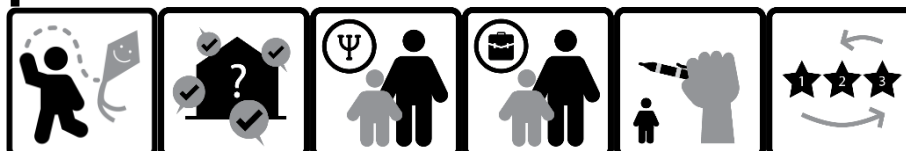


# Odborné postupy v pedagogickej a poradenskej praxi

## Raná starostlivosť – dieťa s vrodeným zdravotným postihnutím



### Kompetenčný rámec:

ZARIADENIA	CPP, ŠCPP
ODBORNÍ ZAMESTNANCI	psychológ, špeciálny pedagóg
VEKOVÁ KATEGÓRIA	0 – 7
FORMA	individuálna
VYPRACOVALI	Mgr. Simona Šimková, Mgr. Miroslava Rýdza, PaedDr. Elena Luptáková
KONZULTANTKA	Mgr. Mária Sabanošová
DÁTUM	január 2023

# Raná starostlivosť – dieťa s vrodeným zdravotným postihnutím

---

## Úvod do problematiky



Deti s vrodeným zdravotným postihnutím predstavujú pomerne heterogénnu skupinu. Ide o deti, u ktorých sú od narodenia prítomné poruchy funkcie alebo štruktúry orgánových systémov, v dôsledku ktorých sa u nich prejavuje zdravotné postihnutie alebo na základe ktorých môžeme očakávať riziko vzniku zdravotného postihnutia.

Veľmi rámcovo by sme vrodené zdravotné postihnutie mohli definovať ako neurovývinové poruchy a zmyslové poruchy.

*Neurovývinové poruchy, s ktorými sa najčastejšie stretávame v praxi poradenských zariadení, môžeme na základe ich podkladu orientačne rozdeliť na:*

- genetické (napr. Downov syndróm, Angelmanov syndróm, Williamsov syndróm a pod.),
- vrodené vývinové chyby CNS (hydrodefalus, microcefalus a pod.),
- metabolické (najčastejšia v našich podmienkach je fenylketonúria),
- deti so závažným prenatálnym a perinatálnym rizikom (riziko, ktoré vzniklo do 28. dňa od pôrodu dieťaťa) – tu ide o deti, u ktorých vedú zdravotnícki pracovníci predpokladať riziko vzniku zdravotného postihnutia, aj keď ho v prvých dňoch až mesiacoch a niekedy ani vo vyššom veku dieťaťa nedokážu objektívne preukázať (napr. zobrazovacou metódou typu ultrazvuk alebo magnetická rezonancia). Vysoké riziko vzniku zdravotného postihnutia majú napr. výrazne predčasne narodené deti alebo deti s ťažkosťami v priebehu pôrodu a po pôrode (nedokysličenie mozgu, krvácanie do mozgu). Ďalej patrí do tejto kategórie mnoho diagnóz, ktoré sú dieťaťu dané až vo vyššom veku napriek tomu, že riziko ich vzniku, resp. získania takejto diagnózy vzniklo už prenatálne alebo perinatálne.

*Zmyslové poruchy predstavujú v praxi poradenských zariadení najmä poruchy zraku a poruchy sluchu.*

Bez ohľadu na príčinu vrodeného zdravotného postihnutia, ktorej zistenie je skôr v rukách rezortu zdravotníctva, je pre prax odborných zamestnancov v poradenskom systéme dôležité od prvého kontaktu s dieťaťom s vrodeným zdravotným postihnutím a jeho rodinou hľadať efektívne spôsoby práce s dieťaťom a jeho rodinou. **Multidisciplinárny tím (MDT) poradenského zariadenia by mal využívať také spôsoby práce, ktoré povedú k najvyššej možnej miere skompetentnenia rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím v oblasti možností podpory vývinu jeho dieťaťa.**

**Pri našich úvahách o vhodných spôsoboch práce nás vie veľmi dobre nasmerovať Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a jej spôsob nazerania na zdravotné postihnutie.**

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 2001 vydala Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, disability a zdravia (preklad: The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), ktorá upriamila pozornosť odbornej verejnosti na to, že pri zdravotnom postihnutí je dôležité zameriavať sa nielen na „liečbu“ poškodenej funkcie alebo štruktúry, ale rovnako dôležité je vnímať u človeka s postihnutím aj



limity, aké mu poškodenie na úrovni funkcie alebo štruktúry spôsobuje v jeho schopnosti vykonávať aktivity rôzneho druhu. **Ak nie sme schopní vykonávať aktivity bežného života, máme limitované možnosti zúčastňovať sa na dianí v komunite, v ktorej žijeme, čo môže viesť k psychogénnej patologickej nadstavbe nad rámec samotného zdravotného postihnutia.**

Ak hovoríme o zdravotnom postihnutí a diagnostickej a intervenčnej činnosti smerom k dieťaťu s vrodeným zdravotným postihnutím je preto dôležité uvažovať vždy nad rámec deficitov (poškodenia funkcie alebo štruktúry) a orientovať sa na 3 diagnostické kategórie:

1. poškodenie funkcie alebo štruktúry (napr. oslabený sluch, diparéza),
2. limity v schopnosti vykonávať aktivity (napr. počuť alebo chodiť),
3. zníženú možnosť participovať (zúčastňovať sa) na činnostiach bežných pre daný sociokultúrny kontext (napr. chodiť do materskej školy alebo na krúžky).

**Z ICF ďalej vyplýva, že interakcia zdravotného stavu jedinca a faktorov na strane prostredia v ktorom žije, ako aj jeho osobnostných faktorov je kľúčová pre kvalitu života človeka so zdravotným postihnutím v každom vývinovom období jeho života.** Faktory osobnosti a environmentálne faktory môžu byť v každom vývinovom období človeka nápomocné v tom, aby dokázal plne participovať na aktivitách bežného života v danom sociokultúrnom kontexte (a to aj napriek poruchám na úrovni štruktúry alebo funkcie) alebo, naopak, môžu možnosti jeho participácie limitovať.

- Príkladom faktorov na strane prostredia je dieťa s telesným postihnutím, ktoré má možnosť pohybu zabezpečenú invalidným vozíkom. Ak žije v obci, v ktorej je základná škola bezbariérová, môže participovať na vzdelávaní vo svojej prirodzenej komunite. Ak však bude žiť v obci, ktorá nemá vybudovanú bezbariérovú školu, bude pravdepodobne musieť dochádzať za vzdelávaním mimo svojej komunity alebo bude vzdelávané doma.
- Príkladom osobnostných faktorov je napr. vnútorná motivácia dieťaťa učiť sa alebo sebadôvera dieťaťa, ktorá mu umožní alebo naopak bráni participovať na aktivitách bežných pre jeho rovesnícku skupinu.

**Prvým najdôležitejším a najviac formujúcim prostredím dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím je rovnako ako u každého iného dieťaťa jeho rodina. Práve pôsobenie rodičov a ďalších blízkych členov rodiny môže mať na vývin dieťaťa tak podporujúci, ako aj brzdiaci účinok.** Cez interakcie s najbližšími sa stávame sami sebou. To, ako rodičia dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím alebo rizikom postihnutia zvládnu prvé roky spoločného života s dieťaťom, bude mať významne formatívny charakter tak na život a fungovanie ich dieťaťa, ako aj na život a fungovanie celej rodiny v budúcnosti. **Z daného dôvodu je obdobie raného detstva z pohľadu diagnostických a intervenčných postupov práce s dieťaťom s vrodeným zdravotným postihnutím kľúčové.** Odborní zamestnanci poradenských zariadení by nemali premeškať príležitosť venovať sa dieťaťu a jeho rodine čo najskôr po identifikácii vývinového rizika na strane dieťaťa. O efektívnosti včasnej intervencie hovorí množstvo výskumov. Skorá identifikácia problémov a včasná intervencia môžu vplyvať na dieťa, skôr ako sa zafixujú nevhodné vzorce správania a fungovania v bežnom živote (Powell et al., 2006). Kožárová a Podhájecká (2014) uvádzajú, že zrealizovaný výskum (Gross et al., 2003) zameraný na rodičovské zručnosti a ich vplyv na problémové správanie detí potvrdil nielen **zníženie problémových prejavov na základe zlepšenia efektívnych rodičovských postupov**, ale i zlepšenie vzťahu rodič – dieťa.



## Základné princípy



### **Heterogenita v jednotlivých oblastiach vývinu u neurotypických detí, ako aj u detí s vrodeným zdravotným postihnutím – ako podklad pre potrebu inkluzívneho vzdelávania**

Pri pozorovaní vzdelávania detí a žiakov v materských a základných školách na Slovensku sa odbornému zamestnancovi z poradenského zariadenia často javí, akoby učitelia a taktiež rodičia vychádzali implicitne z predpokladu rovnosti vzdelávacích predpokladov detí a žiakov v rámci jednej vekovej a sociokultúrnej skupiny. Avšak je potrebné si uvedomiť (a túto vedomosť opakovane prinášať pri komunikácii s pedagogickými zamestnancami a rodičmi), že vývinová variabilita je bežná nie len u detí s vrodeným zdravotným postihnutím, ale tiež v populácii neurotypických detí. Deti s vrodeným zdravotným postihnutím sú heterogénnou skupinou nie len čo sa týka príčin postihnutia, ale taktiež z hľadiska symptomatiky rôznych typov oslabení, ktoré z ich zdravotného postihnutia (na základe poškodenia štruktúry alebo funkcie) vyplývajú. Zároveň jednotlivé oslabenia prítomné v ich kognitívnom profile môžeme nájsť vo väčšej či menšej miere aj v bežnej populácii detí a žiakov. Keďže však ide o izolované oslabenia, celkový obraz funkčnosti dieťaťa tieto oslabenia neovplyvnia do takej miery, aby sme hovorili o zdravotnom postihnutí.

Vyššie spomenutá populačná heterogenita je jedným z dôvodov a podkladov pre potrebu inkluzívneho vzdelávania, keďže z uvedeného vyplýva, že nielen deti s vrodeným zdravotným postihnutím, ale v princípe takmer všetky deti navštevujúce materské a základné školy potrebujú vo vzdelávaní uplatňovať individuálny prístup vyplývajúci z ich individuálneho kognitívneho a socio-emocionálneho profilu.

### **Prudký nárast poznania v oblasti genetickej diagnostiky – ako podklad pre potrebu medzirezortnej spolupráce v oblasti diagnostiky**

Oblasť genetiky v posledných rokoch významne napreduje, čo prispieva k pomenovaniu čoraz väčšieho množstva syndrémov. Mnohé z nich sú v literatúre kvalitne popísané, čo sa týka špecifik v kognitívnom a socio-emocionálnom profile, a môžu byť dobrým návodom pre odborného zamestnanca pri voľbe diagnostických nástrojov smerom k stanovovaniu intervenčných cieľov. Rizikom však je, že odborný zamestnanec nemusí mať o týchto špecifikách informácie. Na tento účel je odporúčané budovať interdisciplinárnu medzirezortnú spoluprácu s praktickými lekármi pre deti a dorast alebo/a genetikmi v regióne.

### **Plasticita CNS v ranom detstve – ako podklad na poskytovanie medzirezortnej včasnej intervencie od zachytenia prvých príznakov vývinového zaostávania dieťaťa**

Je dokázané, že v ranom veku dieťaťa je možné špecifiká vyplývajúce zo zdravotného znevýhodnenia dieťaťa do istej miery ovplyvniť, a to tak pozitívne, ako aj negatívne. Vplyv prostredia zohráva omnoho väčšiu rolu, než sme mysleli v minulosti, a to dokonca aj v prípade geneticky podmieneného zaostávania. Fyzické a sociálne prostredie môže byť tak facilitátorom, ako aj bariérou vo vývine dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím. Kľúčom k podpore vývinu dieťaťa je v prvých rokoch života poskytovanie dostatku kvalitných príležitostí na učenie, v každodenných aktivitách rodiny. Rodič, ktorý má byť dobrým facilitátorom procesu učenia pre dieťa, potrebuje veľkú mieru podpory zo strany svojho prostredia. Z tohto dôvodu je vhodné kombinovať služby včasnej intervencie v rezorte školstva so službou včasnej intervencie v rezorte práce sociálnych vecí a rodiny, ktorá sa primárne zameriava na podporu rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím.



## Ciele



Cieľom ranej starostlivosti o dieťa s vrodeným zdravotným postihnutím je v prvom rade zabezpečenie príležitostí pre jeho komplexný vývin – maximalizovanie jeho vývinového potenciálu.

V ranom detstve je kľúčovým predpokladom optimálneho vývinu dieťaťa primerane stimulujúce prostredie rodiny, v ktorej dieťa vyrastá a v ktorej majú najbližší rodinní príslušníci dieťaťa dostatok informácií, zručností a komplexnej podpory na to, aby mohli vývin dieťaťa efektívne podporovať. Ak má dieťa schopnosť plnohodnotne sa zúčastňovať na aktivitách, ktoré prebiehajú v prostredí rodiny, je predpoklad, že bude schopné aj napriek limitom vyplývajúcim z vrodeného zdravotného postihnutia vykročiť úspešne aj mimo bezpečného prostredia rodiny – adaptovať sa na pobyt v materskej škole a neskôr byť vzdelávané v základnej škole.

Preto sa pozornosť multidisciplinárneho tímu (MDT) poradenského centra v ranom veku dieťaťa so zdravotným postihnutím má prirodzene upriamovať na to, aby malo dieťa v ranom veku vo svojom domácom prostredí dostatok príležitostí na podporu vývinu a mohlo aktívne participovať na živote rodiny.

S týmto cieľom vykonáva MDT **diagnostickú činnosť** orientovanú na:

- diagnostiku deficitov v oblasti jednotlivých oblastí vývinu,
- diagnostiku úrovne adaptívneho správania dieťaťa (funkčnosť dieťaťa),
- mapovanie príležitostí alebo bariér na podporu vývinu v prirodzenom prostredí dieťaťa

a následne plánuje **intervenčnú činnosť** orientovanú na:

- odstránenie alebo minimalizovanie deficitov v jednotlivých vývinových oblastiach,
- zvýšenie funkčnosti dieťaťa (hľadaním kompenzačných stratégií),
- maximalizovanie príležitostí a odstraňovanie bariér na úrovni bežného prostredia dieťaťa (fyzického aj sociálneho).

Výsledkom kvalitnej diagnostiky by mali byť intervenčné ciele orientované tak na dieťa, ako aj na prostredie.

Ako píše McWilliam (2006), **ciele orientované na podporu vývinu dieťaťa** majú byť funkčné, to znamená, že dieťa v nich má mať príležitosť:

- byť zapojené do diania vo svojom prostredí,
- podporovať svoju samostatnosť,
- vytvárať a udržiavať si sociálne vzťahy.

**Ciele orientované na prostredie** majú byť definované:

- vo vzťahu k identifikovaným potrebám jednotlivých členov rodiny vo vzťahu k podpore vývinu dieťaťa (Má rodina dostatok informácií na podporu vývinu, zručností pre podporu vývinu?),
- vo vzťahu k rodine ako celku (Má rodina dostatočné finančné, materiálne a sociálne zdroje na to, aby bola fungujúca?).

Nemenej podstatná oblasť, ktorou sa zaoberá MDT poradenského centra v ranom veku dieťaťa so zdravotným postihnutím, je **podpora rodine pri tranzícii** dieťaťa do širšieho sociálneho prostredia, ktorým je v našom spoločenskom kontexte obvykle prostredie materskej a neskôr základnej školy.

Pri tranzícii je vhodné opäť sa zameriavať na ciele zamerané na dieťa, ako aj na prostredie, keďže ide tak o potrebu adaptácie dieťaťa na nové prostredie, ako aj o potrebu adaptácie prostredia na príchod dieťaťa, ktoré má špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.



# Postup riešenia

---

## 1. Úvodné stretnutie s rodičmi

Na tomto stretnutí sa realizuje anamnestický rozhovor s rodičom, keď zisťujeme podstatné informácie:

- o dieťati – priebeh tehotenstva, pôrodu, popôrodná adaptácia, psychomotorický vývin, stanovené zdravotné diagnózy, ako i zisťujeme vývin v jednotlivých oblastiach,
- o rodine – zaujíma nás poradie narodenia dieťaťa, počet detí v rodine, či majú i zdravé dieťa v rodine, celková dynamika rodiny, podnetnosť prostredia, sledujeme emocionálnu atmosféru v rodine, prijatie či neprijatie zdravotného postihnutia dieťaťa, zaužívané výchovné postupy v prístupe ku dieťaťu.

V závere stretnutia je s rodičmi dohodnutý kontrakt (podmienky spolupráce, hlavné ciele, orientačný počet stretnutí).

## 2. Proces diagnostiky

Rodičia prichádzajú s dieťaťom do poradenského zariadenia prevažne už so stanovenými lekáorskými diagnózami. V procese psychologickej, špeciálnopedagogickej a inej odbornej diagnostiky zisťujeme úroveň osvojených zručností a vedomostí dieťaťa, zároveň ako zdravotné postihnutie alebo neurovývinová porucha ovplyvňuje schopnosť a spôsob poznávania, získavania skúseností a procesy učenia. Podľa druhu neurovývinovej poruchy prispôbujeme aj diagnostické metódy.

Špeciálnopedagogická, psychologická a iná odborná diagnostika detí s rizikom vývinových ťažkostí a/alebo zdravotným postihnutím (obzvlášť v ranom a predškolskom veku) je dlhodobý proces. Aby sme boli schopní opísať dosiahnutú úroveň dieťaťa v jednotlivých oblastiach, je potrebné zrealizovať viacero diagnostických stretnutí (dve, tri, v niektorých prípadoch aj viac). Počas prvého stretnutia špeciálny pedagóg, psychológ alebo iný odborný zamestnanec vedie rozhovor s rodičom a pozoruje dieťa. Je dôležité všímať si, ako dieťa exploruje nové prostredie, či a ako sa pohybuje, aké hračky, alebo predmety ho zaujímajú, ako s nimi manipuluje, ako kontaktuje rodiča. Po úvodnom stretnutí sa možno rozhodnúť, ktorá z dostupných diagnostických škál bude vhodná pre potreby ďalšieho vyšetrenia – vzhľadom na vek dieťaťa, druh a stupeň poruchy, prípadne pridruženého zmyslového poškodenia. Čas a úlohy je potrebné prispôbiť individuálne.

### **Metódy psychologickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky v ranom veku:**

Využívame *pozorovanie* dieťaťa pri skúmaní prostredia, *hru* s dieťaťom na zhodnotenie psychomotorického vývinu s použitím dostupných *vývinových škál*, pričom získané informácie dopĺňame informáciami od rodičov o dosiahnutej vývinovej úrovni.

### **U nás používané vývinové škály:**

Bayleovej škála – BSID-III (posúdenie sociálneho, emocionálneho, rečového i motorického vývinu). Pre deti od 1 mesiaca do 42 mesiacov. Strassmeierova škála – je vhodná pre deti s oneskorujúcim sa alebo nerovnomerným psychomotorickým vývinom. Sleduje dosiahnutú úroveň zručností v sociabilite, sebaobsluhy, reči, jemnej a hrubej motorike, myslení. Úlohy je potrebné niekedy individuálne prispôbovať. Inventár zručností Oregon project – vytvorený pôvodne pre deti so zrakovým postihnutím, dobre využiteľný aj v diagnostike detí s viacnásobným postihnutím alebo výrazne oneskoreným vývinom. Sleduje stupeň vývinu v nasledujúcich oblastiach – kognitívne zručnosti, jazykové zručnosti, socializácia, zrak, kompenzačné zručnosti, sebaobsluha, jemná a hrubá motorika. Pre deti s ťažkým mentálnym alebo viacnásobným



postihnutím možno využiť aj publikáciu Petra Hanáka *Diagnostika a edukace dětí a žáku s těžkým zdravotním postižením*. V zahraničí (ale aj v niektorých zariadeniach u nás) je k dispozícii vývinová škála dánskej psychologičky Lilli Nielsen, ktorá sa dlhodobo venuje edukácii detí so zrakovým a viacnásobným postihnutím – *Lilli Nielsen functional schema* pre deti vo veku 0 až 48 mesiacov.

Vzhľadom na to, že momentálne nie je na Slovensku dostupná žiadna vývinová škála štandardizovaná na podmienky našej populácie, odporúčame v praxi používať všetky vyššie uvedené vývinové škály, prípadne aj iné komplexné vývinové škály, ktoré nie sú v tomto dokumente uvedené. Ak zariadenie poradenstva a prevencie nedisponuje žiadnou vývinovou škálou, je možné použiť na jej zabezpečenie hodnotiace kritériá uvedené v odborných publikáciách zameraných na vývinovú psychológiu dieťaťa.

*Edukačne – hodnotící profil dítěte s PAS ve věku 0 až 7 let* sa v praxi osvedčuje nielen pre potreby diagnostiky detí s poruchami autistického spektra, ale aj pre deti s oneskoreným alebo narušeným vývinom reči, alebo inými pervazívnymi poruchami. Taktiež zisťuje úroveň sociálnych zručností, komunikačných zručností – expresívna i receptívna reč, imitácia, jemná motorika, zmyslové vnímanie, abstraktno-vizuálne myslenie. J. Bednářová: *Diagnostika dítěte předškolního věku (co by mělo umět dítě ve věku od 3 do 6 let)* – je zameraná na sledovanie a rozvoj nasledujúcich oblastí: motoriky, grafomotoriky, zrakového vnímania a pamäte, sluchového vnímania a pamäte, vnímanie priestoru, času, základných matematických predstáv, reči, sociálnych zručností, sebaobsluhy (samostatnosti) a hry. Je dobre využiteľná aj na diagnostiku detí s oneskoreným alebo nerovnomerným vývinom, prípadne pre deti s ľahkým mentálnym zaostávaním. Na približné určenie vývinovej úrovne možno využiť aj *Vývinový dotazník podľa Allen – Marotz* – dostupný v knižnej publikácii: *Přehled vývoje dítěte od prenatalního období do 8 let*.

**Pri využívaní škál** je treba pamätať na fakt, že deti s vrodenými vývinovými chybami CNS, resp. iným zdravotným postihnutím (aj zmyslovým) často zaostávajú vo vývine za zdravými rovesníkmi – v niektorých, alebo aj všetkých oblastiach. Preto je pri diagnostike užitočné začať úlohami pre mladší fyzický vek a náročnosť zvyšovať len postupne, prípadne niektoré úlohy modifikovať. Väčšina uvedených škál je pomerne obsažná, v praxi sa niekedy osvedčuje využiť vybrané časti škál (najmä z časových dôvodov, ale aj praktických – malé deti sa nevydržia sústrediť dlhší čas). V takýchto prípadoch je vhodné špeciálnopedagogické vyšetrenie realizovať ako autentickú funkcionálnu diagnostiku (bližšie pozri Vančová, 2010, str. 46, 49). Aj pri tomto spôsobe diagnostiky sú však úlohy z jednotlivých škál nápomocné.

**Pre potreby sledovania vývinu intelektových schopností používa psychológ nasledujúce metódy:**

*T-35 Stanford-Binetova intelligenčná škála* (od 2 rokov) – meria celkové IQ, ako i verbálne uvažovanie, abstraktno-vizuálne uvažovanie, krátkodobá pamäť a kvantitatívne uvažovanie.

*SON-R* (na diagnostiku neverbálnych intelektových schopností detí vo veku 2,5 – 7 rokov) – použiteľný napr. pri deťoch s výraznými rečovými ťažkosťami na odlišenie mentálneho postihnutia ako príčiny zaostávania v reči.

*Woodcock-Johnson Tests* – zameraný na celkové kognitívne schopnosti (verbálne schopnosti, schopnosti myslenia a kognitívna efektívnosť).

*WISC III* – posúdenie celkovej úrovne i štruktúry rozumových schopností (verbálna časť, neverbálna časť rozumových schopností).

Pri posudzovaní aktuálneho intelektového výkonu vnímame vplyv zdravotného postihnutia na výkon v jednotlivých sledovaných oblastiach (napríklad telesné postihnutie na úlohy vyžadujúce si jemnú motoriku... atď.).



### **3. Psychologické a špeciálnopedagogické intervencie**

#### **A: Psychologické intervencie zamerané na výchovu dieťaťa a vzťahy v rodine**

V rodinnej výchove má pre pozitívny vývoj osobnosti dôležitosť prijímajúci emocionálny vzťah a primeranosť požiadaviek zo strany dospelých v rodine. Primeranosť je chápaná v zmysle ani prílišná benevolentnosť, ani neprimeraná prísnosť a tvrdosť, či neprimeraný emocionálny odstup v rámci interakcií v rodine.

- **Práca s postojmi rodičov a ich sociálnymi interakciami.** Vo výchove je rizikovým faktorom zmena rodičovských postojov, ako i sociálnych interakcií v dôsledku narodenia dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím (Michalová, 2012). Rôzne dimenzie roly rodiča sú často narušené a môžu mať negatívny vplyv na sociálny vývin dieťaťa. Narušená je oblasť potreby stimulácie, pretože dieťa s postihnutím máva často atypické správanie v porovnaní s vrstovníkmi, keď rodičia zažívajú, že dieťa na nich nereaguje očakávaným správaním, a preto môžu postupne prestávať vnímať potrebu stimulácie vývinu dieťaťa. Neadekvátne reakcie dieťaťa na mnohé podnety spôsobujú, že rodičia vnímajú svoje úsilie ako neúspešné a nevidia zmysel v ďalšej práci s dieťaťom. Uspokojenie rodičov zo svojej roly je často nízke, a preto sa môžu prikloniť k extrémnym postojom k dieťaťu od zavrhujúceho k hyperprotektívnemu. Môžu sa cítiť menejcenní v porovnaní s rodičmi intaktných detí, keďže i sami vnímajú rozdiel, zároveň môže okolie svojimi negatívnymi reakciami tieto pocity posilňovať. Často najťaživejšia býva otázka životnej perspektívy, keď si rodičia nevedia predstaviť jasnú budúcnosť pre svoje dieťa. Z uvedeného vyplýva, ako je v ranom veku dôležité pracovať s postojmi rodičov, ako i podporovať zmierenie sa rodiny so situáciou a naštartovanie ich „nového“ fungovania s novými životnými hodnotami. Niekedy je žiaduce odporúčať rodičovi aj individuálnu starostlivosť u iného špecialistu.
- **Podpora vzťahovej väzby medzi rodičom a dieťaťom.** Základný pilier, ktorý pomáha dieťaťu vo vývine je zdravá vzťahová väzba. Pri narodení dieťaťa so zdravotným znevýhodnením je **zvýšené riziko** narušenia vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom. Faktory vplyvajúce negatívne na vývin zdravej vzťahovej väzby sú: časté odlúčenia od matky z dôvodu hospitalizácie, rôzne lekárske zákroky ako traumatické zážitky, ale i samotné „neprijatie“ diagnózy dieťaťa, odmietanie situácie či iné negatívne prežívanie matky... Úlohou odborného zamestnanca je rodičov sprevádzať v pochopení významu, ale i podmienok tvorby zdravej vzťahovej väzby. Cieľom je podporovať rodičov, aby aktívne reagovali na snahu o komunikáciu dieťaťa. (Keď sa snaží o vokalizáciu, rodič reagovaním dáva najavo, že rozumie, podporuje dieťa vo vývine komunikácie. Zároveň pomenúvaním správania dieťaťa a toho, čo cíti – dáva nejasným vyjadreniam obsah a význam.) Podpora očného kontaktu, ktorý pomáha rodičom k lepšiemu čítaniu potrieb dieťaťa a zároveň mu dáva pocit bezpečia, keď sa učí odzerať emócie z mimiky. Taktiež je dôležité, aby rodičia s dieťaťom jemne zaobchádzali, používali láskavé dotyky, fyzickú blízkosť. Keď je dieťa hladkané, vyplavuje sa hormón oxytocín, ktorý je „väzbovým“ hormónom. Dôležité je reagovanie na potreby dieťaťa a ich uspokojovanie, zároveň vnímanie rizika už prekonaných postupov pri výchove detí v ranom detstve, ako sú napr.: „nechajte dieťa plakať, nech má silné pľúca“ a iné.
- Do tvorby vzťahovej väzby sa zapájajú všetky zmysly. Pri jednotlivých postihnutiach je dôležité usmerňovať rodičov, aby nahradili chýbajúce podnety (v dôsledku postihnutia) zvýšenou intenzitou iných podnetov. V prípade sluchového postihnutia je dôležité o to viacej zapájať napríklad očný kontakt a fyzické podnety, pri zrakovom postihnutí je o to dôležitejšie prihováranie sa a taktilná stimulácia, pri telesnom postihnutí je podstatné naučiť rodičov, ako s dieťaťom manipulovať, aby sa cítilo v bezpečí (zapojenie iných špecialistov v rámci MDT, ako je fyzioterapeut). Je výskumami dokázané, že vzťahová väzba sa pri deťoch s rôznymi znevýhodneniami **vytvára oveľa pomalšie** ako pri intaktnej populácii.
- **Konzultácie so psychológom pre rodičov a podporné skupiny.** Dieťa, ktoré zažíva v rodine v ranom období dobré emocionálne zázemie, plné lásky a rešpektovania svojich potrieb, sa lepšie vyvíja po psychickej stránke, je samostatnejšie, aktívnejšie a úspešnejšie (Betková, 2012). Výchova dieťaťa s vrodeným postihnutím je pre rodičov náročnejšia (i po emočnej stránke) pre mnohé zdravotné obmedzenia dieťaťa, ktoré so sebou vrodene postihnutie prináša, ako i často pridružené ťažkosti v





správaní. Už len manipulácia s dieťaťom je veľakrát zložitejšia (napr. deti s DMO) a vyžaduje si často i špeciálny prístup, s ktorým vie v rámci MDT pomôcť napríklad fyzioterapeut, inokedy si zdravotný stav vyžaduje zdravotnícke kompenzačné pomôcky. Vývin dieťaťa potrebuje ciele stimuláciu navštevovaním špecializovaných lekárskech a iných zariadení. Rodičia majú mnohokrát pocit, že sú v tom sami, necítia podporu okolia, známych, pretože ich nechvália za „veľké“ úspechy, ktoré dosahujú. Z uvedených dôvodov má zmysel pre rodičov v rámci poradenstva realizovať konzultácie so psychológom v rámci riešenia zložitých emočných „pochodov a prúdeňí“ v kruhu rodiny. V komunikácii s rodičmi je dôležitá empatia, naladenie sa a vytvorenie atmosféry maximálnej podpory.

- Veľkým prínosom sú pre mnohých rodičov **podporné skupiny**, ktoré spájajú rodičov s podobnými problémami. Vytvorením psychosociálnej podpory v skupine rodičov dochádza často k ventilácii emócií, k výmene rodičovských skúseností, ako i poskytnutiu vzájomnej podpory.
- **Rodinná terapia** môže pomôcť v prípade rodinných problémov (narušenia vzťahov či fungovania), ktoré nastávajú často i dôsledkom narodenia dieťaťa s vrodeným postihnutím. Rodinnou terapiou sú navodzované užitočné zmeny v spôsobe interakcií medzi jednotlivými členmi, v pohľade na jednotlivých členov rodiny, ako i zmeny v jej fungovaní. Realizovať ju môže len vyškolený terapeut.
- **Rodinná terapia zameraná na vzťahovú väzbu** je konkrétna terapia pomáhajúca rodine „ošetrovaním“ vzťahovej väzby. Je prístupom, ktorý za prítomnosti empatie terapeuta pomáha ozdravovať vzorce rodinných interakcií, zmierňuje utrpenie a následne vytvára priestor na prežívanie pozitívnych emócií v kruhu rodiny (radosť, láska, vzájomná podpora a spolupatričnosť). Samozrejme, taktiež realizuje len vyškolený terapeut.
- **Spôsoby intervencie pri ťažkostiach v správaní.** Behaviorálne prístupy k ťažkostiam v správaní sú považované za najúčinnnejšie terapie (Elliot, Place, 2002), pričom môže ísť o rôzne formy, ako sú skupinové tréningy rodičov, individuálne tréningy rodičov, individuálne behaviorálne programy pre dieťa či behaviorálne tréningy používajúce prvky rodinnej terapie. Niekedy je v intervenčných postupoch vhodné kombinovať viaceré formy. V jednotlivých programoch sa používa pozitívne posilňovanie, negatívne posilňovanie, trest, vyhasínanie, nápodoba atď.
- **Hra ako podpora pri riešení výchovných ťažkostí.** V prípade ťažkostí v správaní je možné rodičom odporúčať zaradenie hrovej chvíľky (Barkley, podľa Mardiaková, Vojtová, 2003). Rodičia začnú realizovať hrovú chvíľku laicky, s cieľom naplniť potrebu pozornosti. Zaradenie hrovej chvíľky je súčasťou jednoduchého trojkrového programu (pozri OP 1.5.). V praxi rodičia oceňujú zníženie vzdorovitosti už po druhom kroku – zintenzívnenie pozornosti dieťaťu.
- **Filiálna terapia.** V prípade, ak je v poradenskom zariadení vyškolený terapeut v terapii hrou a filiálnej terapii, je výborným riešením zaradenie rodičov do filiálnej terapie (FT). FT je špeciálny tréning rodičovských zručností súbežne s realizovaním hrových chvíľok rodičom v domácom prostredí. Jej výhodou pre deti s behaviorálnymi problémami je nielen zníženie identifikovaných prejavov v správaní, ale i posilnenie rodičovských kompetencií, zníženie rodičovského stresu a celkové zlepšenie vzťahu medzi rodičom a dieťaťom. Zároveň je výskumami overený dlhodobý prínos a trvácnosť zmien.
- **Hra ako terapia.** Hra je prostriedkom terapeutickej práce s dieťaťom pod vedením vyškoleného terapeuta (pozri OP 1.5.). Terapiu hrou volíme v prípadoch, keď by filiálna terapia z rôznych dôvodov nebola úspešná. V prípade výraznejších ťažkostí v správaní na strane dieťaťa, ako i v prípade rodičov (psychické ťažkosti rodiča, vyhorenie rodiča, veľmi veľká vzdialenosť od poradenského zariadenia či iné...) je vhodnejšia terapia hrou.



## **B: Špeciálnopedagogické intervencie**

Tak ako zdravé dieťa, tak aj dieťa so zdravotným postihnutím potrebuje podnety na rozvoj vo všetkých oblastiach – kognitívne schopnosti, komunikačné zručnosti, hra, sociálny vývin, jemná a hrubá motorika, nácvik sebaobslužných činností. Obsah a spôsoby stimulácie, rozvoja alebo podpory však závisia nielen od aktuálnej úrovne osvojených zručností dieťaťa, ale aj od možností vyplývajúcich zo samotnej klinickej diagnózy (funkčnosť/nefunkčnosť zraku alebo sluchu, úroveň motorického vývinu, schopnosť nadviazať a udržať sociálny kontakt, zdieľanie pozornosti, motivácia a pod.). Dosiahnutá úroveň môže byť v jednotlivých oblastiach rôzna, v niečom môže byť primeraná veku, v niečom môže v rôznej miere zaostávať (napr. deti s Downovým syndrómom môžu mať výborné imitačné schopnosti, rozvinutú jemnú motoriku, ale zároveň nižšiu úroveň rozvoja reči alebo predmatematických zručností. Niektoré deti s DMO majú intelekt v norme alebo v hraničnom pásme, môžu sa samostatne pohybovať, ale môžu mať výrazne ťažkosti v expresívnej zložke reči – dyzartria, oslabenia pozornosti rôzneho stupňa, ťažkosti pri dlhšom sústredení, unaviteľnosť). Podobne medzi jednotlivými diagnózami spôsobujúcimi zdravotné postihnutie sa vyskytujú výrazné rozdiely v symptomatike. Aj v ich schopnostiach a možnostiach bude značná variabilita a je potrebné, aby špeciálny pedagóg vedel prispôbiť intervencie, obsah a spôsob edukácie individuálne potrebám a stupňu rozvoja každého dieťaťa.

Spôsob učenia v ranom a predškolskom veku je charakteristický spontánnou aktivitou dieťaťa, hrou, fungovaním v bežnom dennom živote (objavovaním a skúmaním prostredia, získavaním nových zmyslových a pohybových skúseností, manipuláciou s predmetmi a hračkami, interakciami s blízkymi osobami.) Pre samotný proces učenia je dôležité vytváranie príležitostí na získavanie nových skúseností, poznanie a posilnenie motivácie dieťaťa (ktoré vedomosti a zručnosti práve chce a potrebuje získať) a hľadanie spôsobov, ako by si mohlo tieto vedomosti a zručnosti osvojiť. Vytvorenie prostredia zodpovedajúceho vývinovým potrebám dieťaťa patrí medzi základné princípy niektorých pedagogických konceptov, ktoré uvádzame aj v tomto odbornom postupe (napríklad montessori pedagogika – pripravené prostredie, metóda aktívneho učenia Lilli Nielsen – reagujúce prostredie). V rámci intervencií v poradenskom centre sa s týmito princípmi oboznamuje aj rodič. V podmienkach ambulantnej starostlivosti špeciálny pedagóg vytvára podnetné prostredie a možnosti, poskytuje dieťaťu vhodné predmety a hračky, hľadá primerané aktivity. Rodič je však v tomto procese participujúcim partnerom. Dôležité je pomôcť vytvoriť rodine priestor na rozvoj a učenie dieťaťa aj v domácom prostredí s prihliadnutím na rôznorodosť podmienok (materiálnych, priestorových, sociokultúrnych) a životného štýlu každej rodiny. V tejto fáze poradenského procesu je obzvlášť prínosná spolupráca so službou včasnej intervencie (SVI), ktorá poskytuje starostlivosť deťom so zdravotným znevýhodnením a ich rodinám aj terénnou formou, čím môže odporúčania odborného zamestnanca individualizovať vo vzťahu k špecifikám konkrétnej rodiny. Intervencie SVI sú poskytované priamo v domácom prostredí.

Ďalším cieľom intervencií je rozpoznať, ktoré schopnosti možno u dieťaťa rozvíjať a v ktorých oblastiach bude potrebné nachádzať kompenzačné riešenia (napr. rozvoj verbálnej reči alebo náhradné formy komunikácie, kreslenie, písanie rukou, alebo hľadanie náhradných možností a pod.). Tomuto je potrebné venovať dostatok pozornosti. Jednostrannou snahou o dosiahnutie želaného efektu príliš intenzívnou, alebo nevhodne zvolenou stimuláciou, alebo korekciou môžeme dieťaťu skôr uškodiť, ako pomôcť (preťaženie, frustrácia, demotivácia). Taktiež dlhodobé vyhýbanie sa zavedeniu kompenzačných riešení zas môže dieťa oberať o nové zážitky, skúsenosti, možnosti. Je však dôležité postupom času, ako dieťa rastie a vyvíja sa, opakovane prehodnocovať funkčnosť a zmysel či už korekcie, stimulácie alebo kompenzácie.

Pokračujúca špeciálnopedagogická starostlivosť je orientovaná na nasledujúce oblasti:

### **Rozvoj kognitívnych zručností**

**Raný vek** – dieťa spoznáva svoje okolie. Základným predpokladom rozvoja v tomto období je vytvorenie podnetného prostredia, ktoré bude dieťa motivovať k spontánnej exploračnej aktivite. Manipuláciou s predmetmi a hračkami dieťa získava nové motorické i senzorické skúsenosti. Ponúkané podnety by mali



mať rôzne vlastnosti – farba, tvar, povrch, veľkosť, hmotnosť, materiál. Dieťaťu umožníme vlastnosti predmetov poznávať, rozlišovať a porovnávať. Zároveň sa rozvíja koordinácia oko – ruka, ruka – ústa, bilaterálna koordinácia. Je však nevyhnutné zachovať primeranosť, aby dieťa nebolo v jednom časovom okamihu zahľtené prílišným množstvom podnetov. Zároveň treba mať na pamäti, aké sú pohybové možnosti dieťaťa (či sa pohybuje samostatne a má voľný prístup k podnetom vo svojom okolí, alebo je imobilné a závislé na tom, aké podnety mu poskytnú blízke osoby). V takom prípade je nevyhnutné myslieť na to, ako dieťaťu čo najviac informácií a podnetov sprístupniť iným spôsobom – rozmiestniť predmety a hračky do jeho blízkosti tak, aby ich mohlo samostatne nájsť a uchopiť, zabezpečiť, aby sa podnetový materiál obmieňal podľa záujmu dieťaťa, meniť miesta (postieľka, kočík, plochy na polohovanie) a miestnosti, v ktorých dieťa trávi čas. Výber hračiek a vhodných predmetov je nevyhnutné prispôbiť aj možnostiam úchopu dieťaťa (vhodná veľkosť, hmotnosť, tvar, materiál). Je to obzvlášť dôležité u detí s obmedzeniami v pohyblivosti horných končatín (hypotónia alebo naopak spazmus). Podnetový materiál nie sú len hračky, ale aj predmety dennej potreby, prírodný materiál, nádoby rôznej veľkosti, do ktorých možno predmety vkladať a vykladať, hmatovo zaujímavé pomôcky a hračky (vyrobené z rôznych materiálov – druhy textilu, papiera, plastu, drevo, kov...), pomôcky vyrobené podľa individuálnych potrieb dieťaťa (napr. podľa konceptu Lilli Nielsen) a pod. Pri výbere je, samozrejme, potrebné dbať na zdravotnú bezpečnosť materiálu i celkovú bezpečnosť dieťaťa.

Ďalšou schopnosťou, ktorá sa rozvíja v ranom veku, je chápanie jednoduchých príčinnno-následných vzťahov. Vytvorením podmienok, v ktorých dieťa môže samo svojou aktivitou prostredie okolo seba ovplyvňovať a meniť, podporuje uvedomovanie si aktivity samotnej i jej výsledku. Tento efekt je dôležitý aj pri deťoch s obmedzeniami v mobilite, ale aj s obmedzeniami v mentálnom vývine.

Väčšinu uvedených aktivít je možné využiť v edukácii niektorých detí aj v predškolskom alebo aj mladšom školskom veku. Týka sa to najmä detí s výrazným zaostávaním psychomotorického vývinu alebo s ťažkým mentálnym či viacnásobným postihnutím. Napriek tomu však nemožno zabúdať, že ich sociálno-emocionálny vývin môže dosahovať vyššiu úroveň (napríklad o 7- až 8-ročnom dieťati s viacnásobným postihnutím nemožno povedať, že je vo všetkom na úrovni šesťmesačného dieťaťa, aj keď úroveň kognície zodpovedá približne tomuto veku; takéto dieťa však môže byť sociálne a emocionálne zrelšie, pretože má už za sebou viac zážitkov a skúseností ako dieťa vo veku 6 až 12 mesiacov).

**Predškolský vek** – poznávanie dieťaťa je v tomto období už cielenejšie, zmyslové vnímanie je na vyššom stupni rozvoja, schopnosť zamerania pozornosti je taktiež vyspelejšia. Ak dieťa dokáže na základe jednoduchých kritérií dávať predmety a javy do vzájomného vzťahu, možno začať s postupným nácvikom kategorizácie predmetov podľa spoločných vlastností – najprv jednoduché triedenie na dve skupiny (napr. kocky – lopty, knižky – bábiky), neskôr diferenciacia, priradovanie a triedenie predmetov podľa farieb, tvarov, veľkosti. Podľa individuálnych schopností možno učiť aj pomenovanie predmetov, prípadne niektorých vlastností (farba, tvar, veľkosť). Pri nácviku a upevňovaní zručností, ako je priradovanie, triedenie, zaraďovanie predmetov do skupín podľa určitých kritérií, je nevyhnutné začať manipuláciou s konkrétnymi predmetmi a postupne prechádzať k manipulácii s ich symbolmi (obrázky). Podobne od práce v priestore (herňa, priestranná miestnosť) presúvať aktivity na plochu (stôl, koberček, tácka, plocha papiera).

V predškolskom veku začíname aj s rozvojom *predmatematických zručností*. Mentálna úroveň dieťaťa by však nemala byť nižšia ako hraničné pásmo, príp. ľahké mentálne zaostávanie. Zaraďujeme sem aktivity, ako sú porovnávanie množstva, manipulácia s počtom, triedenie a radenie predmetov podľa určených kritérií, priestorové vzťahy, orientácia na ploche a v rade, osvojovanie príslušných pojmov. Nácvik týchto zručností sa začína manipuláciou s konkrétnymi predmetmi, po dôkladnom osvojení možno prejsť k manipulácii so symbolmi (práca s obrázkami, riešenie úloh v pracovných listoch). Predpokladom úspešného nácviku týchto zručností je, aby dieťa rozumelo aspoň jednoduché slovné inštrukcie. Na rozdiel od priradovania alebo triedenia, kde môžeme dieťaťu názorne ukázať, čo sa od neho vyžaduje, pri úlohách na porovnávanie a počítanie, je názorná ukážka nie vždy realizovateľná, resp. len pri niektorých úlohách.



Predmatematické zručnosti možno rozvíjať najmä v praktickom živote. Na nácvik počítania a vytvárania skupín s určitým počtom využívame obľúbené hračky, pečivo, sladkosti, tyčinky, ovocie. Podobne na porovnávanie množstva je vhodný prírodný materiál (piesok, skalky, ryža, šošovica), potraviny, orechy, ovocie, predmety dennej potreby, hračky. Súčasne trénujeme porozumenie a používanie pojmov, ktoré dieťa pozná aj z bežného života: veľa, málo, viac, menej. Aktivity zamerané na manipuláciu s počtom sú súčasťou predškolskej prípravy, ale aj prípravného a prvého ročníka. Všetky úlohy rozvíjajúce predmatematické operácie je potrebné dôsledne modifikovať podľa individuálnych schopností každého dieťaťa – so zohľadnením úrovne najmä mentálneho vývinu a úrovne reči. Taktiež je nevyhnutné prispôbiť sa prípadnému zmyslovému alebo pohybovému obmedzeniu (napríklad pri deťoch s poškodením zraku je dôležité zapojiť kompenzačné zmysly – najmä hmat).

## Zmyslové vnímanie

Zrakové vnímanie – výber aktivít zameraných na rozvoj zrakového vnímania závisí od úrovne rozvoja zrakových funkcií a od prítomnosti prípadného poškodenia zrakového orgánu alebo funkcie. U detí s vrodeným zdravotným postihnutím pozorujeme pomerne častý (ale nie nevyhnutný) výskyt pridružených zmyslových porúch rôzneho stupňa. Môžu to byť refrakčné chyby oka (krátkozrakosť, ďalekozrakosť, amblyopia), slabozrakosť, zvyšky zraku až praktická slepota, centrálna zraková porucha. Vývin zrakového vnímania je ukončený až po narodení, približne v období medzi 6. až 9. mesiacom. V ranom veku je teda dôležité priebežne diagnostikovať úroveň zrakového vnímania dieťaťa a zároveň vytvárať dostatočne stimulujúce podmienky na jeho rozvoj. Pozorujeme kvalitu očného kontaktu, zameranie zrakovej pozornosti dieťaťa – na tváre blízkych osôb a na rôzne objekty. Ak máme pochybnosti, či a ako vlastne dieťa vidí, pokúsime sa zamerať jeho pozornosť na svetelný podnet (stále, t. j. neblinkajúce svetlo baterky, farebné svetlo, osvetlený podnet), na výrazne farebný, kontrastný predmet alebo čiernobiele kontrastné predmety. Je dôležité poznať, aké predmety dieťa vidí (spôsob ich osvetlenia, kontrast, farba, veľkosť), aby sme mohli s príslušným zrakovým materiálom pracovať. Dôležité je umiestnenie predmetov do vhodnej vzdialenosti, podpora cieleného sledovania podnetu, rozvoj koordinácie oko – ruka (siahanie za podnetom). Predmety možno zavesiť nad miesto kde dieťa leží alebo sedí, uložiť na plochu pred dieťaťom (stolík, tácka) alebo mu ich podávať. V prípade potreby možno predmety alebo plochu, na ktorej sú podnety umiestnené, osvetľovať a pozorovať, aké predmety (farba, kontrast), aké osvetlenie, aká vzdialenosť sú pre zrakovú prácu dieťaťa najvhodnejšia. Zraková stimulácia je prispôbena individuálnym potrebám dieťaťa a jej spôsob je užitočné konzultovať aj so špecializovanými poradenskými centrami zameranými na zrakové postihnutie. Námetu na zrakovú stimuláciu možno nájsť aj v odbornom postupe OP5.C Dieťa so zrakovým postihnutím – Snoezelen miestnosť. Ak to vývinová úroveň dieťaťa umožňuje, možno pracovať aj s obrázkami – priradovať identické obrázky, vyhľadávať pomenované predmety na obrázkoch a pod. Dôležité je, aby boli obrázky dostatočne veľké (tu je potrebné zistiť, aká veľkosť, farebnosť a kontrast dieťaťu vyhovuje), boli jednoduché a zodpovedajúce realite a obsahovali podstatné, charakteristické znaky daného objektu. V predškolskom veku (pokiaľ to, samozrejme, umožňuje aj intelektová úroveň dieťaťa – potrebné posúdiť individuálne) možno rozvíjať rozlišovanie farieb a odtieňov farieb, tvarov, veľkosti. Spočiatku volíme jednoduché geometrické tvary (priradovanie, triedenie, vyhľadávanie), neskôr možno pracovať aj s tvarmi, ktoré majú menej výrazné rozdiely (kruh, elipsa, polkruh, rôzne druhy trojuholníkov, mnohoúholník a pod.). Neskôr možno rozvíjať zrakovú pozornosť a rozlišovanie detailov, diferenciáciu horizontálne a vertikálne odlišných figúr, diferenciáciu figúry a pozadia, zrakovú analýzu a syntézu, zrakovú pamäť. Cielenému a štruktúrovanému rozvoju zrakového (ale i sluchového) vnímania sa venujú viaceré komplexné programy alebo metódy (Sindelar metóda, súbory pracovných listov – Věra Pokorná: Jak poznáme sklony dítěte k dyslexii, dysgrafii, dyskalkulii, Rozvoj vnímání a poznávání, Zdena Michalová: Shody a rozdíly a pod.).

Sluchové vnímanie – taktiež je dôležité potvrdenie alebo vylúčenie možného sluchového poškodenia (nedoslýchavosť rôzneho stupňa až po zvyšky sluchu, resp. úplnú absenciu). Niektoré poškodenia sluchu (napr. centrálna sluchová porucha alebo aj zmeny v sluchovom poli) nie vždy odhalí foniatické vyšetrenie. Preto je dôležité od raného veku sledovať, či dieťa reaguje na zvuky a akej intenzity. Pozorujeme reakcie dieťaťa na zvuky, otáčanie sa za zvukom, vyhľadávanie zdroja zvuku (predmety dennej potreby, hlasy osôb,



hudba, zvuky zvierat, dopravné prostriedky, zvuky denného života). Ak počuje a rozlišuje známe zvuky, možno trénovať identifikáciu zdrojov zvuku, prípadne pomenovanie (auto, vláčik, zvieratá...). Podrobnejšie k diagnostike a následnej stimulácii sluchového vnímania v OP4.1 Dieťa so sluchovým postihnutím v poradenskom a edukačnom procese. V predškolskom veku (pokiaľ to umožňuje aj mentálna úroveň dieťaťa) sa zameriavame na rozvoj jemnejšej diferenciacie – slová, slabiky, hlásky. V tejto oblasti sú k dispozícii taktiež rôzne programy a metodiky (Sindelar metóda, počítačové programy – FONO 1, 2, 3, rozvoj fonematického uvedomovania podľa El'konina, program Pavučinka – Olga Zelinková).

### **Rozvoj jemnej motoriky**

V ranom veku je rozvoj jemnej motoriky úzko prepojený s rozvojom kognitívnych schopností. Preto aj aktivity rozvíjajúce jemnú motoriku sú takmer podobné – činnosti s manipulačnými a skladacími hračkami, manipulácia s predmetmi dennej potreby. Pri výbere vhodných hračiek a predmetov je dôležité zohľadniť nielen fyzický vek dieťaťa, ale aj veľkosť jeho ruky, prstov, dlane, schopnosť a spôsob vykonávaných pohybov. Obzvlášť v práci s deťmi s centrálnou tonusovou poruchou (CTP) alebo DMO, príp. vrodenými malformáciami končatín, vyžaduje výber vhodného podnetového materiálu osobitné posúdenie. Stimulácia jemnej motoriky vo všeobecnosti postupuje nasledovne: nácvik cieleného, úmyselného uchopenia predmetu, prekladanie z ruky do ruky, vkladanie a vykladanie menších predmetov z väčších (matriošky, kubusy a pyramídy rôznej veľkosti a tvaru), otváranie, zatváranie jednoduchých záverov (veko, pokrievka, vrchnák papierovej krabice), ukladanie nádob rovnakej veľkosti na seba (taniere, misky, tégly...), jednoduché vkladáčky alebo puzzle z rôznych materiálov (drevené, plastové). Pre deti raného veku s akýmkoľvek zdravotným znevýhodnením sú prítlačlivé hry s vodou, pieskom, prírodným materiálom (hrach, šošovica, ryža, fazuľa) – naberanie na lyžicu, miešanie (rukami, lopatkou), nasýpanie do nádob, vysýpanie, presýpanie, prelievanie tekutín. Na rozvoj jemnejších pohybov rúk a prstov je dôležité poskytnúť dieťaťu dostatok možností na manipuláciu s predmetmi menších rozmerov (gulôčky, fazuľa, cestoviny, prírodný a úžitkový materiál), pri týchto aktivitách je potrebný zvýšený dohľad kvôli bezpečnosti! Podľa individuálneho záujmu a schopností dieťaťa možno postupne aktivity obohacovať o manipuláciu s modelovacími hmotami, papierom (krčenie, trhanie, lepenie), prstovými alebo vodovými farbami. Spôsoby rozvoja jemnej motoriky a grafomotoriky a výber vhodných kresliacich a písacích pomôcok budú významne závisieť od druhu a stupňa zdravotného postihnutia.

### **Komunikačné zručnosti**

Pri ich rozvoji je potrebná úzka spolupráca s logopédom. Deti s viacnásobným postihnutím, deti s mentálnym zaostávaním, deti s oneskoreným alebo narušeným vývinom reči vyžadujú špecifické postupy rozvoja komunikačných zručností. Prvým krokom v celom procese je naučiť rodičov používať vhodné komunikačné stratégie. Vo väčšine prípadov sa usilujeme o podporu rozvoja verbálnej reči. Niekedy je však nevyhnutné zaviesť alternatívne spôsoby komunikácie. Alternatívna a augmentatívna komunikácia (AAK, pozri OP7E) môže významne podporiť aj rozvoj verbalizácie. Možnosti špeciálnopedagogickej podpory vývinu reči sú nasledovné: ak dieťa komunikuje verbálne, snažíme sa primeranou formou rozširovať jeho aktívnu a pasívnu slovnú zásobu – názvy osôb, predmetov dennej potreby, hračiek, častí oblečenia, potraviny, známe zvieratá, činnosti bežného života, porozumenie jednoduchých inštrukcií a pod. Je nevyhnutné komunikovať s dieťaťom v krátkych jednoduchých vetách, používať slová, o ktorých vieme, že im rozumie. K jednoduchej komunikácii inštruujeme aj rodiča. Ak dieťa nekomunikuje verbálne, je užitočné čo najskôr začať s prvkami alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Získať rodiča na spoluprácu však môže byť náročné. Mnohí rodičia sa dlho vyhýbajú zavedeniu náhradných foriem komunikácie kvôli obave, že sa u dieťaťa spomalí alebo úplne zastaví vývin verbálnej reči. V takom prípade možno len citlivo a trpezlivo argumentovať tým, že alternatívne a augmentatívne formy komunikácie nebránia vývinu verbálnej reči, skôr naopak, môžu ho významne podporiť. Najprirodzenejšou formou AAK sú znakové systémy, ktoré si vytvorí individuálne každé dieťa a jeho sociálne prostredie, alebo sa možno inšpirovať znakmi z posunkového jazyka pre nepočujúcich, znakmi z komunikačného systému znak do reči (autorkou je Libuše Kubová) alebo znakmi, ktoré využíva aj aplikovaná behaviorálna analýza a pod. Ďalšie náhradné formy komunikácie sú obrázkové komunikačné systémy, pri ktorých je symbolom slova obrázok, napríklad VOKS – výmenný obrázkový komunikačný systém. Makaton – vypracovaný jazykový program, ktorý využíva hovorenú reč, ale dopĺňa ju znakmi (prevažne z posunkového



jazyka pre nepočujúcich) a symbolmi. Komunikácia prostredníctvom IT technológií taktiež môže byť prínosná. Využívajú ju najmä deti s autizmom, ale aj nehovoriace deti s DMO. V starostlivosti o deti s ťažkým mentálnym zaostávaním alebo ťažkým viacnásobným postihnutím možno využiť ako komunikačný prostriedok koncept bazálnej stimulácie. Vhodný spôsob náhradnej komunikácie je potrebné individuálne posúdiť u každého dieťaťa, najlepšie zrealizovať konzílium s účasťou logopéda a psychológa. Pre bližšie o formách AAK pozri OP7E.

**Hra – ako indikátor úrovne vývinu:** spôsob detskej hry a manipulácie s predmetmi a hračkami je pomerne spoľahlivým indikátorom úrovne psychomotorického vývinu v ranom veku a úrovne kognitívneho a motorického vývinu v predškolskom veku. Často je to práve absencia niektorých typov hry alebo neobvyklý spôsob hry, ktorý upozorňuje na závažnejšie deficity alebo osobitosti vo vývine dieťaťa.

**Hra – ako možnosť stimulácie vývinu:** hra je zároveň využívaná v predškolskej pedagogike aj špeciálnej pedagogike ako spôsob získavania nových zručností a vedomostí. Prostredníctvom hry prebieha najviac edukačných aktivít v predškolských zariadeniach, v domácom prostredí, ale aj v rámci ambulantnej poradenskej starostlivosti. Prirodzená hrová činnosť dieťaťa je využívaná aj v niektorých edukačných a stimulačných stratégiách (metóda aktívneho učenia podľa Lilli Nielsen, montessori pedagogika, aplikovaná behaviorálna analýza – využíva hru pri nadväzovaní kontaktu, rozvoji komunikačných zručností a pod.).

V ranom veku sa zameriavame na *podporu rozvoja exploračnej, manipulačnej a pohybovej hry*. Dieťa prostredníctvom nej získava zmyslové a pohybové skúsenosti a rozvíja senzomotorické schopnosti.

Dôležitá je pestrosť prostredia, variabilita podnetového materiálu a najmä jeho dostupnosť. Obzvlášť pre deti s pohybovými obmedzeniami (centrálne tonusová porucha, rázštep chrbtice alebo oneskorený celkový psychomotorický vývin) môže byť dostupnosť stimulačných podnetov problematická. Deti sa nedokážu sami dostať k predmetom alebo hračkám, ktoré sú pre ne zaujímavé, resp. potrebné na ich rozvoj. Je dôležité si uvedomiť, že možnosť samostatného pohybu (či už je to chôdza, štvornožkovanie, plazenie) významne rozširuje exploračné možnosti dieťaťa nielen v kognitívnej oblasti, ale aj vo vývine hry. Tento deficit však možno aspoň čiastočne kompenzovať – rôzne podnety dieťaťu prinášať, podľa záujmu ponúkať a obmieňať. Taktiež ich do rôznych prostredí (kam by sa v prípade samostatného pohybu dostali sami) premiestňovať. Ďalej je potrebná vyváženosť príležitostí na sociálne interakcie (s rodičmi, súrodencami, rovesníkmi, ďalšími blízkymi osobami) a príležitostí na samostatnú, nikým nerušenú aktivitu.

U detí s výrazne oneskoreným psychomotorickým vývinom často pozorujeme obmedzený repertoár exploračných aj manipulačných aktivít, prípadne stereotypné zaobchádzanie s predmetmi (napríklad hádzanie, vysýpanie nádob, krátka exploračia hračky a odhadzovanie), stereotypnú manipuláciu len s jedným predmetom alebo uprednostňovanie len pohybovej aktivity bez záujmu o hračky, predmety či osoby. Deti so symptomatickou pervazívnou poruchou manipulujú s hračkami väčšinou inak, než na čo sú primárne určené (točia kolesami autíčka, roztáčajú a odhadzujú predmety a pod.), zameriavajú sa na detail – nehrajú sa s hračkou ako celkom, pozorujeme repetitívne aktivity alebo im hračky slúžia na zrakové či sluchové sebastimulácie. Je dôležité (primerane individuálnym predpokladom každého dieťaťa) vytvárať príležitosti a poskytovať možnosti na rozvoj a objavovanie sa ďalších prvkov a štádií hry – manipulačná hra, hra s viacerými predmetmi, konštruktívna hra, napodobňovanie. Tieto aktivity sú dôležité na rozvoj jemnej motoriky, vizuomotorickej koordinácie, bilaterálnej koordinácie a tiež rozvoj ďalších kognitívnych schopností. Rozvoj týchto štádií hry možno podporiť využitím konceptov ako montessori pedagogika alebo metóda aktívneho učenia podľa Lilli Nielsen. Na získavanie zaujímavých zmyslových podnetov a motiváciu k cieľovej aktivite možno využiť aj multisenzorické koncepty, napr. Snoezelen.

Pre rozvoj imitačnej hry je dôležitý dostatok sociálnych kontaktov. Napodobňovanie činnosti iných osôb pri zaobchádzaní s predmetmi dennej potreby a hračkami, napodobňovanie činnosti rovesníkov prebieha u zdravých detí spontánne a bez akejkoľvek potreby facilitácie. Pri rozvoji tejto hry je základným predpokladom aj schopnosť dieťaťa zdieľať pozornosť a taktiež istý stupeň rozvoja kognitívnych schopností



(napr. dieťa ťažkým mentálnym zaostávaním má schopnosti imitácie výrazne obmedzené.) U detí so symptomatickou PAS býva častou prekážkou nedostatočné zdieľanie pozornosti a schopnosť zapojiť sa do spoločnej aktivity. Výrazne odlišné podmienky na rozvoj imitácie má dieťa so zrakovým alebo sluchovým postihnutím. Pri rozvoji imitačnej hry je nutné si uvedomiť tieto obmedzenia a zvážiť, čo a akým spôsobom je možné v tejto oblasti dieťa učiť. Nápomocné môžu byť koncepty ako O.T.A alebo prvky aplikovanej behaviorálnej analýzy. U detí so zmyslovým postihnutím je nevyhnutné voliť kompenzačné riešenia.

V predškolskom veku sa rozvíja konštruktívna hra. Pokiaľ má dieťa kognitívne a motorické predpoklady, bude sa tento spôsob hry rozvíjať spontánne. Podmienkou je dostatok príležitostí a materiálu (stavebnice, skladačky, prírodný a úžitkový materiál, výtvarné potreby a pod.). Materiál a pomôcky je však potrebné vyberať individuálne podľa možností každého dieťaťa, tvarom a veľkosťou vhodné na úchop, ľahko manipulovateľné (napr. dieťa so spastickou formou DMO bude ťažko skladať časti lega, ale možno nájsť iné alternatívy – Mega bloks, Lego Duplo, magnetické skladačky, skladanie častí stavebníc alebo kociek na protišmykových podložkách atď.).

Osobitnou kategóriou je námetová hra, ku ktorej musí mať dieťa dostatok sociálnych skúseností a tiež intelektové predpoklady (k námetovej hre je potrebný istý stupeň fantázie). Tie môžu byť obmedzené v rôznej miere, v závislosti od druhu a stupňa zdravotného postihnutia. Iný druh skúseností majú deti s telesným postihnutím, iný so zrakovým postihnutím, inak reagujú deti s oneskoreným PMV alebo s autizmom (napr. deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom dokážu v predškolskom veku imitovať jednoduchú námetovú hru – voziť bábiku v kočiku, hrať sa v kuchynke, resp. na obchod, v ich hre je však málo rozvíjajúcich prvkov – obsahuje väčšinou dve-tri stále opakujúce sa činnosti). Pri námetovej hre je takmer nevyhnutná účasť ďalšej osoby, ktorá hru rozvíja, facilituje, podporuje dieťa k tvorbe nových prvkov. V ideálnom prípade sú týmito facilitátormi rovesníci, čím sa umožní aj rozvoj kooperujúcej hry.

**Sebaobslužné činnosti** – nácvik sebaobslužných činností v ranom a predškolskom veku zahŕňa nácvik samostatného jedenia a pitia, obliekania, vyzliekania, nácvik hygienických úkonov alebo aspoň spolupráce pri týchto činnostiach. Osobitnou kategóriou v tejto oblasti je nácvik používania toalety. Spôsoby osvojovania uvedených zručností závisia od druhu a stupňa zdravotného postihnutia. Ciele i postupy sú odlišné u dieťaťa s obmedzeniami v mobilite (DMO, CTP a ďalšie), u dieťaťa so zmyslovým (a najmä so zrakovým) postihnutím, u detí s oneskorením psychomotorického vývinu a detí s pervazívnou symptomatickou.

U detí s CTP alebo DMO je nevyhnutné si uvedomiť, že porucha fungovania centrálnej nervovej sústavy ovplyvňuje vykonávanie všetkých sebaobslužných činností, a to u každého dieťaťa v rôznej miere. Pri príjme jedla môžeme pozorovať napr. ťažkosti so saním, žutím a prehĺtaním, čo vyžaduje odlišné postupy kŕmenia a s tým súvisiaceho nácviku samostatného jedenia. V takýchto prípadoch je vhodná konzultácia s odborníkom v oblasti ošetrovateľstva, ale obvyčajne rodičia dieťaťa už v tejto oblasti bývajú dostatočne inštruovaní. Nie všetky deti s DMO však vyžadujú špecifické postupy pri kŕmení a pri nácviku jedla možno s nimi postupovať ako u iných detí. Aj tu však treba dbať na správne polohovanie pri jedle a prípadný výber špeciálne upravených pomôcok (lyžica, protišmyková nádoba, pohár so slamkou a pod.). Ďalej obmedzená pohyblivosť rúk a oslabenia v koordinácii oko – ruka a koordinácii ruka – ústa ovplyvňuje úchop jedla alebo lyžice, manipuláciu s lyžicou, vidličkou, vkladanie jedla do úst. Nie je preto možné uviesť presný postup nácviku, ktorý by bol aplikovateľný pre všetky deti. Všeobecne ide o nasledovnú postupnosť: nácvik samostatného jedenia rukou (pečivo, kúsky ovocia a pod.), nácvik úchopu lyžice a manipulácia s lyžicou, naberanie na lyžicu (vhodná je kašovitá potrava tuhšej konzistencie, aby sa z lyžice nevylievala), tréning koordinácie ruka – ústa. Pri nácviku samostatného pitia trénujeme úchop fľaše, neskôr hrnčeka s dvoma uškami, podľa potreby s náustkom, neskôr možno prejsť k hrnčeku bez náustka). Možno skúsiť aj napichovanie jedla na vidličku, čo môže byť pre niektoré deti jednoduchšie, ako naberáť jedlo na lyžicu. Pri stolovaní je užitočnou pomôckou protišmyková podložka alebo protišmyková nádoba. Obliekanie a vyzliekanie je pre deti s poruchami CNS taktiež motoricky náročná činnosť. V predškolskom veku sa usilujeme aspoň o spoluprácu dieťaťa pri obliekaní, prípadne povzbudzujeme vyzliecť niektoré časti odevu (čiapka, šál, vyzuť papuče a pod.). Samozrejme, ak to pohybové schopnosti dieťaťa dovoľujú, je možné začať s nácvikom obliekania s pomocou.



U detí s oneskoreným psychomotorickým vývinom, u ktorých však nie je obmedzenie mobility výrazné, sa možno usilovať v predškolskom veku o vyšší stupeň samostatnosti v jednotlivých sebaobslužných úkonoch (napr. deti s Downovým syndrómom, deti s predikciou ľahkého alebo aj stredného mentálneho postihnutia bez pridruženého telesného postihnutia). Tu možno postupovať ako pri zdravých deťoch, ale primerane aktuálnej vývinovej úrovni, na akej sa práve nachádzajú (nemožno sa teda riadiť fyzickým vekom). Pri nácviku obliekania je užitočné nacvičovať vždy len jednu časť odevu (napr. tričko) a ďalšie časti dieťaťu obliecť. Po bezpečnom zvládnutí jednej časti odevu pridať ďalšiu (napr. tričko a tepláky). Spodná bielizeň alebo pančuchy vyžadujú väčšiu zručnosť a trpezlivosť, preto ich zaradíme ako posledné. Nácvik samostatného jedenia a pitia postupuje podobne, ako je uvedené u detí s poruchami CNS. Aj deti so zdravotným postihnutím sa rady zapájajú do samotného procesu prípravy jedla alebo prestierania či upratovania po jedle. Pokiaľ im to pohybové predpoklady umožňujú, je dôležité ich do týchto aktivít zapájať. Činnosti súvisiace s prípravou jedla a stolovaním totiž prispievajú k rozvoju jemnej motoriky, vizuomotoriky, bilaterálnej koordinácie, pozornosti, koordinácie pohybov celého tela (aktivity denného života z montessori konceptu – prenášanie nádob s tekutinou, natieranie chleba, krájanie mäkkého ovocia, alebo pečiva, prelievanie, presýpanie, naberanie, utieranie stola, umývanie a utieranie nádob).

Azda najproblematickejšou skupinou z hľadiska nácviku sebaobslužných činností sú deti s autistickou symptomatikou alebo výraznou hyperaktivitou. Výberovosť v jedle a/alebo nadmerná pohybová aktivita, psychomotorický nepokoj, problematická výdrž sedieť pri jedle (ale aj inej činnosti) komplikuje nácvik samostatného jedenia. Taktilná hypersenzitivita (napr. voči niektorým materiálom) môže sťažovať nácvik obliekania (niektoré deti s autizmom odmietajú mať obuté ponožky, topánky, resp. iné časti odevu, odmietajú používanie zubnej kefy a pod.). Pri uvedených ťažkostiach je okrem iného niekedy ťažké jednoznačne určiť, či ide o problém spôsobený diagnózou alebo aj o problém spôsobený nedostatočným nastavením hraníc. Obyčajne ide o kombináciu oboch faktorov. Ako pri iných činnostiach je aj v tomto prípade dôležité začať s postupným zavádzaním pravidiel. Osvedčuje sa prístup štruktúrovaného učenia – jednotlivé činnosti zvládať v malých krokoch, postupne predlžovať čas, ktorý dieťa dokáže „obsediť“, motivácia odmenou. Nácvik samostatnosti pri jedle možno začať len s využitím obľúbených alebo aspoň tolerovaných jedál. Pri obliekaní, vyzliekaní, ale aj nácviku hygienických úkonov môže pomôcť vizualizácia postupu, využitie procesných tabuliek.

#### **4. Metódy využívané v ranej starostlivosti**

Intervenčné metódy a postupy v ranom a predškolskom veku je dôležité voliť individuálne podľa potrieb a schopností každého dieťaťa. Pri výbere vhodných metód zohľadňujeme vývinovú úroveň dieťaťa, vek, predpokladanú úroveň intelektu (u detí s vrodenným zdravotným postihnutím býva značne variabilná, od normointelektu až po ťažké mentálne zaostávanie), úroveň porozumenia (verbálnej reči alebo neverbálnym formám) a schopnosti spolupráce.

**Bazálna stimulácia** (pozri aj OP7D) – koncept zameraný na podporu vnímania, pohybových schopností a komunikácie. Keďže v ranom veku je centrálna nervová sústava obzvlášť citlivá na pôsobenie rôznych podnetov, možno cielenou a štruktúrovanou stimuláciou receptorov aktivovať časti riadiace kognitívne procesy a podnecovať ich rozvoj. Koncept má vypracovaný súbor techník, ktoré stimulujú vnímanie vlastného tela a vnímanie podnetov z okolitého prostredia. Využíva sa pri starostlivosti o predčasne narodené deti alebo deti z rizikových gravidít, v starostlivosti o deti s rizikovým, nerovnomerným alebo oneskorujúcim sa psychomotorickým vývinom, deti s vrodennými vývinovými chybami CNS, deti so stredným až ťažkým mentálnym alebo viacnásobným postihnutím. U detí i dospelých ľudí so závažnými obmedzeniami v motorike, senzorike a komunikácii spĺňa aj funkciu alternatívnej formy komunikácie.

**Metóda aktívneho učenia podľa Lilli Nielsen** – pôvodne bola vytvorená pre deti s poškodením zraku a viacnásobným postihnutím alebo s výraznejšie oneskoreným psychomotorickým vývinom. Je obzvlášť vhodná pre deti, ktoré majú v dôsledku imobility obmedzené možnosti samostatného poznávania okolitého prostredia. Nemožnosť samostatne sa pohybovať bráni dieťaťu v prirodzenom rozvoji kognitívnych,





motorických, ale i sociálnych zručností. Práve kvôli tomuto hendikepu je základným princípom aktívneho učenia vytvorenie tzv. reagujúceho prostredia. V bezprostrednej blízkosti dieťaťa sú umiestnené rôznorodé zmyslové (vizuálne, akustické, taktilné) a pohybové podnety, ktoré umožňujú dieťaťu poznávať a porovnávať vlastnosti predmetov. Zároveň ho motivujú k aktívnej, samostatnej činnosti a uvedomovaniu si vlastnej aktivity. Ďalším dôležitým princípom je úloha rodiča alebo iného dospelého – sprevádzanie dieťaťa v procese poznávania, rešpekt k aktuálnej vývinovej úrovni, zdieľanie zážitkov, poskytovanie spätnej väzby. Metódu možno využiť v ranom veku alebo u detí, ktorých úroveň kognitívnych schopností neumožňuje použiť iné edukačné stratégie (návčik alebo tréning zručností).

**Snoezelen koncept** – forma terapie aj edukácie využívaná najmä v starostlivosti o deti a dospelých so závažnejším zdravotným znevýhodnením (mentálne, zmyslové alebo viacnásobné postihnutie, napr. aj OP5C).

Kvôli bohatosti a výraznosti zmyslových podnetov môže byť vhodnou doplňujúcou metódou včasnej stimulácie dieťaťa s rôznymi neurovývinovými poruchami. Pobyt a aktivita v Snoezelen miestnosti podporujú vnímanie, pozornosť, cieleňé pohyby, uvedomenie si seba a okolitého prostredia.

**Terapia porúch senzorickej integrácie** – terapeutický prístup ergoterapeutky Anna Jane Ayers. Dysfunkcie senzorickej integrácie sa môžu prejavovať v jednej alebo vo viacerých oblastiach zmyslového vnímania, alebo v niektorej fáze procesu spracovania. Cieľom terapie je zlepšenie procesu senzorickej integrácie, t. j. procesu prijímania zmyslových stimulov, spracúvania a formovania primeranej reakcie. Je založená na cielenej stimulácii vestibulárneho, propioceptívneho a taktilného systému, ktorá má dieťaťu pomôcť lepšie integrovať prichádzajúce zmyslové podnety z okolitého prostredia i vlastného tela a formovať adaptívne odpovede.

**Prvky aplikovanej behaviorálnej analýzy** – aplikovaná behaviorálna analýza je využívaná najmä v starostlivosti o deti s poruchami autistického spektra alebo narušeným vývinom reči a komunikácie. Niektoré postupy však možno aplikovať aj v edukácii detí s inými neurovývinovými poruchami. Metóda je založená na pozorovaní správania dieťaťa, určení jeho príčin a následkov a učení nových adaptívnejších vzorcov v správaní. Pomocou ABA možno rozvíjať adekvátne sociálne interakcie, trénovať funkčnú komunikáciu (verbálnu alebo neverbálnu), redukovať nevhodné alebo deštruktívne prejavy v správaní a nahrádzať ich spoločensky akceptovateľnými formami.

**Štruktúrované učenie** – edukačná stratégia založená na kognitívno-behaviorálnom prístupe, vytvorená pôvodne pre deti s poruchami autistického spektra. Je dobre využiteľná aj v edukácii detí s hyperaktivitou, mentálnym zaostávaním, narušeným vývinom reči, oneskoreným psychomotorickým vývinom. Základnými princípmi sú individuálny prístup, vizualizácia a štrukturalizácia obsahu. Pri obmedzenom porozumení reči uvedené princípy uľahčujú porozumenie situáciám, úlohám, edukačným aktivitám. Poskytuje dieťaťu prehľad o tom, čo a ako sa bude diať. Metódu štruktúrovaného učenia možno využiť v procese rozvoja komunikačných a sociálnych zručností, pri návčiku sebaobslužných činností, v rozvoji kognície a osvojovaní vedomostí.

**Montessori pedagogika** – pedagogicko-filozofický koncept, pôvodne určený pre deti s mentálnym zaostávaním. V súčasnosti je aj alternatívou v edukácii zdravých detí. Základným princípom je rešpektujúci prístup k dieťaťu, k jeho individuálnym potrebám a umožnenie výberu edukačných aktivít. Prostredie a aktivity sú pripravované v súlade s tzv. senzitívnymi vývinovými obdobiami. Vo veku 0 až 3 roky je to rozvoj zmyslového vnímania, osvojovanie pohybov a pohybových štruktúr, koordinácia pohybov. Vo veku 3 až 7 rokov sú aktivity zamerané na zdokonaľovanie zmyslového vnímania, rozvoj predmatematických zručností, rozvoj reči a prípravu na návčik čítania a písania. Pri využívaní prvkov montessori pedagogiky v práci s dieťaťom so zdravotným postihnutím je potrebné zvážiť, aké má obmedzenia samostatného pohybu (či už v dôsledku telesného alebo zrakového postihnutia) a adekvátne tomu zabezpečiť prístup k hračkám,



podnetovému materiálu a jednotlivým aktivitám. Taktiež je dôležité byť si vedomý toho, že senzitívne obdobie, v ktorom sa práve dieťa nachádza, nemusí zodpovedať jeho fyzickému veku.

V predškolskom veku možno u detí, ktorých intelekt nie je nižší ako ľahké mentálne zaostávanie, využiť aj rôzne programy a metódy zamerané najmä na rozvoj čiastkových funkcií, pozornosti, reči a pod. (ako je Sindelar metóda, Feuersteinova metóda inštrumentálneho obohacovania, rozvoj fonemického uvedomovania podľa Elkonina atď.).

## **5. Konzultácie a poradenstvo rodičom**

Poradenstvo rodičom sa týka najčastejšie nasledujúcich oblastí:

- Poskytovanie informácií o špecifikách konkrétneho zdravotného postihnutia, o jeho vplyve na celkový vývin dieťaťa, procesy učenia, výchovu a vzdelávanie. Je dôležité identifikovať schopnosti a možnosti dieťaťa, ktoré budeme rozvíjať a podporovať, ale aj limitujúce faktory a oblasti, kde bude potrebné voliť kompenzačné metódy.
- Poskytovanie informácií o efektívnych metódach a stratégiách využívaných v edukácii detí s daným zdravotným postihnutím, vysvetlenie základných princípov, spôsoby fungovania a očakávané výsledky všetkých metód, ktoré chceme v starostlivosti o dieťa používať alebo odporučiť. Niektoré intervencie možno poskytnúť aj v centre poradenstva a prevencie (v závislosti od personálnych podmienok daného zariadenia), no podľa špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa bude v mnohých prípadoch užitočné odporučiť aj ďalšie formy starostlivosti – špecializované centrá alebo súkromné zariadenia venujúce sa špecifickým činnostiam (napr. aplikovaná behaviorálna analýza, fyzioterapeutické centrá, zariadenia poskytujúce neurovývinové terapie a pod.).
- Odporúčanie ďalších odborných vyšetrení alebo sprostredkovanie ďalšej starostlivosti (napr. v špecializovaných centrách poradenstva a prevencie).
- Orientácia rodiny na jej vlastné zdroje (vnútorné, vonkajšie) pri edukácii, podpora rodičovských kompetencií a sebadôvery rodiny.
- Poradenstvo v oblasti vhodného výberu zariadenia predprimárneho vzdelávania (špeciálna materská škola, bežná materská škola – podľa špeciálnych edukačných a sociálnych potrieb dieťaťa, ale aj jeho potrieb týkajúcich sa sebaobsluhy, mobility a hygieny).
- Poradenstvo v oblasti vhodného výberu primárneho vzdelávania (špeciálna základná škola, špeciálna trieda v bežnej základnej škole alebo vzdelávanie formou individuálneho začlenenia v bežnej základnej škole).
- Poradenstvo pri výbere vhodného systému náhradnej komunikácie – AAK a ďalších metód kompenzácie.

## **6. Konzultácie a poradenstvo pedagógom materských a základných škôl**

V rámci poradenstva učiteľom bežných materských a základných škôl je taktiež nevyhnutné poskytnúť informácie o špecifikách konkrétneho zdravotného postihnutia a jeho vplyve na celkový vývin dieťaťa, so zdôraznením vplyvu na adaptáciu na rovesnícky kolektív, správanie, sociálne zručnosti. Dôležitou súčasťou spolupráce s materskou alebo základnou školou je vzájomné ujasnenie si kompetencií – čo je v kompetencii materskej školy a čo je v kompetencii poradenského zariadenia. Kompetencie odborných zamestnancov poradenských centier pri spolupráci so školami sú nasledovné:

Konzultácie, metodická pomoc pri tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu, týkajúce sa najmä výchovno-vzdelávacích cieľov, dôležitých častí obsahu, výber vhodných metód.

Poradenstvo pri vytváraní vhodných podmienok na edukáciu dieťaťa so zdravotným postihnutím (podľa druhu postihnutia, materiálno-technické vybavenie, úprava prostredia triedy, personálne zabezpečenie).



Podľa druhu zdravotného postihnutia inštruktáž k používaniu kompenzačných pomôcok a k využívaniu alternatívnych komunikačných systémov v procese edukácie, ak je to potrebné.

Poradenstvo a supervízia samotného procesu edukácie dieťaťa so zdravotným postihnutím podľa potreby.

## **7. Prevencia**

Preventívna činnosť je orientovaná na dieťa so zdravotným postihnutím, ale aj na podporu samotnej rodiny, obzvlášť osôb, ktoré sa najviac podieľajú na starostlivosti o dieťa.

V širšom ponímaní chápeme prevenciou pomoc rodine pri výchovnom vedení dieťaťa, keďže, ako sme už spomínali, je známy vplyv raného a predškolského obdobia na následný život dieťaťa.

Preventívne opatrenia vo vzťahu k dieťaťu sa líšia v závislosti od druhu a stupňa zdravotného postihnutia. Vo všeobecnosti však zahŕňajú všetky aktivity zamerané na zmiernenie negatívnych dôsledkov vyplývajúcich zo zdravotných obmedzení a predchádzanie vzniku sekundárnych ťažkostí, ako je napríklad problematické nadväzovanie a udržiavanie sociálnych kontaktov, komunikačné bariéry, významná miera nesamostatnosti v sebaobslužných činnostiach alebo vo fungovaní v bežných denných situáciách, sociálna izolácia rodiny a pod. V každom prípade je dôležité napriek obmedzeniam v mobilite alebo zmyslovom vnímaní vytvárať pre dieťa čo najviac možností na poznávanie rôzneho prostredia (zmena zmyslových a somatických, ale aj sociálnych podnetov), poskytnúť dieťaťu možnosť pozorovať a aktívne (podľa možností) sa zúčastňovať na bežnom dennom fungovaní rodiny alebo iného sociálneho prostredia (širšia rodina, materské školy a pod.). Dôležité je nadväzovanie kontaktov s rovesníkmi už od predškolského veku, kým ešte rozdiely medzi jednotlivými deťmi nie sú také výrazné. Podpora a starostlivosť o rozvoj týchto vzťahov, aby boli funkčné aj v kritických vývinových obdobiach. Rozdielnosť si deti postupom času uvedomia, ale ak majú so zdravotne postihnutým dieťaťom dlhšie trvajúci vzťah, je vyšší predpoklad tolerancie a prijatia narastajúcich odlišností.

U detí, u ktorých nie je rozvinutá verbálna reč (deti s poruchami sluchu, oneskorený alebo narušený vývin reči, ťažšie mentálne zaostávanie, pervazívne vývinové poruchy), je užitočné čo najčiasnejšie zaviesť vyhovujúce náhradné formy komunikácie. Aj vďaka funkčnej komunikácii možno predchádzať závažnejším problémom v správaní, nadväzovať kvalitné vzťahy a spolupracovať v rodine aj rovesníckej skupine.

Obzvlášť u detí s telesným alebo viacnásobným postihnutím, alebo u nevidiacich detí je dôležité vedenie dieťaťa k takej miere samostatnosti, akej je schopné. Napr. v sebaobslužných činnostiach poskytovať asistenciu tam, kde je to potrebné. Pri činnostiach, ktoré dieťa zvládne samo, dopriať mu podľa možností dostatok času a vhodné podmienky, aby ich mohlo svojím individuálnym tempom zvládnuť. Návrik a priebežný tréning sebaobslužných činností, orientácie a samostatného pohybu najprv v domácom prostredí, neskôr v prostredí materskej školy alebo blízkom okolí.

### **Výstup činnosti**



Správa obsahujúca závery a odporúčania vyplývajúce z odborných vyšetrení vykonaných MDT poradenského zariadenia:

- *podľa usmernenia 153 MŠVVaŠ platného od 1. 9. 2022 a zverejneného na stránke Výskumného ústavu detskej psychológie a patopsychológie je možné závery odborných vyšetrení zaznamenať v spoločnej správe – **správa z diagnostického vyšetrenia.***

Kópie správ z odborných vyšetrení realizovaných mimo poradenského zariadenia (v rezorte zdravotníctva, iných zariadeniach rezortu školstva a pod.).



Osobný spis dieťaťa v centre poradenstva a prevencie (záznamy o činnosti, obsah intervencie, reakcie dieťaťa na ponúkané podnety, pozorované zmeny a pod.).

Záznamy o dôležitých konzultáciách s rodičmi alebo inými odborníkmi.

Individuálny intervenčný program.

## Spolupráca



### Vnútrorezortná multidisciplinárna spolupráca:

- na mikroúrovni: celý MDT poradenského zariadenia (jednotliví členovia participujú v závislosti od identifikovaných potrieb dieťaťa);
- na mezoúrovni: MŠ/ŠMŠ a ZŠ/ŠZŠ.

### Medzirezortná multidisciplinárna spolupráca – makroúroveň:

- zdravotníctvo – lekárske aj nelekárske špecializácie (praktický lekár pre deti a dorast, genetik, neurológ, oftalmológ, fyziater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, klinický logopéd atď.),
- sociálny rezort – poradcovia služby včasnej intervencie (sociálna služba) – výrazný fokus na podporu prostredia dieťaťa – rodiny; prípade vo vyššom veku špecializovaní sociálni poradcovia (špecializované poradenstvo ako sociálna služba).

### Rodič:

- ako partner a často expert na –diagnózu (najmä v prípade raritných), poznania potrieb a úrovne funkčnosti svojho dieťaťa, potrieb svojej rodiny,
- ako advokát potrieb svojho dieťaťa a potrieb svojej rodiny.

## Úskalia postupu



*Nedostatočná informovanosť rodiča o prognóze vyplývajúcej zo zdravotnej diagnózy dieťaťa – limituje možnosti rodičov byť v role experta a advokáta potrieb dieťaťa.*

Spôsob, akým bol rodič oboznámený s diagnózou svojho dieťaťa, a informácie, ktoré vo vzťahu k diagnóze dostal v rezorte zdravotníctva, vo veľkej miere predisponujú pohľad rodiča na dieťa. Vytvárajú očakávania vo vzťahu k vývinu dieťaťa a možnostiam podpory jeho vývinu, ktoré sú často nerealistické a nekorešpondujú s reálnymi potrebami dieťaťa.

Kým niektorí rodičia sú veľmi dobre informovaní a do dôsledkov rozumejú diagnóze svojho dieťaťa a z nej vyplývajúcich predpokladov pre vzdelávací proces a celkovú kvalitu života dieťaťa v budúcnosti, iní môžu mať len základné informácie o diagnóze a nemajú dostatočné porozumenie tomu, čo z nej pre život ich dieťaťa vyplýva (informáciu o raritnom genetickom syndróme dostanú napr. z laboratória len poštou a ich lekár prvého kontaktu taktiež nemá s danou diagnózou skúsenosť).

Očakávania rodičov a ich postoj voči diagnóze je však vždy potrebné zistiť a brať do úvahy pri vytváraní ponuky odbornej starostlivosti, keďže sa od nich odvíja tak spôsob, akým rodič interpretuje informácie zistené pri diagnostike dieťaťa v poradenskom zariadení, ako aj jeho prístup k intervenčným postupom, ktoré bude MDT poradenského zariadenia odporúčať.

- Úskalím tohto kroku môže byť, ak nemá MDT dostatok času venovať sa psychickým procesom na strane rodiča. Ak príde rodič do zariadenia výchovného poradenstva a prevencie až v čase, keď je nutné a potrebné robiť rozhodnutie, napr. o zaškolení dieťaťa, a MDT poradenského zariadenia zistí, že rodič nie je vyrovnaný s diagnózou dieťaťa (spochybňuje ju, odmieta, reaguje na ňu pasívno-agresívnym spôsobom a pod.), zároveň však je MDT pod tlakom zaradenia dieťaťa do predškolského zariadenia alebo základnej školy, môže dôjsť u rodiča k nespokojnosti s odporúčaním poskytnutým MDT. Vhodným krokom je pokúsiť sa ponechať rodičovi čas na spracovanie informácií, ktoré vyplývajú z diagnózy dieťaťa, poskytnúť dostatok času na zváženie všetkých vzdelávacích možností, prenášať kompetenciu o rozhodovaní na rodiča a spočiatku byť skôr v rovine toho, čo počúva a len všeobecne informuje o možnostiach vzdelávania pre dieťa v danom regióne, nie toho, čo priamo odporúča riešenia.
- Ďalším úskalím môže byť nedostatok skúseností s danou diagnózou a z nej vyplývajúcou prognózou na strane odborného zamestnanca. V takom prípade je dobré pokúsiť sa konzultovať v rámci konziliárneho stretnutia diagnostický záver s lekárom, ktorý danú diagnózu stanovil, a podporiť aj rodiča, aby konzultoval, čo presne daná diagnóza znamená pre ďalší vývin jeho dieťaťa.

*Nedostatočná informovanosť a porozumenie téme vrodeného zdravotného postihnutia na strane pedagogických a odborných zamestnancov materských a základných škôl – limituje možnosť spolupráce s MDT poradenského zariadenia a spoluprácu s rodičom dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím.*

Vrodené zdravotné postihnutie, obzvlášť raritné genetické syndrómy, predstavujú veľkú neznámu aj pre vzdelávací proces v rámci materských a základných škôl. Rôznorodý a v čase sa meniaci kognitívny profil dieťaťa môže byť veľmi ťažké uchopiť z hľadiska stanovenia vzdelávacích cieľov. Znížená úroveň adaptívneho správania zas môže limitovať možnosti učiteľa začleniť dieťa do rovesníckeho kolektívu. Ako nesmierne prospešná sa v tomto ohľade z praxe javí dlhodobá a intenzívna spolupráca v rámci MDT poradenského zariadenia, školský podporný tím (ŠPT), učiteľky v MŠ a rodičov dieťaťa. Obzvlášť v prvých mesiacoch po zaradení do materskej školy je potrebné časté vymieňanie si informácií, konziliárne stretnutia, stanovovanie si krátkodobých cieľov v rámci IVP a spoločné hľadanie krokov k ich napĺňaniu, prehodnocovanie cieľov a nové definovanie krokov.

- Úskalím tohto postupu môže byť chýbajúci ŠPT na strane materskej školy. MDT poradenského zariadenia nemá kapacitu pomáhať učiteľovi v materskej škole pri tvorbe IVP nad rámec v správe uvedených výchovno-vzdelávacích cieľov – kroky k ich dosiahnutiu tak ostávajú na schopnosti učiteľa, ktorý ak nemá podporu ŠPT a nemá prechádzajúcu skúsenosť s výchovou a vzdelávaním dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím, môže byť touto rolou objektívne preťažený.
- Prax ukazuje, že v prípade inkluzívneho vzdelávania v bežnej materskej škole a základnej škole je veľkým problémom zabezpečiť k dieťaťu so zdravotným znevýhodnením človeka, ktorý bude nápomocný pri hygiene, toalete, obliekaní, jedle. Domnievame sa, že pomoc pri sebaobslužných a hygienických úkonoch by nemala byť v náplni práce pedagogického asistenta. Okrem iného aj z dôvodu, že deti s vrodenými vývinovými chybami CNS, resp. iným organickým poškodením môžu mať často špecifický príjem potravy, inkontinenciu, resp. oneskorene osvojené používanie toalety, výrazne obmedzené možnosti pohybu znemožňujúce samostatnosť pri obliekaní, vyzliekaní. Mnohé z týchto úkonov vyžadujú aj kvalifikovanú ošetrovateľskú starostlivosť a nemožno ich žiadať od laika v oblasti ošetrovateľstva. Je teda potrebné zvažovať aj možnosti medzirezortnej spolupráce.
- Ďalším úskalím môže byť, ak vedenie materskej školy nevyčlení triednemu učiteľovi čas na účasť na konziliárnych stretnutiach a ponechá túto kompetenciu len školskému podpornému tímu. ŠPT v spolupráci s MDT poradenského zariadenia môže významne podporiť učiteľa, je však nevyhnutné, aby bol triedy učiteľ tím, kto na základe svojho poznania celej triedy stanovuje kroky k naplneniu cieľov stanovených v rámci IVP dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím.
- Úskalím je taktiež, ak rodičia nie sú pozvaní do tvorby IVP a nie sú vnímaní niektorou zo strán ako aktívni participanti pri tvorbe IVP, prípadne ak z akýchkoľvek dôvodov nie sú schopní sa tejto svojej



roly aktívne zhostiť. Je nesmierne dôležité, aby rodičia chápali svoju rolu v procese stanovenia výchovno-vzdelávacích cieľov pre svoje dieťaťa. V tomto smere môže byť MDT poradenského zariadenia nápomocné, ak je rodina zároveň vedená v ranom veku službou včasnej intervencie (SVI). Jedným z cieľov SVI je skompetentňovanie rodiča v jeho schopnosti vnímať potreby svojho dieťaťa a svojej rodiny a byť ich advokátom pri komunikácii s aktérmi vo vzdelávaní a zdravotnej starostlivosti. Rodič, ktorý rozumie potrebám svojho dieťaťa, vie byť efektívnym partnerom pri stanovovaní vzdelávacích cieľov v rámci IVP.

- Ak je aj okolo dieťaťa s vrodeným zdravotným postihnutím vytvorený kvalitný podporný tím, tvorený MDT poradenského zariadenia, rodičom, triednym učiteľom, asistentom dieťaťa a ŠPT, výzvou ešte ostáva kvalitná koordinácia tohto tímu. Úlohu koordinátora by mohol na seba prevziať koordinátor klienta z poradenského zariadenia, táto rola však obnáša takú časovú dotáciu, ktorú aktuálne v bežnej praxi koordinátor klienta nie je schopný zo svojej strany zabezpečiť.
- Je dôležité, aby bolo zloženie ŠPT relatívne stabilné, čiže aby jeho členovia boli stálymi zamestnancami školy. V súčasnosti sa často stretávame v praxi s tým, že tieto pracovné miesta sú vytvorené len po dobu fungovania nejakého projektu. Po skončení projektu mnohé školy len s ťažkosťami hľadajú finančné prostriedky na zabezpečenie aspoň základnej podpory pre deti so zdravotným znevýhodnením a ich učiteľov.

### Čomu sa vyhnúť

- Predčasné interpretácie informácií o kognitívnom profile, resp. predčasne postulované hypotézy o funkčnosti/oslabenej funkčnosti dieťaťa vo vyššom veku.
- Vzhľadom na psychické rozpoloženie rodičov dávanie nádeje, ktorá nemusí zodpovedať realite (možnostiam a schopnostiam dieťaťa).
- Lútovanie rodičov či dieťaťa, ktoré vplýva oslabujúco a nepomáha situácii, nie je stimulujúcim faktorom ani pre rodičov, ani pre dieťa.
- Použitie diagnostických metód, ktoré nezohľadňujú postihnutie dieťaťa (napríklad pri sluchovom postihnutí s vplyvom na komunikačnú zložku použijeme test verbálny...).

## Doplňujúce informácie

---

### Zoznam použitých metód

#### Špeciálny pedagóg

##### Diagnostické metódy:

- *Edukačnosť – hodnotící profil dítěte s PAS do 7 let (Věra Čadilová, Zuzana Žampachová),*
- *Inventár zručností Oregon project,*
- *Strassmeierova vývinová škála,*
- *vývinový dotazník podľa Allen-Marotz,*
- *Diagnostika dítěte předškolního věku (Jiřina Bednářová, Vlasta Šmardová),*
- *pozorovanie dieťaťa,*
- *rozhovor s rodičmi,*
- *anamnestický dotazník, anamnestický rozhovor.*

##### Intervenčné metódy:

- *Bazálna stimulácia – potrebné absolvovať certifikované kurzy – niekoľko modulov,*



- Aplikovaná behaviorálna analýza – potrebné absolvovať výcvik alebo niekoľko modulových kurzov, workshopy,
- Snoezelen koncept – užitočné absolvovať príslušné kurzy,
- Metóda aktívneho učenia podľa Lilli Nielsen – príručka, literatúra, užitočné absolvovať stáž v zariadeniach, kde intenzívne pracujú s touto metódou (Špecializované centrum poradenstva Levoča, Raná starostlivosť, n. o., Bratislava),
- koncept M. Montessori – potrebné absolvovať kurzy, workshopy, prednášky,
- všeobecné špeciálnopedagogické metódy a postupy.

## Psychológ

### Psychologické dg. testy:

- T-35 Stanford-Binetova inteligenčná škála,
- SON-R,
- Woodcock-Johnson Tests,
- WISC III,
- a ďalšie metódy, ktorými je možné posúdiť úroveň funkčnosti a mieru participácie dieťaťa.

### Terapie:

- terapia hrou a filiálna terapia – nevyhnutné absolvovať výcvik,
- rodinná terapia – nevyhnutné absolvovať výcvik,
- rodinná terapia zameraná na vzťahovú väzbu – nevyhnutné absolvovať výcvik.

### **Zoznam organizácií:**

- špecializované centrá poradenstva a prevencie,
- poskytovatelia služby včasnej intervencie podľa regionálnej dostupnosti,
- Raná starostlivosť, n. o., Bratislava – expertíza v oblasti porúch zraku a porúch zraku u detí s viacnásobným postihnutím.

### **Použité zdroje**

ALLEN, K. E. – MAROTZ, L. R. 2002. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let.* 1. vydanie. Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80-7178-614-4

BAZALOVÁ, B. 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje.* 1. vydanie. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4

BEDNÁŘOVÁ, J. – ŠMARDOVÁ, V. 2011. *Diagnostika dítěte předškolního věku.* Brno: Computer Press, 2011. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0

BETKOVÁ, O. 2012. Poruchy a prejavy správania detí predškolského veku. In *Logos*, č. 3, 2012. Dostupné na internete: <https://www.milost.sk/logos/clanok/prejav-y-a-poruchy-spravania-deti-predskolskeho-veku>

CASE-SMITH J., 2015, *Occupational Therapy for Children and Adolescents.* 7. vydanie.

ČADILOVÁ, V. – ŽAMPACHOVÁ, Z. a kol. 2015. *Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra.* 4. vydanie. Praha: Pasparta, 2015. 46 s. ISBN 978-80-905993-6-9



ELLIOT, J.– PLACE, M. 2002. *Dítě v nesnázích*. 1. vydanie. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-2047-0182-0

FRIEDLOVÁ, K. 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 1. vydanie. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0

KOŽÁROVÁ, J. – PODHÁJECKÁ, M. – PALKOVÁ, V. 2014. Dimenzie problémového správania a jeho prevalencia medzi deťmi v predškolskom veku na Slovensku. In *Študent na ceste k praxi III*, 15. mája 2014. ISBN 978-80-555-1116-0

KOŽÁROVÁ, J. – PODHÁJECKÁ, M. 2014. Možnosti diagnostikovania detí s problémovým správaním v predškolskom veku. In *Študent na ceste k praxi II*, 15. – 16. mája 2014. ISBN 978-80-555-0840-5

MARDIAKOVÁ, Z. 2003. Vzдорovité deti – čo môžeme poradiť rodičom? 2. pokračovanie. In *Informačný bulletin pre pracovníkov poradenských zariadení v rezorte školstva*, 2003, 20/2003, s. 10 – 15.

MICHALOVÁ, Z. 2012. *Predškolák s problémovým správaním*. 1. vydanie. Praha: Portál, 2012. 168 s. ISBN 97-880-2620-182-3

NEWMAN, S. 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. 1. vydanie. Praha: Portál, 2004. 167 s.

NIELSEN, L. 1998. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. 1. vydanie. Praha: ISV nakladatelství, 1998. 119 s. ISBN 80-85866-26-9

POWELL, L. et al. 2006. Prevention and intervention for the challenging behaviors of toddlers and preschoolers. In: *Infants and Young Children*, 19, 25 – 35.

RICHMAN, S. 2008. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vydanie. Praha: Portál, 2008. 122 s. ISBN 978-80-7367-424-3

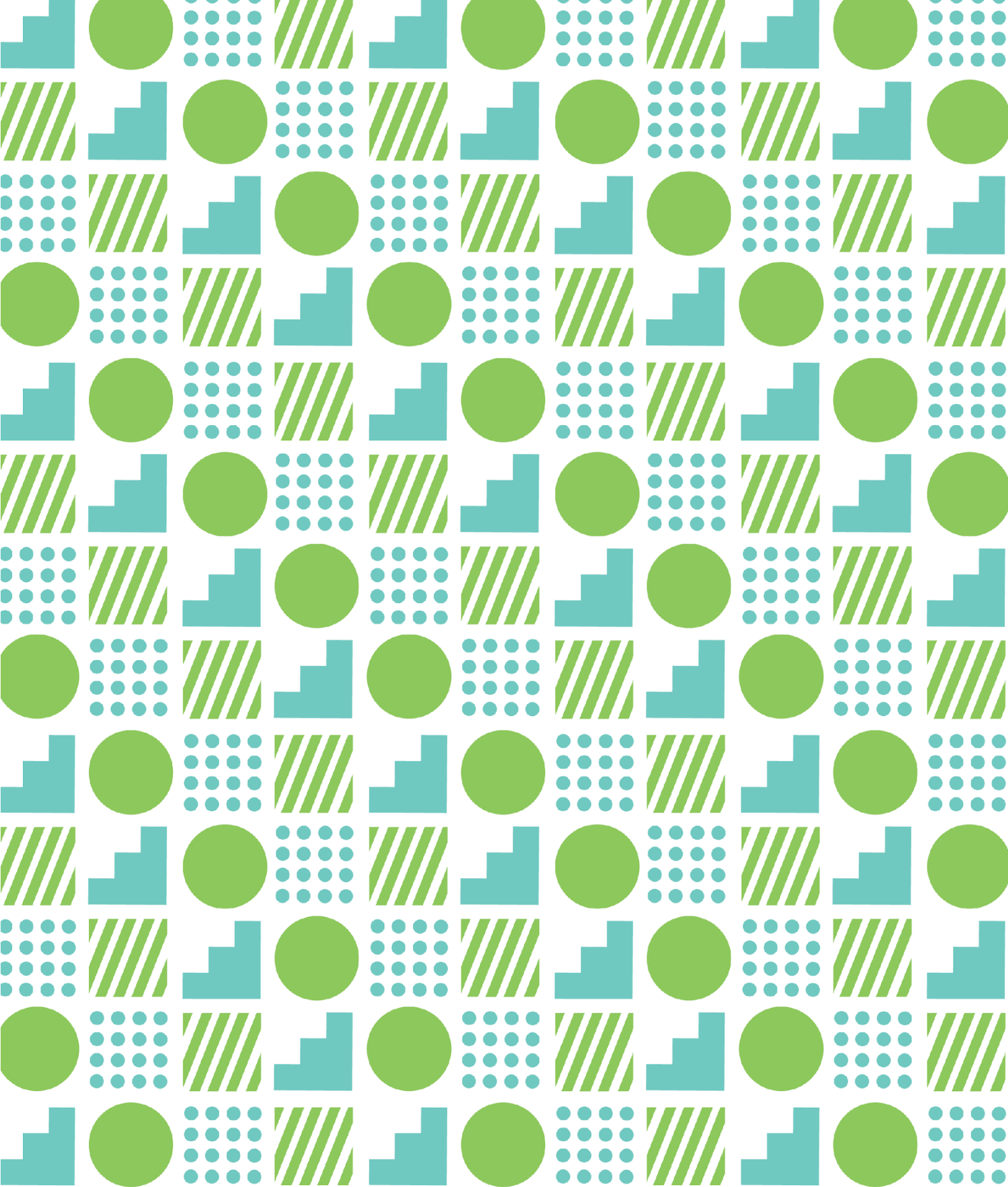
STRASSMEIER, W. 2011. *260 cvičení pro děti raného věku: Soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované*. 3. vydanie. Praha: Portál, 2011. 291 s. ISBN 978-80-7367-880-7

VANČOVÁ, A. 2010. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. 1. vydanie. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzita Komenského, 2010. 172 s. ISBN 978-80-970228-1

VOJTOVÁ, Z. 2003. Vzдорovité deti – čo môžeme poradiť rodičom? 3. pokračovanie – Venujte im pozornosť. In *Informačný bulletin pre pracovníkov poradenských zariadení v rezorte školstva*, 2003, 21/2003, s. 8 – 10.







VÝKUMNÝ ÚSTAV  
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE  
A PATOPSYCHOLÓGIE



**ŠTANDARDY**  
NÁRODNÝ PROJEKT

Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie  
k inklúzii a úspešnosti na trhu práce