. Ennek jelentősége abban rejlik, ha megéljük ezt a kellemes állapotot, újra és újra keressük azt (Szabó, 2010). A hosszabb időn keresztül végzett rendszeres fizikai aktivitás pozitív hatással van az önértékelésre és az önbizalomra (Emery et al., 1992), segíti a stressz leküzdését, csökkenti a depresszió és a szorongás tüneteit, javítja a hangulatot (Tammelin et al., 2003). „A tökéletes élmény egyik legjellegzetesebb vonása, hogy az idő nem úgy múlik, ahogy máskor szokott" (Csíkszentmihályi, 1997). „Flow-élmény" például akkor teremtődik meg, ha a képességek és kihívások egyensúlyban vannak, és akkor prolongálható, ha a fokozatosan növekvő követelményekkel a képességeinket fejlesztve tudunk lépést tartani (Oláh, 2004).

Landers az edzés és a mentális egészség összefüggését vizsgálta. A Surgeon Generals Report on Physical Activity and Health (PCPFS Research Digest, 1996) a kísérlet eredményeként értékeli, hogy a fizikai tevékenység ellenszere a depressziónak, javítja a hangulatot. Szerintük az aggódást a következő gyakorlatok csökkentik: aerob terhelés, legalább 10-15 hetes edzésmunka. Minél edzettebb valaki, annál kevésbé aggódó.

Az aggódásba szerintük beletartozik a nyugtalanság és az önbizalomhiány. Két típusa van: a *state* és a *trait".* Fizikai hatása a magas pulzus, állandó feszültség, magas vérnyomás (Landers, 1996).

A pszichikai entrópiával ellentétes állapot a tökéletes élmény állapota. Amikor a tudatba áramló információ összeegyeztethető a célokkal, akkor a pszichikus energia erőfeszítés nélkül áramlik bennünk. A gondolatok, a szándékok, az érzések és az összes érzékszerv ugyanarra a célra összpontosulnak. Nem kell aggodalmaskodnunk, nem kell megkérdőjeleznünk önmagunkat (Csíkszentmihályi, 1997).

Erről számol be Luther, aki civilként vett részt a New York Maratonon. „A tömegben különösen érdekesek voltak az ősz hajú hölgyek, és egyszerre nem a fájdalom, hanem a boldogság könnyei folytak arcomon; nem fáradtságot éreztem, hanem örömet. Megérintettem sok kezet, és különleges kapcsolódást éreztem, és segített a nehézségen átbillenni (Luther, 2010)."

Ezek olyan állapotjegyek lehetnek, mint az egyén képességeivel összhangban lévő, egyértelmű célok, a tudat erős fókuszáltsága, az öntudatosság észlelésének megszűnése, az időérzékelés torzulása, az azonnali reakció a tevékenység közben felmerülő jelzésekre, az egyensúly a képességek és a feladat nehézsége között, a helyzet feletti kontroll élménye, a belső jutalmazottság érzése, valamint az adott tevékenységben való teljes elmerülés és az erre irányuló osztatlan figyelem.

Egy olyan tudatállapotról van szó, amelyben úgyszólván teljesen magába olvaszt az, amit éppen csinálunk. Eggyé válunk a tevékenységgel, és közben semmilyen más gondolatunk és érzelmünk nincs. A flow tehát egyrészt a fókuszról szól. Azonban sokkal több ez a puszta koncentrációnál. A flow harmonikus élmény, az az állapot, amikor testünk és elménk minden erőfeszítés nélkül működik együtt, azt az érzést adva, hogy ott, abban a pillanatban valami nagyon különös dolog történik velünk. A flow tehát öröm. Általában a csúcsteljesítmények idején következik be. A flow-ba kerülés mégsem attól függ, hogy éppen nyerésre vagy vesztésre állunk, és a flow többet ad, mint a verseny sikeres végkimenetele. Ennek az az oka, hogy a flow az általános és a mindennapi szintről az optimális szintre emeli az élményt. Ezek azok a pillanatok, amikor úgy érezzük: valóban élünk, és összhangban vagyunk azzal, amit csinálunk. A flow-állapot mentális szerkezetét Csíkszentmihályi modellje alapján kilenc fő összetevő jellemzi (Jackson & Csíkszentmihályi, 2001):

- a kihívás és a készségek egyensúlya;
- a cselekvés és a tudat összeolvadása, amely során az egyén teljes figyelmével a tevékenységre koncentrál;
- világos, egyértelmű célok jelenléte;
- azonnali és egyértelmű visszajelzés a cselekvés eredményéről;
- intenzív, fókuszált figyelem a pillanatnyi feladatra, amelynek során a zavaró ingerek háttérbe szorulnak;

- a kontroll érzése a helyzet felett;
- az önmagunkkal kapcsolatos tudatosság csökkenése;
- az időélmény átalakulása, az idő szubjektív felgyorsulása vagy lelassulása;
- az autotelikus élmény, vagyis a tevékenység önmagáért való megélése.

Az autotelikus személyiség olyan egyént jelöl, aki belső motiváció által vezérelve, saját céljai mentén törekszik fejlődésre, nem pusztán külső elvárásoknak kíván megfelelni.

A személyiségfejlődés feltételei között Buda (1989) kiemeli a környezeti ingerek szerepét (például testi kontaktus, szülő-gyermek kapcsolat, emocionális biztonság), a szoktatás és kondicionálás folyamatát (öltözködés, tisztálkodás, étkezési szokások), az azonosulási mechanizmusokat, a komplex viselkedésminták differenciális megerősítését, valamint a személyiség önszerveződő fejlődési folyamatait.

Bagdy szerint a család szocializációja többszintű. Biztosítja a feltételeket, amelyek az éréshez, fejlődéshez szükséges magatartási és szerepmintákat közvetíti. Erre épül a tudatos nevelés, családi szoktatás, fegyelmezés stb. A tudatosan közvetített szülői elképzelések alakítják ki a gyermek életprogramjait, értékrendjét. A primer hatások az együttélés során a gyermeket érő mindennapos tapasztalatok. A szociális tanulás a gyermek szándéktalanul elsajátított viselkedési mechanizmusait foglalja magában (Bagdy, 1977).

Prevenciós technikák:

- klasszikus egészségnevelés, felvilágosítás (egészségügyi személyzet bevonásával);
- rizikó csoportos megközelítése (betegségmegelőzés);
- érzelmi intelligenciát, társas kompetenciákat, alkalmazkodást fokozó beavatkozások;
- kortárs hatások a prevenciós tevékenységben;
- színtérprogramok (egészséges iskolák, óvodák, munkahelyek, városok stb.);
- közösségi alapú komplex egészségfejlesztő programok.

Relaxáció

Teremtsünk nyugodt, elmélkedő hangulatot (pl. zenével, közös lazítással)! Vizualizáljuk, hogy egy liftben utazunk, és az emeleteket jelölő gombok életünk egyes éveit vagy eseményeit jelenítik meg!

A gyerekek „érzésekkel" kapcsolatos szókincsét fejlesztjük: segítjük őket abban, hogy negatív vagy pozitív élmények felidézésével asszociáljanak különböző ér-

zésekre. bátorítjuk őket, hogy ismerjék fel és tiszteljék azt, hogy esetleg mások különbözőképpen éreznek egy adott helyzetben.

„Hogyan akarod, hogy a dolgok végződjenek?" Megtanulják megkülönböztetni egymástól azokat a célokat, amelyek építő hatással bírnak, ill. azokat, melyek károsak. Például fel kell vázolniuk egy nemrégiben átélt konfliktushelyzetet, az ezzel kapcsolatos érzéseiket, a célkitűzést, és azt, hogy megvalósították-e azt.

Minél több megoldást keressenek „brainstorming" módszerrel a problémára. Jósolják meg a valószínű következményét annak, amilyen megoldást választottak. „Mi fog történni, ha én ezt a megoldást választom?"

Válasszák ki a helyes megoldást a sok közül, és tervezzék meg lépésről lépésre a sikeres kivitelezést! A legjobbnak vélt megoldás is megbukhat, megtanulják az időzítést, akadályok legyőzését egy-egy megoldásnál. Valódi élethelyzeteket tárjunk fel! Ebben a szakaszban visszatekintenek és értékelnek (Csendes, 1986).

Mozgáskorlátozottaknak ajánlható mozgásos tevékenységek

A mozgásos rekreáció fő feladata a károsodott mozgásfunkciók kompenzálása, a működőképesség lehetőség szerinti visszaállítása, a mozgásigény kielégítése, az önálló életvitel támogatása és az örömérzés biztosítása, miközben a rekreációs foglalkozások megtervezésénél figyelembe kell venni a mozgásállapotot, az egészségi állapotot, az értelmi képességet és az életkort. A foglalkozás megfelelő személyi és tárgyi feltételek során valósulhat meg.

Minden mozgásforma adaptált körülmények között végezhető. Káros minden mozgásforma, amely a meglévő deformitást fokozza, a beteg testrészt terheli, vagy túlzottan veszélyes!

Evezés

Alsóvégtag-sérült és érzékszervi károsodott személyeknek egyik legjobb rekreációs foglalkozás az evezés. Erre nagy lehetőség van Magyarországon a szabad vizeken, és többféle sportág mozgásformájából választhatunk.

Sárkányhajózás

A jelenkori sárkányhajó modern technológiával, de a hagyományos méretben és formában készül. A sárkányhajó testének hossza 12,49 méter. 13,5 méter a hajót

díszítő tradicionális elemekkel együtt, elöl a sárkányfej, hátul a sárkányfarok. A sárkányhajó szélessége 1,15 m, a súlya pedig 250 kg. A lapát formája és mérete leginkább a kenulapáthoz hasonlít. Hossza 105–130 cm, szélessége 18 cm. A toll mindkét oldala szimmetrikus. A hajóhoz tartozó dob nemcsak a hagyományőrzés jelképe, de a csapat összefogó, motiváló eszköze. A sárkányhajóban 20 lapátos, 1 dobos, 1 kormányos és 4 tartalék alkot egy legénységet.

Vízitúrázás

A legalkalmasabb erre az indián kenu, melyben 4 fő ülhet. A hátul lévő kormányoz, és felügyelhet a hajó biztonságára. Közben megtaníthatjuk a természetvédelem alapjait, és táborozás közben az önálló életvitellel kapcsolatos feladatokat is.

Bocsa

A játék lényege emlékeztet más ősi népi játékokra, például a snúrra. Az ellenfelek igyekeznek a bocsát (nagy golyót) a lehető legközelebb juttatni a pallinóhoz (kis golyóhoz). Ez legtöbbször gurítással történik.

Játszhatja egy-egy játékos egymás ellen, vagy párosok, illetve háromfős csapatok, a mérkőzéseket rendszerint választott vagy kijelölt játékvezető vezeti az igen egyenes, kemény burkolatú pályán.

A játékvezető közreműködésével sorsolással eldöntik, melyik fél kezd, és a pályán mely irányból kezdik a játékot. Ezután elhelyezik a pallinót a kezdőpontra, majd a kezdő játékos az alapvonal (A) mögül igyekszik bocsáját minél közelebb gurítani a pallinóhoz (punto). Amennyiben a gurítás nem érvénytelen (pl. nem ér palánkot), az ellenfél következik, próbálja a pallinót jobban megközelíteni bocsájával, mint az ellenfél. Mindaddig próbálkozhat, míg közelebb gurít, mint ellenfele, ill. ennek hiányában, amíg el nem fogynak a bocsái. Majd ismét a kezdő játékos következik. Ha elfogytak a bocsáik, a játékvezető megállapítja, melyik van a pallinóhoz a legközelebb, ill. a jobb pozíciót gurított versenyzőnek hány bocsája van közelebb, mint az ellenfél legközelebbi bocsája. Ennyi pontot ír. A játék 12 vagy 15 pontig folytatódik. Abban az esetben, ha a játékos úgy gondolja, hogy túl nagy feladat lenne az ellenfélénél jobbat gurítania, akkor megpróbálhatja kidobni annak bocsáját. Ezt azonban csak úgy teheti, ha előre bejelenti, hogy melyik golyót akarja eltalálni. Ennek két módja lehetséges – kétféle dobással. Az egyik a raffa dobás.

Ez akkor lehetséges, ha a célgolyó túl van a szembelévő C vonalon, vagy a bárhol elhelyezkedő pallinóhoz közelebb van, mint 13 cm. A dobást nekifutásból

célszerű végezni az A alapvonalig előrefutva. Először a bocsa csak a C vonal mögött eshet le, és elsőként mindenképpen a célgolyóval kell ütköznie. Az eredményes dobást követően a golyók állásától függően folytatják a játékot.

A másik dobásforma a repülő dobás, azaz voló.

Ezzel a dobással a pálya bármely részén álló golyóra lehet dobni, mégpedig úgy, hogy a játékos a B vonalig előrefuthat, dobott golyója azonban csak a célgolyó 40 cm-es körzetén belül eshet le először, vagy éppen a célgolyóra rá. Érvénytelen a dobás, ha a fenti feltételeknek nem felel meg. Ez esetben a dobott golyót kiveszik a játékból, a dobás előtti állást pedig visszaállítják. Ha a kialakult eredmény a másik fél számára kedvezőbb lenne, ő élhet az „előnyszabállyal", és „elfogadhatja" a rossz dobást követően kialakult állást. A következő golyómenetet a pallinó kigurításával az a fél kezdi, aki előzőleg a pontot írta. A pallinónak legalább a félpályán túl kell haladnia, de a túlsó alapvonal előtt kell megállnia, és nem érintheti a palánkot. Ha érvénytelen a kigurítás, az ellenfél is megkísérelheti, ha netán az is érvénytelen, akkor a játékvezető a kezdőpontra helyezi. A játék az előzőleg pontot elért fél gurításával folytatódik. Győztes az, aki előbb éri el a 12 vagy 15 pontot. Egyéni játék esetén 4-4 bocsával játszanak, párosban és trióban játékosonként 2-2 golyóval, azaz összesen 4-4, illetve 6-6 golyóval. A pálya talaja szilárd, lehetőleg minél egyenesebb és egyenletesebb. Lehet döngölt föld, salak, beton, szintetikus vagy szőnyegborítású. Két hosszanti oldalán 25 cm magas fa- vagy betonpalánk, rövidebb oldalain kismértékű elmozdulásra (lengésre) képes, gumiborítású fagerenda határolja. A bocsák 920 g súlyú, 107 mm átmérőjű, színes, műanyag vagy csontgolyók, a pallinó 80 g súlyú, 4 cm átmérőjű műanyag golyó. Csapatversenyeken egy csapatmérkőzés egy trió, egy egyéni és egy páros játékból áll. Rendszerint a trióval kezdenek, ezt követően egy időben játsszák az egyéni és páros mérkőzést két egymás melletti pályán (Magyar Bocsa Szövetség, n. d.).

A figyelemzavaros hiperaktivitás

A hiperaktivitás fogalma

A hiperaktivitás két alapvető eleme a túlmozgás és az impulzivitás. Túlmozgás esetén sokszor azt hiszik, hogy a gyermek másoknál többet mozog, ez igaz, de valójában a probléma az, hogy rendezetlenül, nem megfelelő helyen, időben és módon mozog. Impulzusok vezérlik, nem tudja fékezni magát, úgymond előbb cselekszik, és utána gondolkodik.

A hiperaktivitáshoz társulhat specifikus tanulási zavar és/vagy figyelemzavar. Specifikus tanulási zavarok a következők: a diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia.

Ezek nemcsak a hiperaktivitással, hanem nélküle is felléphetnek. Néha a gyermek egyszerűen csak unja az órát, másoknál viszont idegrendszeri eredetű túlzott aktivitás, túlmozgékonyság (hipermobilitás) a figyelemzavarok alapja. Ez a figyelemhiányos hiperaktivitás (Horváth, 1999).

A hiperaktivitás fogalmának megszületése

1987-ben az Amerikai Pszichiátriai Társaság döntött arról, hogy ezt a „figyelemhiányos hiperaktív zavart" (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) a betegségek közé sorolják be.

ADHD akkor állapítható meg, ha a felsorolt tünetek közül legalább nyolc egyszerre jelen van, így a tartós feladatra irányuló koncentráció nehézsége, a figyelem csapongása, a feladatok iránti tartós érdeklődés hiánya, a tevékenységek félbehagyása és újabbakba való belekezdés, a szükséges tárgyak elvesztése, mások félbeszakítása vagy zaklatása, a csoporton belüli sorra várás nehézsége, a válaszadás félbeszakítása további kérdésekkel, következmények mérlegelése nélküli fizikai aktivitás, a folyamatos beszéd, a nyugton játszásra vagy a helyben maradásra való képtelenség, valamint az utasítások végrehajtásának nehézsége (Jones, 2001).

Figyelemzavar, figyelemzavaros hiperaktivitás

A figyelemzavar vagy figyelemhiány kifejezések önmagukban hordozzák jelentésüket, mivel aki ezekkel a problémákkal küzd, az képtelen hosszabb ideig egy meghatározott dologra koncentrálni, és csak igen rövid ideig tud összpontosítani. Azonnal eltereli a figyelmét bármilyen újdonság. A figyelemzavaros gyermek szinte ébren álmodik, amikor az utcán sétál, oly elmélyülten szemléli az utca felett repkedő fecskéket, hogy lépteire alig figyel. Gyakran csak hosszabb idő után vetődik fel a gyanú, hogy figyelemzavaros gyermekkel van dolgunk. Javíthatatlan álmodozóknak tartják őket (Harland, 2004).

A figyelemzavaros hiperaktív gyermek más képet mutat, először is az összpontosítási deficithez társuló szokatlan aktivitás miatt. Az ilyen problémákkal küzdő gyermek sokkal jobban magára vonja érdeklődésünket, mint az a társa, akinek csupán a hosszú távú figyelem hiánya okoz problémákat. A figyelemzavaros hiperaktív gyermek képtelen hosszabb ideig ülve maradni, izeg-mozog, gyakran hangos és impulzív. A gyógypedagógiában a hiperkinetikus szindrómát rendszerint figyelemzavarral társuló hiperaktivitásnak nevezzük (Harland, 2004).

Figyelemzavaros hiperaktív gyermek jellemzői különböző életszakaszokban

Csecsemőkor

Az ilyen zavarokkal küzdő gyermekek nehezen nyugtathatók meg csecsemőkorukban is. A figyelemzavaros hiperaktív csecsemők 60%-a rendkívül éber, gyakran sír, ritka náluk a nyugalmi állapot, valamint napközben és éjszaka is keveset alszanak. Ha túl sok külső inger éri őket, sírással reagálnak. A babusgatást nem szeretik.

Óvodáskor

A kis örökmozgók temperamentumosak és elevenek – igazi kis vadócok. Veszélyérzetük nagyon csekély, ezért más gyermekeknél sokkal gyakrabban éri őket baleset. Az óvodában állandó szaladgálásukkal, hangoskodásukkal és impulzivitásukkal hívják fel magukra a figyelmet. Ritkán hajlandók valamilyen játékkal huzamosabb ideig foglalkozni. Gyakran megzavarják mások játékát, összedöntik az építőkockákból rakott tornyot, összefirkálják társuk rajzait. Alvászavarokkal küzdenek. Sokkal többet beszélnek, mint kortársaik, és gyakran másokba fojtják a szót. Állandóan követelőznek.

Iskoláskor

Az iskolában csak komoly nehézségek árán tudnak ülve maradni székükön, és a tanításkor közbeszólásokkal keltenek zavart. A kérdésekre gyakran azelőtt válaszolnak, hogy tanítójuk valakit is felszólítana. Figyelmük könnyen másfelé – az osztálytermen kívül zajló események felé – fordul. Gyakran órák hosszat kínlódnak egy feladattal, mivel figyelmük folyton elkalandozik. A figyelemzavaros hiperaktivitás sokszor számolási és helyesírásbeli nehézségekkel társul. A dühkitörések mindennaposak, gyakran az a benyomásunk, hogy a gyermek fejlődése valahol az iskoláskor előtti szinten rekedt meg. Jellemző az önkontroll hiánya, a szófogadatlanság.

Serdülőkor

A figyelemzavaros hiperaktív gyermekek túlzott aktivitása mérséklődik, de a szétszórtság megmarad. A negatív énkép kialakulása nő, ezért könnyen válnak deviáns csoportok tagjaivá. Magatartásuk éretlenebbnek tűnik társaiénál, han-

gulatváltozásuk van, könnyen befolyásolhatók, hamar frusztrálódnak. Indítékszegények, illetve nem tudják a megkezdett tevékenységüket befejezni. Hajlamossá válnak a depresszióra.

Felnőttkor

Ezzel a problémával küzdő felnőttek csak rövidebb ideig képesek figyelmüket fúkuszálni, koncentrációs képességük gyenge, és érdeklődésük könnyen terelhető. Gyakran rendkívül impulzívak. Egyik jellemző személyiségjegyük az idegesség és a passzivitásra való hajlam. Szocializációs és beilleszkedési nehézségekbe ütköznek. Tanulmányaik során és munkahelyükön is nehezen viselik a kritikát.

Pozitív tulajdonságok

A figyelemzavaros hiperaktív gyermekek a nehézségek mellett számos gyakran észrevétlen pozitív tulajdonsággal is rendelkeznek, így teljes nyitottsággal fordulnak mások felé, rendkívül fejlett igazságérzettel bírnak, vonzódnak az állatokhoz és a természethez, ritkán haragtartóak, fizikailag szívósak, sokuk különösen intelligens, és nem ritkán különleges zenei vagy más művészi adottságokkal rendelkeznek (Harland, 2004).

Gyakoribb a fiúk, mint lányok között a figyelemzavaros hiperaktivitás – az orvosok becslése szerint 5-9 ilyen problémával küzdő fiúra egy lány jut. A figyelemzavaros hiperaktív lányok inkább álmodozók lesznek, és visszahúzódóan viselkednek. A fiúk viszont képtelenek mozgási késztetésüket kontroll alatt tartani (Harland, 2004).

A hiperaktivitás okai első pillanatra szerteágazónak tűnnek, de valamennyi érintettnél hasonló a lefolyásuk.

Öröklődés

Robert Plomin professzor szerint az ADHD-kutatások egyértelműen alapvető genetikai befolyásra utalnak, hiszen 60%-ban a rendellenesség örökletes mivoltát bizonyították. Egy másik tanulmány azt mutatta ki, hogy az ADHD-ban szenvedő gyermekek rokonai közt 5,6-szor nagyobb az esélye az ADHD előfordulásának, mint az átlagos gyermekek rokonai között (Jones, 2001). A terhesség és szülés ideje alatt, valamint a gyermekkorban fellépő különböző zavaró tényezők – így többek között az anya oxigénhiánya, dohányzása, stresszterheltsége, cukorbeteg-

sége, vegyi üzemi vagy ólomszennyezett környezetben végzett munka, túlzott alkoholfogyasztása és gyógyszerszedése, a szülés során bekövetkező oxigénhiány vagy agysérülés (például a köldökzsinór nyakra tekeredése miatt), továbbá a gyermeknél jelentkező ólomszennyeződés, balesetek, stressz, gyógyszermellékhatások és bizonyos élelmiszerek fogyasztása – a fejlődést kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Hogyan segíthetünk hiperaktív gyermekeken?

A figyelemzavaros hiperaktivitás kezelése akkor indokolt, ha ez súlyos gondot okoz a szülőknek, a szociális környezetnek és magának a gyermeknek (Harland, 2004).

Ha már a legfontosabb lépés megtörtént, és rálátunk a diagnózisra, akkor megkezdődhet a célirányos kezelés. Erre többféle módszer is adott. A hagyományos orvosi eljárás mellett a természetgyógyászat alkalmazása és a szülők önálló kezdeményezései is figyelemre méltó szerepet játszanak a hiperkinetikus szindróma gyógyításában (Francz, 1998).

A klasszikus orvostudomány a hiperaktivitás különböző kezelési lehetőségeit ismeri, és ezek az eljárások kiegészítik egymást:

Pszichoterápia (nevelési tanácsadás, egyéni- és családterápia): a gyermek és a terapeuta személyes kapcsolatára alapoz. Sokat segíthet a terápia abban, hogy a gyerek megbirkózzék azokkal az esetleges problémákkal, amelyek részint épp hiperaktivitásból fakadnak. Elsődleges célja a figyelem meghosszabbítása és a koncentrációs képesség javítása. A gyógyszeres kezelésnek van a legnagyobb jelentősége a hiperaktív gyerekeknél. Gyakori, hogy a gyógyszeres kezelés hatására a problémák egy része eltűnik, míg mások megmaradnak. Ezeknél a gyermekeknél a leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek közé tartoznak a stimulánsok, például a d-amfetamin és a metilfenidát (pl. Ritalin). E készítmények nem klasszikus értelemben vett nyugtató hatásúak, hanem az idegrendszeri szabályozás módosításán keresztül csökkentik a hiperaktivitást és az impulzivitást, miközben javítják a figyelmi kontrollt és a feladattartást, ezáltal a gyermekek viselkedése szervezettebbé és jobban irányíthatóvá válik (Faraone et al., 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Ergoterápia: munkaterápiát, illetve munkaterápiás foglalkoztatást jelent. Segítségével zavart motoros és pszichés funkciók helyreállíthatók, javíthatók, fejleszthetők vagy kompenzálhatók. Az ergoterápia során a gyermekeknek meghatározott tevékenységeket kell végezniük, a zavarok negatív hatásainak csökkentése érdekében (Harland, 2004).

Viselkedésterápia: a gyógyszerkezelést általában viselkedésterápiával kötik össze. Hihetetlen magatartásjavulást képes produkálni. A viselkedésterápia a jutalmak és büntetések rendszerén alapul. A kívánt viselkedést dicsérik és jutalmazzák, még a nem kívántra viszont nem reagálnak, vagy negatív választ adnak rá (Jones, 2001).

Kognitív terápia: olyan gyógymódforma, amely, ahelyett, hogy a tudattalanig hatolna, az ember tudatos gondolkodási folyamataira próbál hatni. A jelenvaló személyiségből indul ki, és kizárólag tudatos szinten érinti a problémákat (Jones, 2001).

Alternatív gyógymódok: akupresszúra, akupunktúra, aromaterápia, biorezonancia, gyógynövénykúra, hipnoterápia-hipnózis, homeopátia, masszázs, oszteopátia, reiki, színterápia, táplálkozásterápia, virágterápia stb. Egyre több orvos ismeri el, hogy az alternatív gyógymódok igen hasznosak lehetnek ott, ahol a hagyományos orvoslás tehetetlennek bizonyul. Ezek többsége „holisztikus" gyógymód – azaz a tudatot és az érzelmeket egyaránt mozgósítja, és egyformán érinti a páciens személyiségét, alkatát, illetve szervezetét (Jones, 2001).

Mozgásterápia

A figyelemzavaros hiperaktivitás kezelésében és kiegészítő terápiájában különböző mozgásterápiás módszerek alkalmazhatók. A strukturált, célirányos mozgásprogramok hozzájárulhatnak a figyelem szabályozásához, az impulzuskontroll javításához és a mozgáskoordináció fejlesztéséhez. A mozgásterápia egyik ígéretes formája a terápiás lovaglás, amely komplex szenzoros, motoros és érzelmi hatásmechanizmuson keresztül fejti ki hatását.

A lóval való kapcsolat – az állat érintése, gondozása és a lovaglás ritmikus mozgásélménye – számos gyermek számára nyugtató, szabályozó hatású lehet. Hasonlóképpen a vízi környezetben végzett terápiás foglalkozások elősegíthetik a testkép elfogadását, a mozgáskoordináció és a szenzoros integráció fejlődését.

Lovas terápia

A lovas terápia (gyógylovaglás) gyűjtőfogalom, amely a ló és a lovaglás terápiás célú alkalmazását jelenti, képzett szakember vezetésével, speciálisan felkészített ló közreműködésével. A módszer alkalmazható neurológiai betegségek, ortopédiai problémák, érzelmi és mentális zavarok, valamint érzékszervi fogyatékos-

ságok esetén. A lovas terápiának több ága különböztethető meg a kezelendő probléma eredetétől függően (Bardigiano, n. d.).

ADHD-val élő gyermekek esetében kiemelten fontos a strukturált, célirányos mozgáslehetőség biztosítása. A feladatok legyenek világosak, rövidek és egyértelműek, lehetőség szerint kapcsolódjanak az aktuális tanult tevékenységhez. A tevékenységet a gyermek önállóan, legfeljebb egy társ kíséretében hajtsa végre (Neuhaus, 1999).

A viselkedés kiszámíthatatlansága és az eltérő felnőttreakciók bizonytalanságot eredményezhetnek. A következetes, tényszerű, barátságos és humorral kísért pedagógiai attitűd növeli a gyermek biztonságérzetét. A gyakorlatban ez rövid és egyszerű instrukciók alkalmazását, rendszeres szemkontaktust, szükség esetén a feladat visszamondását, valamint nyugodt munkakörnyezet kialakítását jelenti (Neuhaus, 1999).

Fontos figyelembe venni, hogy az ADHD-val élő gyermek figyelmi kapacitása korlátozott lehet, különösen alacsony érdeklődésű feladatok esetén, miközben a figyelemelterelő ingerek fokozott hatásúak. Gyors reakciói gyakran megelőzik a tudatos megfontolást (Neuhaus, 1999). Hirtelen izgalmi állapot esetén a strukturált, fizikai jellegű lezáró tevékenységek – például tornaszerek elpakolása – segíthetnek a feszültség csökkentésében.

Hippoterápia

A hippoterápia a ló segítségével végzett gyógytorna, amely hippoterapeuta végzettséggel rendelkező gyógytornász vezetésével történik. Alkalmazható idegrendszeri eredetű mozgászavarok és ortopédiai elváltozások esetén gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt.

A lépésben haladó ló hátának egyenletes, ritmusos, ciklikusan ismétlődő háromdimenziós mozgása a páciens felsőtestére tevődik át, és a normál járásmintához hasonló mozgásra készteti azt (Bardigiano, n. d.).

Gyógypedagógiai lovaglás és lovas torna

Célja az általános vagy részterületre korlátozódó fejlesztés, nevelés és szocializáció. Értelmi, érzékszervi fogyatékossággal élő, valamint viselkedési és tanulási zavarokkal küzdő gyermekek számára alkalmazzák.

A terápia fontos eleme a lóval való közvetlen kontaktus, az állat testének melege és járásának ringató hatása, amelyek segíthetnek a stressz csökkentésében. A ló

gondozása és ápolása a felelősségtudat és a szociális érzékenység fejlődését is támogatja. A lovaglás során alkalmazható mindhárom jármód (járás, ügetés, vágta), nyereggel vagy anélkül, egyéni vagy csoportos formában (Bardigiano, n. d.).

Rokkant- vagy parasport

A parasport a fogyatékossággal élők rekreációs és versenyzési lehetőségeit foglalja magában. A megfelelő képzettséggel rendelkező lovasoktató vezetésével a résztvevők akár egészséges társaikkal együtt is versenyezhetnek (Bardigiano, n. d.).

A lovas terápia hatásai

Fizikai hatások: egyensúly javulása, izmok erősödése, koordináció fejlődése, reflexek gyorsulása, ízületi mozgásterjedelem növekedése, görcsösség oldódása, légzés és keringés javulása, szenzoros integráció és figyelem fejlődése.

Pszichológiai hatások: jó közérzet, önbizalom növekedése, türelem és önfegyelem fejlődése, érzelmi kontroll javulása, az állatok iránti tisztelet és szeretet erősödése.

Szociális hatások: a külvilág iránti érdeklődés fokozódása, felelősségérzet fejlődése.

Nevelési-oktatási hatások: a tanulási folyamat támogatása (Pacidoki, n. d.).

Terápiás lovaglás a gyakorlatban

A kezdeti szakasz célja a lóval való biztonságos kapcsolat kialakítása, az alapvető viselkedési és biztonsági szabályok elsajátítása, valamint a ló gondozásával kapcsolatos teendők megtanulása (Lovasok.hu, n. d.).

A foglalkozások során alkalmazhatók egyensúlyt fejlesztő gyakorlatok (pl. törökülés, térdelés, oldalülés, törzsfordítás), figyelmet fejlesztő feladatok (labdás gyakorlatok, akadálypálya), valamint ügyességi gyakorlatok különböző eszközökkel (Lovasok.hu, n. d.).

A terápiás foglalkozás során a lovas mellett segítő személy tartózkodik, miközben a terapeuta futószáron vezeti a lovat és instrukciókat ad.

Lovas terápiás versenyek

A versenyek lehetnek egyéni vagy csapatjellegűek, vezetett lovon végzett ügyességi feladatokkal. Lehetőség van integrált eseményekre is, ahol ép és fogyatékossággal élő lovasok együtt versenyeznek. A cél a versenyzési lehetőség biztosítása, a sikerélmény megélése és a lovas terápia népszerűsítése.

Hallássérült személyek rekreációja

A hallássérülés gyűjtőfogalom, a halláskárosodás, a hallászcsökkenés és a hallásveszteség szinonimája. Az orvostudomány főleg a halláskárosodás, a hallászcsökkenés, a hallásveszteség, a hallászavar, a halláskiesés, a nagyothallás és a siketség elnevezéseket alkalmazza.

Az orvosi és népegészségügyi szakirodalmi adatok szerint a teljes népesség kb. 10%-ának van valamilyen fokú halláskárosodása Magyarországon. A 0–14 éves gyermekek 3%-ánál fordul elő átmeneti vagy tartós kezelést igénylő hallászcsökkenés. A veleszületett halláskárosodások száma 0,2%-os. Közepes vagy súlyos fokú hallássérülése van a teljes gyermeknépesség mintegy 0,1%-ának. Hazánkban a közepes vagy súlyos fokban hallássérült gyermekeknek csaknem 55%-a jár speciális (szegregált – elkülönített) iskolába. A hallássérültek másik 40-50%-a (többségük nagyothalló) a hallók között, többségi iskolában tanul (*Pedagógiai Lexikon*, 1998).

Az intézmények integrációs nevelést segítő, gondozó tevékenységének keretében részben az iskolai életre való felkészítés, részben a hallókkal folyó kommunikáció, részben pedig az egyéni integrációt támogató gyógypedagógiai közreműködés feladatai jelennek meg (*Pedagógiai Lexikon,* 1998).

A mozgás- és ritmusnevelés sajátos feladatai a hallássérültek mozgásfejlesztésében

A mozgás számos formája – különösen az ismétlődő elemekből felépülő mozgások, mint a járás vagy a futás – ritmusos szerveződésű. A legtöbb munkamozdulat szintén szabályos, ciklikusan ismétlődő mintázatokból áll. A beszéd is rendelkezik ritmussal és tempóval; a beszédritmus kialakulásában, a nyelvelsajátítás folyamatában és a mindennapi kifejezések felidézésében fontos szerepet játszik a mozgás és a hangritmus egymást erősítő hatása.

Súlyos fokban hallássérült gyermekek esetében a ritmikus hangingerek sorozata – amely az ép hallású gyermekeknél természetes módon támogatja a moz-

gás- és beszédfejlődést – részben vagy teljesen hiányzik. Ennek következtében a mozgásritmus fejlődése és a beszédritmus alakulása eltérő mintázatot mutathat.

A testnevelés és a mozgásnevelés területén ezért kiemelt feladat a ritmusos mozgások tudatos fejlesztése. A ritmus alkalmazása – vizuális, taktilis vagy mozgásos ingerek bevonásával – jelentősen hozzájárulhat a hallássérült gyermekek beszédfejlődésének támogatásához, valamint kommunikációs és szenzomotoros készségeik erősítéséhez (Jessica A. Phillips-Silver & Laurel J. Trainor, 2007; Aniruddh D. Patel, 2008).

A siketek rekreációjának célja és feladata

Fő funkciója, hogy a kliensek pszichoszomatikus fejlettségéhez és érdeklődéséhez igazodó mozgástevékenységgel gazdagítsa és fejlessze azok mozgásműveltségét, továbbá pótolja az esetleges elmaradásokat. Koordinációs képességüket fejlessze olyan szintre, hogy alkalmassá tegye őket a későbbi hatékony mozgásos-cselekvéses tanulásra, sportolásra, elégítse ki a mozgás szükségletét, fejlessze mozgásos cselekvési biztonságukat, alapvető mozgás- és feladatmegoldó képességüket. Ismerjék meg a mozgásos játék, versengés örömét, mozgásuk koordinálttá váljon. A mozgás, a rendszeres fizikai aktivitás életmódjuk részévé váljon. A foglalkozás nem okozhat hátrányos megkülönböztetést. Az önhibáján kívül hátrányos helyzetben levő is érezze: tiszteletben tartják személyiségét, segítik hátrányai felszámolását, értékelik igyekezetét, fejlődését. Elsősorban koordinációs képességek szenzitív időszakban történő fejlesztésével lehet javítani az esélyegyenlőséget. A rekreációs foglalkozás különösen alkalmas terepe a hallássérültek szociális és kulturális integrációjának elősegítésére. A sport- és mozgásos-játékos vetélkedők többségében a hallássérült tanulók egyenlő eséllyel vehetnek részt ép hallású társaikkal. A közös játék vagy sportolás során kialakul az egymást segítő magatartás, valamint érvényesül a verseny jellemformáló ereje. A foglalkozások során figyelembe kell vennie a résztvevők adottságait, az átlagosnál gyakrabban előforduló mozgáskoordinációs zavarokat, testi fejlődési rendellenességeket.

Speciális szempontok a hallássérültek mozgástanításában

A torna, az atlétika és a játékok alkalmasak arra, hogy a hallássérülés következményeként kialakuló tartási, mozgási és ritmushibákat korrigálni lehessen. A hallássérülteknél gyakori egyensúlyzavarok korrekcióját is a mozgásanyag tuda-

tos megválasztásával, a kiegészítő mozgás eszközeivel tudjuk megvalósítani. A ritmusos mozgásnevelés, a siketek ritmuskészségének fejlesztése – közvetve – segíti a helyes beszédritmus kialakulását is. A bemelegítés során alkalmazott természetes gyakorlatoknak (járás – futás stb.) is lehetnek a siketek testnevelésében sajátos feladatai. A siket gyermekek egy részére jellemző a csoszogó, a fejet, karokat előrelógató, kissé széles alapon előredőlve járás; ezért a járásgyakorlatok elősegítik a helyes testtartású, ritmusos járás kialakulását. A futások és ugrások is hozzájárulnak a helyes testtartás kialakulásához.

Énkép kialakítását segítő gyakorlatok: helyes testtartás kialakítása, nyugalom, légzés, zene, önmagunk megismerése.

Tükör előtti játék (Ismerd meg a tested!)

Mozdítsátok meg sorban valamennyi ízületeteket! Először az ujjaitokat, azután a kézfejeteket, karotokat, vállatokat, derekatokat, csípőtöket, lábatokat, nyakatokat, fejeteket! Most már minden testrészetek mozog. Vigyázzatok, hogy egyik testrész se hagyja abba a mozgást, amikor a másik megmozdul! Most lassan elnehezedik a mozgás, egyre lassabb lesz, és megáll. Képzeljétek, hogy egy nagy súly húzza a kezeteket! A súly vándorol, átcsúszik a könyökötökbe. Járjatok tovább, most már a súly a nyakatokat húzza! Elnehezedik a fejetek. Most a lábatok nehéz: nagyon nehezen emelitek. A súly elszáll – nagyon megkönnyebbült a testrész. Karotok, lábatok szinte magától emelkedik. Amikor már jól benne vagyunk a mozgásban, a vezető mesélni kezd. A játszók fantáziája megmozdul, s a képzeletbeli cselekvéshez igazítják, gazdagítják mozgásukat. Például így szól: Mi most madarak vagyunk, sirályok, repülünk. Szárnyalva hasítjuk a levegőt, merészek a szárnycsapásaink. Most meg már fáradunk. Lomhább a repülésünk. Meglátunk egy hajót, gyorsabban szállunk és leereszkedünk. Kinyújtjuk tagjainkat, kilazítjuk szárnyainkat, nagy lélegzeteket veszünk, majd újból felröppenünk s szállunk nyugodt, kiegyensúlyozott repüléssel… A gyerekek kimozdulnak helyükből, karjukat a történet szerint hol gyorsabban, hol lassabban mozgatják, hol kisebb, hol nagyobb lendülettel. Fejük is mozdul a karral, majd ellazítják lábukat, egy lábon ugrálnak stb. Mozgásuk módosul egyéniségük, vérmérsékletük szerint. Az azonban bizonyos, hogy szerepükkel azonosulnak, s minden, amit tesznek, a ritmus törvényeihez igazodik (Gabnai, 1993).

Ajánlott mozgásformák párban (pl. küzdő gyakorlatok): kakasviadal, húzd át a határon – told át a határon; mellső fekvőtámaszban: piros pacsi, csökönyös szamár.

„Kínai verekedés" párokban

Párokban, egymástól kb. 2 méterre felállunk, szemben egymással, előbb a fej, később a váll, mellkas, a csípő energikus támadó mozdulatával „ütjük meg" az ellenfél ugyanazon testrészét ebből a távolságból, a partner az „eltalált" testrészével reagál az ütésre, majd ő „üt". Megfelelő gyakorlás után minden testrésszel az ellenfél bármely testrészét megüthetjük 8-10 méterről is.

Páros botbirkózás

A játékosok párosával felállnak egymással szemben, és vállszélességben fognak tornabotot. Jelre igyekeznek kicsavarni a társuk kezéből a botot. A győztesek továbbjutnak, kieséses rendszerben döntik el az elsőséget. Több változatban is lehet játszani: hason fekvésben, ülésben vagy térdelésben.

Körhúzó

A játékosok kézfogással (tűzoltófogással) kört alakítanak. A kör közepére egy tömött labdát helyezünk. Jelre a játékosok hátrafelé kezdik húzni a kört. Az a két játékos, akiket elhúznak a labda mellett, büntetőpontot kap. Ha elszakad a kör, megáll a játék, és újra megfogják egymás kezét.

Labdás feladatok

Célba dobás

A játékhoz két gyűrű szükséges. A két csoport a gyűrűtől 1-2 méterre egy oszlopban feláll. Az oszloppal szemben 3-4 méterre felfordított zsámolyt teszünk. A játékosok egyenként – lábuk, bokájuk közé vett labdával – a gyűrűn függeszkedve ellendülnek, és az előrelendület végén megpróbálják a labdát betenni a zsámolyba. Győztes az a csapat, amelyiknek először sikerül 3 alkalommal betenni a labdát a zsámolyba.

Labdakerülő

Két egyenlő létszámú csapat a terem, udvar két végében egymással szemben hason fekvésben elhelyezkedik. A szemben lévő párok azonos számot kapnak. A

terem közepére egy labdát teszünk. Amelyik pár a számát látja, felugrik, és a labdához fut. A labdát igyekeznek egymás elől úgy ellopni, hogy a másik játékos ne érje utol addig, amíg vissza nem ér a helyére. Az ellenfelet csak akkor szabad megérinteni, ha már megfogta (megérintette) a labdát. Pontot kap az a csapat, amelyik ellopta a labdát vagy utolérte az ellenfelet és megérintette.

Dobóverseny

Két azonos létszámú csapatot alakítunk. A csapatok egy-egy zsámollyal szemben oszlopba felállnak. Krétával a földre egy és fél, három és öt méterre vonalat húzunk. Győztes az a csapat, amelyik először éri el a 10 pontot. Érvényes dobásnak az számít, amelyik a zsámolyban bent marad. Az első vonalról hason fekve (törzsemeléssel) kell dobni, az érvényes dobás 3 pontot ér. A második vonalról törökülésből, 2 pontot ér. A harmadik vonalról állva kell dobni, és 1 pontot ér az érvényes dobás.

Látássérültek rekreációja

Látássérültnek minősül az, akinek látásvesztése olyan súlyos fokú, hogy csak megfelelően kialakított tárgyi és személyi környezetben, speciális módszerek és eszközök segítségével képes optimálisan fejlődni, ismereteket feldolgozni, elsajátítani.

A szelekciós csoportok elválasztására szolgáló kritériumok országonként eltérőek. Hazánkban a szelekció alapja a szemész szakorvos diagnózisa. Ezt kiegészíti a pedagógiai látásvizsgálat. Látássérülteknek tekintjük a vakokat (akik fényt sem érzékelnek), valamint az aliglátókat (*visus* < 0,1 vagy nagy fokú látótérszűkület), akik fényérzékelőkre, ujjolvasókra és nagytárgy-látókra oszthatók; továbbá a gyengén látókat (*visus* 0,1–0,3), akiknél korrigált távoli látásélességük vagy látótérszűkületük miatt a vizuális megismerés akadályozott, és a funkcionális hiány gyógypedagógiai eszközökkel részben vagy teljesen kompenzálható (Csocsánné, 1997).

Látássérültek rekreációjára ajánlott mozgásforma

Pilates

A módszer lényege, hogy olyan egyenletes felépített gyakorlatokból áll, amelyek elősegítik izomzatunk harmonikus működését. Egyúttal magába foglal egy olyan

speciális légzéstechnikát, melynek segítségével nemcsak a szervezet oxigénellátása növelhető, hanem a fizikai teljesítmény is jelentősen fokozható.

A pilates segít törzsizomzatunk stabilizálásában és a testi-lelki egyensúly és felfrissülés elérésében. A pilatesgyakorlatok elvégzése során elkerülhető a kimerülés, az izomláz és a görcsök. A pilates attól különleges, hogy egyénre szabott gyakorlataival teljes testi-szellemi fittség érhető el és tartható fent.

Légzés

A helyes légzés hatékony eszköz a mozgás könnyítésére, az eredmény fokozására, segíti a koncentrációt, ami szükséges a gyakorlatok végrehajtásához. A tudatos légzés segít a stressz kezelésében, és megnyugtatja a testet. A mellkasi légzést alkalmazzuk, a hasat behúzva tartjuk, de a teljes tüdőfelülettel lélegzünk. Orron lélegzünk be a mozdulat elvégzése előtt, és a gyakorlat során kilélegzünk szájon keresztül.

Összpontosítás

A pilatesgyakorlatokban minden mozdulatnak van értelme. Az eredményesség egyik feltétele, hogy „jelen légy, itt és most". Testben, lélekben és a gondolatainkkal egyaránt. Nem hagyjuk elkalandozni a gondolatainkat, figyelmünket az elvégzendő feladatra összpontosítjuk. Koncentrálunk arra, hogy mi a helyes és mi helytelen, és összpontosítunk a részletekre.

Ellenőrzés

A módszer, amelyet Pilates az ún. *ellenőrzés művészeté*nek nevezett, megkívánja a test tudatos ellenőrzését. Minden egyes mozdulatot meg kell előre tervezni. Gyakorolni és fokozni kell az ellenőrzést minden mozgásnál.

Központosítás

Középpont – a has, a hát alsó része, far, medence – minden mozdulatunk kiindulópontja. Ez olyan, mint egy szalag, amely a köldöktől kiindulva körben a hát alsó részéig, a csípő legalsó pontjáig tart. Ebből az erőközpontból indul ki az

energia és áramlik a végtagok felé. Minden egyes gyakorlatsor végrehajtása előtt aktiváljuk az erőközpontot.

Pontosság

A pontosság növeli a hatékonyságot. A gyakorlatok elvégzésén kívül a minél pontosabb kivitelezésre is koncentrálunk.

Áramlás

A módszer a mozgást természetes folyamatában szemléli. A mindennapi életben a mozdulatok nem különülnek el, egyik mozdulat kapcsolatban áll a másikkal. A gyakorlás során koncentrálunk az áramlásra, a folyamatosságra. Ha így gyakorlunk, javul a test kiegyensúlyozottsága, koordináltsága (Hermann, 2009). A pilates-gyakorlatok javítják a mozgásfürgeséget és kecsességet, növelik az energiaszintet, fejlesztik az egyensúlyérzéket, a rugalmasságot és a tartást, erősítik a hát- és hasizmokat, fokozzák a sportteljesítményt, segítik a sérülések megelőzését, csökkentik a stresszt, javítják a vérkeringést és a légzést, erősítik az immunrendszert, finomítják a mozgáskoordinációt, és összességében jobb közérzetet eredményeznek.

Nyugalom, pontosság, folyamatosság, tudatos figyelemirányítás, harmónia, egyensúly és izomerő – mindezek alapvető jellemzői a Pilates-módszernek. A gyakorlatokat lassan, tudatosan és koncentrált figyelemmel szükséges végezni, ahol a mozdulatok minősége elsődleges a mennyiséggel szemben. A módszer lényeges eleme a kontrollált légzés és az ún. „core" izmok tudatos aktiválása, amely az egész test működésének hatékonyabb összehangolását teszi lehetővé, hozzájárulva a testtartás, az egyensúly és a mozgáskoordináció fejlődéséhez (Rael Isacowitz & Karen Clippinger, 2011; Bo Kyung Kim et al., 2016).

Szabadtéri mozgásként a futás ajánlott gyengén látó vagy látó társsal vezetve. A távolság az előképzettségnek megfelelő legyen és egyenletes sík terepen történjen.

Csörgőlabda

Ezt a sportot férfi és női látássérült, vak és gyengén látó személyek is játszhatják. Minden csapat három tagja játszik egyszerre a pályán, a cél, hogy az ellenfél kapujába gurítsák a labdát, és gólt szerezzenek. A labdában lévő csörgők irányítják a játékosokat, így tájékozódnak ők a labda helyzetéről. Ezért a játék ideje alatt a helyszínen néma csend van, hogy a játékosok koncentrálni és azonnal reagálni

tudjanak a labdára. A gólok után kitörhet a tapsvihar, de játék közben ismét csend kell, hogy legyen. A meccs összesen húsz percig tart, ami két tíz-tíz perces félidőből áll. Minden versenyző maszkot, fekete szemüveget visel, hogy egyenlő eséllyel versenyezzenek a különböző látássérültséggel rendelkező sportolók. Rekreációs foglalkozáson látók is azonos körülmények között játszhatják (Magyar Paralimpiai Bizottság, n. d.).

Irodalomjegyzék

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.TV

American Academy of Pediatrics. (2019). Prevention of drowning. *Pediatrics, 143*(5), e20190850. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0850

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass.

Bailey, R. (2015). Sport, physical activity and educational achievement: Towards an explanatory model. *Sport, Education and Society, 20*(1), 1–17. https://doi.org/10.1080/13573322.2014.962684

Bardigiano. (n. d.). Lovasterápia. http://www.bardigiano.org/lovasterapia.html

Becker, B. E. (2009). Aquatic therapy: Scientific foundations and clinical rehabilitation applications. *PM&R, 1*(9), 859–872. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.05.017

Buda, B. (1989). *A család szerepe a szocializációban.* Akadémiai Kiadó.

Budai, J. (2007). A Down-szindróma kialakulása és jellemzői. In Horváth L. (szerk.), *Genetikai rendellenességek* (pp. 214–228). Medicina Könyvkiadó.

Cole, A. J., & Becker, B. E. (2004). *Comprehensive aquatic therapy* (2nd ed.). Butterworth-Heinemann.

Connolly, B. H., & Michael, B. T. (1986). Performance of retarded children, with and without Down syndrome on the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency. *Physical Therapy, 66*(3), 344–348. https://doi.org/10.1093/ptj/66.3.344

Connolly, B. H., & Michael, B. T. (1990). *Physical Therapy, 70*(3), 152–158. https://doi.org/10.1093/ptj/70.3.152

Csíkszentmihályi, M. (1997). *Flow – Az áramlat: A tökéletes élmény pszichológiája.* Akadémiai Kiadó.

Dobotka, P., & Hujber, A. (2004). *Küzdősportok fejlesztő hatása értelmileg akadályozottaknál.* Sport Kiadó.

Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and

adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*, 98. https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98

Emery, C. F. (1992). A fizikai aktivitás hatása az önértékelésre. *Egészségpszichológiai Szemle, 12*(3), 45–60.

Faraone, S. V., Buitelaar, J., & Ramos-Quiroga, J. A. (2015). The World Federation of ADHD International Consensus Statement. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Ferge, Zs. (1986). *A társadalmi egyenlőtlenségek és a nevelés.* Gondolat Könyvkiadó.

Gabnai, K. (1993). *Mozgásnevelés és ritmusfejlesztés siket gyermekeknél* [nem publikált kézirat].

Göllesz, V. (1998). *A Down-szindróma anatómiai sajátosságai.* Medicina Könyvkiadó.

Greenberg, M. T., Kusché, C. A., Cook, E. T., & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology, 7*(1), 117–136.

Gruiz, K. (2006). *A sport jelentősége értelmileg fogyatékosok életében* [nem publikált kézirat].

Harland, P. (2004). *A hiperaktivitás kezelése alternatív módszerekkel* [nem publikált kézirat].

Hermann, I. (2009). *A pilates gyakorlatok hatásai és technikája.* Egészségkönyv Kiadó.

Hippocrates. (n. d.). *On regimen.*

Isacowitz, R., & Clippinger, K. (2011). *Pilates anatomy.* Human Kinetics.

Jackson, S. A., & Csíkszentmihályi, M. (1999). *Flow in sports.* Human Kinetics.

Jones, R. (2001). *A figyelemzavaros hiperaktivitás diagnosztikája és kezelése* [nem publikált kézirat].

Kim, B. K., Kim, Y. S., & Park, S. H. (2016). Effects of Pilates exercise on body composition and physical fitness. *Journal of Physical Therapy Science, 28*(9), 2616–2620. https://doi.org/10.1589/jpts.28.2616

Kissné, V. M. (1994). A Down-szindrómások mozgásfejlődése. *Gyógypedagógiai Szemle, 8*(2), 34–42.

Konkoly, T. (2008). *A koherenciaérzés és a stresszkezelés* [nem publikált kézirat].

Kovács, L. (2003). *A rekreáció társadalmi és egészségügyi jelentősége* [nem publikált kézirat].

Kusché, C. A., & Greenberg, M. T. (1994). *The PATHS curriculum.*

Landers, D. M. (1996). The influence of exercise on mental health. *PCPFS Research Digest.*

Lauteslager, P. E. M. (2004). *Children with Down syndrome: Motor development and intervention.* European Down Syndrome Association.

Lovasok.hu. (n. d.). Lovasterápia és terápiás lovaglás. http://www.lovasok.hu/

Magyar Bocsa Szövetség. (n. d.). A bocsa játék szabályai. http://www.bocsa.sport.hu

Magyar Paralimpiai Bizottság. (n. d.). A csörgőlabda szabályai. https://www.hparalimpia.hu

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NG87).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

Neuhaus, C. (1999). *Das hyperaktive Kind und seine Probleme.* Ravensburger.

Oláh, A. (2004). A flow-élmény és a stresszkezelés. *Pszichológiai Tanulmányok, 15*(1), 78–89.

Országos Közoktatási Intézet. (n. d.). Integrált foglalkoztatás és inklúzió. http://www.oki.hu

Pacidoki. (n. d.). A lovasterápia hatásai.http://www.pacidoki.hu/hu

Patel, A. D. (2008). *Music, language, and the brain.* Oxford University Press.

Phillips-Silver, J., & Trainor, L. J. (2007). Hearing what the body feels: Auditory encoding of rhythmic movement. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 104*(21), 10393–10398. https://doi.org/10.1073/pnas.0703045104

Puskovics, M. (2002). *A lovaglás terápiás hatásai* [nem publikált kézirat].

Radványi, K. (2002). A Down-szindrómások magatartásproblémái. *Fejlesztő Pedagógia, 10*(4), 22–30.

Rajki, B. (1978). *Az úszás alapelvei és gyakorlati alkalmazása.* Sport Kiadó.

Shurtleff, D. J., & Engsberg, J. R. (2010). Changes in trunk and head stability in children with cerebral palsy after hippotherapy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 30*(2), 150–163. https://doi.org/10.3109/01942631003622646

Spaller, I. (2006). A Down-szindróma kromoszóma-alapú vizsgálatai. In Kovács J. (szerk.), *Genetika és fejlődésbiológia* (pp. 104–120). Medicina Könyvkiadó.

World Health Organization. (2014). *Global report on drowning.* https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-drowning

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th revision).* https://icd.who.int/

Zsolnai, A. (2008). *Iskolakultúra Online, 1*, 119–140.