

Odborné činnosti poskytované deťom s oneskoreným psychomotorickým vývinom a oslabeným zmyslovým vnímaním v ranom veku

Aorky: Mgr. Barbora Gronská
PaedDr. Elena Luptáková
Mgr. Simona Šimková

Hodnotiteľky: Mgr. Jana Kružliaková
Mgr. Marianna Burianová

Recenzentka: PhDr. Erika Tichá, PhD.

Obsah

I. Odborná činnosť v oblasti raného poradenstva – všeobecná časť.....	4
1. Úvod do problematiky	4
1.1. Rané poradenstvo v oblasti diagnostiky dieťaťa.....	6
1.2. Intervencia orientovaná na dieťa.....	6
1.3. Tranzícia dieťaťa do širšieho sociálneho prostredia – prostredia materskej a neskôr základnej školy.....	7
1.4. Základné materiálo-technické podmienky/prostredie	8
1.5. Obsahové štandardy pre odborné činnosti poskytované deťom v ranom veku.....	8
II. Odborné činnosti poskytované deťom s oneskoreným psychomotorickým vývinom a oslabeným zmyslovým vnímaním v ranom veku.....	9
1. Úvod do problematiky	9
2. Dosah na správanie a učenie dieťaťa v rodine/v predškolskom zariadení	12
3. Diagnostika v rámci raného poradenstva	14
4. Špecifiká tranzície	21
5. Nepriame intervencie	22
6. Priame intervencie	23
6.1. Metódy priamej intervencie	28
7. Príklad z praxe.....	30
8. Literatúra.....	33

Zoznam skratiek

ADD	Attention deficit disorder (prekl. porucha pozornosti)
ADHD	Attention and hyperactivity disorder (prekl. porucha aktivity a pozornosti)
CNS	centrálne nervová sústava
CTP	centrálne tonusová porucha
CŠPP	Centrum špeciálneho pedagogického poradenstva
CVI	centrálne/kortikálne porucha zraku
DMO	Detská mozgová obrna
FRO	fyziatrické a rehabilitačné oddelenie
MDT	multidisciplinárny tím
MKCH 10.	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia
MŠ	materská škola
OŠ	obsahový štandard
OPMV	oneskorený psychomotorický vývin
PAS	poruchy autistického spektra
PMV	psychomotorický vývin
SVI	služba včasnej intervencie
SZP	sociálne znevýhodnené prostredie
ZŠ	základná škola
ZZ	zákonný zástupca

I. Odborná činnosť v oblasti raného poradenstva – všeobecná časť

1. Úvod do problematiky

V posledných desaťročiach bola mnohými autormi preukázaná dôležitosť prvých rokov života človeka z pohľadu jeho celkovej kvality života v rámci životného cyklu. Raný vek hrá kľúčovú úlohu v psychomotorickom, sociálnom a emocionálnom vývine dieťaťa.

„Odborná starostlivosť v ranom veku má potenciál ovplyvniť nielen vývin dieťaťa a jeho zdravotný stav, ale prostredníctvom zníženia záťaže na rodinu dieťaťa zároveň podporiť kapacitu rodín poskytovať starostlivosť svojmu dieťaťu a podporiť dieťa v jeho vývinových potrebách. Je preukázané, že služby poskytované deťom v ranom veku znižujú potrebu zaradenia dieťaťa do prúdu špeciálneho školstva“ (Case-Smith, 2015, s. 636; preklad z angl. jazyka).

Zákon 245/2008 Z. z. (Školský zákon) uvádza v §130 ods.1, že v systéme poradenstva a prevencie sa vykonáva odborná činnosť pre deti od narodenia až po ukončenie prípravy na povolanie. Ďalej v §131 v definovaní jednotlivých podporných úrovni sú v rámci piateho stupňa v ods.6 v písmene g) zahrnuté odborné činnosti vo vzťahu k deťom do piateho roku veku, do čoho spadá raná intervencia.

Výkonové štandardy odborných a odbornovo-metodických činností v systéme poradenstva a prevencie považujú za klienta v ranom poradenstve dieťa vo veku 0 – 7 rokov a jeho rodičov/zákonných zástupcov, ktorí oslovia zariadenie s cieľom poskytovať odbornú starostlivosť. Obsahové štandardy na témy raného poradenstva nadväzujú na výkonové štandardy chápu v tomto kontexte rané poradenstvo ako súbor komplexných odborných činností zameraných na podporu dieťaťa (od narodenia až do 7 rokov) s rizikovým, oneskoreným, so špecifickým vývinom, so zdravotným alebo sociálnym znevýhodnením v oblasti stimulácie jeho vývinu. Odborná starostlivosť v ranom veku je poskytovaná dieťaťu a jeho rodine s cieľom rozvíjať potenciál, vývinové možnosti dieťaťa a minimalizovať negatívne dôsledky jeho oslabení pri začlenení dieťaťa do života v rodine, do vzdelávacieho procesu a do spoločnosti v maximálnej nožnej miere.

Odborná starostlivosť o dieťa raného veku sa vyznačuje viacerými špecifikami. Základným špecifikom je najmä u detí so zdravotným znevýhodnením, ale často aj u detí zo sociálne znevýhodneného prostredia (ďalej SZP) spolupráca a angažovanosť odborníkov z viacerých rezortov (zdravotníctvo, školstvo, rezort práce, sociálnych vecí a rodiny).

Odborná starostlivosť o dieťa s rizikovým vývinom v ranom veku by mala byť nadrezortná a prístup jednotlivých rezortov vzájomne komplementárny. Špecifiká odbornej starostlivosti o dieťa v rámci jednotlivých rezortov by mali byť zrozumiteľné tak pre rodinu dieťaťa, ako aj pre zainteresovaných odborníkov, a nastavené spôsobom, aby sa zabránilo napr. duplikovaniu použitia diagnostických metód pri vyšetrení dieťaťa.

V rezorte zdravotníctva poskytujú starostlivosť deťom v ranom veku odborníci z lekárskech a iných zdravotníckych špecializácií (klinický psychológ, klinický logopéd, liečebný pedagóg, fyzioterapeut). Obvykle je starostlivosť poskytovaná ambulantne a prevažuje klinický a expertný prístup. Klinický prístup je zameraný na identifikáciu deficitu a priamu prácu s dieťaťom v snahe deficit odstrániť. Expertný prístup predstavuje prístup, pri ktorom odborný zamestnanec (zameraný na niektorú z vývinových oblastí) vystupuje v roli experta a poskytuje dieťaťu intervenciu ambulantne, pričom rodič/zákonný zástupca zastáva prevažne rolu pozorovateľa práce experta s jeho dieťaťom.

Klinický expertný prístup má svoje výhody najmä v diagnostickej rovine. Rezort zdravotníctva zastrešuje komplexnú **zdravotnú** diagnostiku dieťaťa s rizikovým vývinom v zmysle stanovenia diagnózy, na základe vnútrorezortnej spolupráce lekárskejších odborníkov, ako aj odborníkov v iných zdravotníckych špecializáciách. Komplexné posúdenie dieťaťa s ohľadom na jeho celkový zdravotný stav je východiskom ďalšej diagnostickej a intervenčnej práce s dieťaťom vo všetkých rezortoch. Je vhodné, ak poradenské zariadenia v prípade potreby poskytujú v rámci diagnostického procesu odborníkom z rezortu zdravotníctva súčinnosť.

V rezorte školstva je v ranom veku poskytovaná odborná starostlivosť deťom a rodinám tímom odborníkov – napr. psychológom, špeciálnym pedagógom, logopédom a fyzioterapeutom. Odborníci v poradenských zariadeniach kooperujú, vytvárajú tzv. MDT odborných zamestnancov „pod jednou strechou“, čo uľahčuje medziodborovú spoluprácu. Ústrednú rolu v prepájaní informácií medzi odborníkmi, rodičmi a ďalšími pedagogickými a odbornými zamestnancami v rezorte školstva, ale aj pri medzirezortnej komunikácii o potrebách dieťaťa, má koordinátor odbornej starostlivosti o klienta.

Cieľom diagnostického procesu pri deťoch raného veku v rezorte školstva je identifikovať silné a slabé stránky dieťaťa vo vzťahu k jeho bariéram/prekážkam v učení a jeho schopnosti participovať na bežnom živote v rodine, širšom sociálnom prostredí a v predškolskom veku v materskej škole. Následne v spolupráci s rodinou dieťaťa nastaviť v poradenských zariadeniach intervenčný proces tak, aby boli u dieťaťa podporované tie zručnosti, ktoré potrebuje na aktívnu účasť na bežnom živote doma a v predškolskom zariadení. Inými slovami, cieľom diagnostického a intervenčného procesu je identifikovať a cielene rozvíjať také zručnosti dieťaťa, vďaka ktorým bude aktívne participovať na veku primeraných činnostiach a ktoré mu umožnia prechod z domáceho prostredia do prostredia materskej a neskôr základnej školy v rámci možností stanovenej diagnózy.

V rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny je deťom so zdravotným znevýhodnením a ich rodinám poskytovaná podpora prostredníctvom služby včasnej intervencie.

Tá je podľa § 33 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách určená rodinám so zdravotne znevýhodnenými deťmi alebo deťmi s rizikovým vývinom v ranom veku (0 – 7 rokov).

V rámci služby včasnej intervencie je poskytované a vykonáva sa:

1. špecializované sociálne poradenstvo,
2. sociálna rehabilitácia,
3. stimulácia komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím,
4. preventívna aktivita,
5. komunitná rehabilitácia.

Službu včasnej intervencie (ďalej SVI) poskytujú spravidla psychológovia, špeciálni pedagógovia, logopédi, fyzioterapeuti a z dôvodu zameranosti na rodinu a komunitu aj sociálni pracovníci.

Výhodou služby včasnej intervencie je práca s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením a jeho rodinou v jeho prirodzenom prostredí. Vývin dieťaťa je stimulovaný v bežných denných aktivitách dieťaťa a jeho rodiny, predovšetkým je podporovaná funkčnosť dieťaťa vo vzťahu k jeho schopnosti v čo najväčšej miere participovať na bežnom živote rodiny a neskôr aj živote v materskej škole.

Je vhodné, aby odborní zamestnanci poradenských zariadení pri poskytovaní ranej starostlivosti deťom so zdravotným znevýhodnením, ktorých rodiny sú poberateľmi služby včasnej intervencie, spolupracovali s poradcami včasnej intervencie. Poskytovaná starostlivosť sa v rámci týchto rezortov neduplikuje, ale práve naopak, nevyhnutne dopĺňa. Spolupráca odborníkov poradenských zariadení a SVI pri poskytovaní raného poradenstva deťom so zdravotným znevýhodnením sa javí efektívna

najmä v oblasti diagnostiky, intervenčného procesu a tranzície dieťaťa do širšieho sociálneho prostredia – prostredia materskej a neskôr základnej školy.

1.1. Rané poradenstvo v oblasti diagnostiky dieťaťa

Poradenské zariadenie používa štandardizované diagnostické metódy na zisťovanie silných a slabých stránok dieťaťa s rizikovým vývinom. Ak si to charakter problémov dieťaťa vyžaduje, zisťuje aj úroveň bežného výkonu dieťaťa v jeho prirodzených aktivitách, s cieľom identifikovať možné prekážky a zároveň pomocné faktory v učení dieťaťa tak na strane dieťaťa, ako aj na strane prostredia, ktoré mu bráni alebo ho, naopak, môžu podporiť v jeho všeobecnom rozvoji. Legislatívne dáva podporu tomuto prístupu § 2 vyhlášky č. 24/2022 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie, ktorý v ods. 9 uvádza: „Odborná činnosť sa vykonáva ambulantnou formou alebo terénnou formou. Odborná činnosť sa vykonáva terénnou formou najmä v rodine, škole alebo v školskom zariadení. Odborná činnosť v špecializovanom centre poradenstva a prevencie sa môže vykonávať aj formou pobytu v špecializovanom centre poradenstva a prevencie, ktorý trvá najviac päť pracovných dní; ak je na to závažný dôvod, najviac desať pracovných dní.“

Diagnostika silných a slabých stránok dieťaťa prebieha v poradenskom zariadení prevažne ambulantne. V prípade, že je potrebné diagnostikovať funkčnosť dieťaťa v bežnom prostredí, môže byť štandardná vývinová diagnostika silných a slabých stránok dieťaťa doplnená o autentickú diagnostiku, pri ktorej sa odborní zamestnanci poradenského zariadenia neriadia vopred určenými diagnostickými kritériami, ktoré porovnávajú výkony jednotlivca s populačnou normou, ale sledujú prejavy a fungovanie dieťaťa v situáciách súvisiacich s bežným životom – sebaobsluha, sociálne kontakty, hra, komunikácia a pod. (Vančová, 2010).

Autentická diagnostika predstavuje *„systematický zber informácií o prirodzene sa vyskytujúcom správaní malých detí a ich rodín. Informácie sú zbierané na základe priameho pozorovania, rozhovoru s rodičmi, hodnotiacich škál a pozorovania pri voľnej alebo facilitovanej hre dieťaťa“* (Neisworth, Bagnato v Zollitsch, Dean, 2010, s. 1, preklad z angl. jazyka.).

Vstupovanie do prirodzeného prostredia dieťaťa vyžaduje vysokú mieru spolupráce poradenského zariadenia s rodinou a môže byť veľmi náročným procesom pre všetkých zúčastnených. Ak je rodina poberateľom SVI, ktorá prebieha v prirodzenom prostredí rodiny, ponúka sa možnosť využiť túto príležitosť na návštevu prirodzeného prostredia dieťaťa (domácnosť, materská škola a pod.) spoločne s poradcami SVI.

1.2. Intervencia orientovaná na dieťa

Na základe komplexnej diagnostiky odborní zamestnanci poradenského zariadenia navrhnu intervenčné postupy orientované na podporu oslabených oblastí vývinu dieťaťa tak, aby bola maximalizáciou vývinového potenciálu dieťaťa dosiahnutá čo najväčšia miera jeho funkčnosti a schopnosti participovať na bežných aktivitách v rámci jeho sociálneho prostredia.

Nastavené intervenčné postupy by mali zohľadňovať:

1. motiváciu dieťaťa (dieťa je najviac aktívne v situáciách, ktoré sú preň vysoko motivačné, a teda intervenčné ciele by mali stavať na motivácii dieťaťa),
2. zníženú schopnosť dieťaťa raného veku prenášať zručnosti naučené v jednom prostredí do iného prostredia (konkrétne stanovených cieľov – ak dieťa potrebuje zlepšiť jedenie lyžicou, je vhodné učiť ho jesť lyžicou),
3. zmysluplnosť pre dieťa a jeho fungovanie v rámci rodiny (rodina identifikuje potreby dieťaťa

vo vzťahu k ich bežnému fungovaniu – napr. odučenie od plienok, zlepšenie samostatného jedenia a pod.),

4. podporu zručností aj možností, ako dosiahnuť potrebnú funkčnosť aj napriek ich dočasnému alebo trvalému oslabeniu (využívanie kompenzačných pomôcok).

Odporúča sa, aby poradenské zariadenie spolupracovalo s rodičom/so ZZ dieťaťa na stanovení cieľov intervenčného procesu. V prípade, že je rodina poberateľom SVI a prejaví záujem, je vhodné, aby odborní zamestnanci MDT poradenského zariadenia zapájali v rámci nastavenia intervenčných postupov pre dieťa a rodinu aj poradcov SVI.

Rodičia sú hlavnými realizátormi programu raného poradenstva, pretože rodič s dieťaťom trávi 24 hodín denne, preto musí byť čo najviac zaučený do jeho realizácie v domácom prostredí, ale zároveň i v jeho prispôsobovaní individuálnym potrebám rodiny.

1.3. Tranzícia dieťaťa do širšieho sociálneho prostredia – prostredia materskej a neskôr základnej školy

Poradenské zariadenie formálne zastrešuje nástup dieťaťa s rizikovým vývinom alebo so zdravotným znevýhodnením do materskej a základnej školy (orientácia prioritne na dieťa a poskytnutie informácií o možnostiach vzdelávania):

- vypracúva odborné závery s informáciami o zdravotnom znevýhodnení získanými z rezortu zdravotníctva, ako aj o silných a slabých stránkach dieťaťa, jeho prekážkach a pomocných faktoroch v učení, ktoré pozná vďaka diagnostickej a intervenčnej práci s dieťaťom, úzkej spolupráci s rodinou dieťaťa, prípadne rodinou a SVI,
- konzultuje tieto závery v MŠ/ZŠ,
- poskytuje podporu materskej a základnej škole vo vypracovaní individuálnych vzdelávacích plánov pre dieťa tak, aby zohľadňovali intervenčné ciele stanovené v spolupráci s rodinou dieťaťa,
- poskytuje podporu MŠ/ZŠ pri budovaní zručností dieťaťa v prostredí MŠ s cieľom aktívneho zapojenia dieťaťa do aktivít v rámci MŠ/ZŠ,
- podporuje/facilituje komunikáciu medzi rodinou, materskou/základnou školou, prípadne rodinou, SVI a MŠ/ZŠ,
- zabezpečuje prenos dôležitých informácií o potrebách dieťaťa a rodiny do MŠ/ZŠ.

V období bezprostredne pred a po prechode do novej školy by malo byť cielené konanie multidisciplinárneho tímu zamerané na podporu dieťaťa/žiaka, rodiny a cieľovej školy vo vzťahu na prípravu a následnú adaptáciu.

Odborná starostlivosť raného poradenstva v rezorte školstva ďalej zahŕňa tieto odborné činnosti:

Depistáž: Vyhľadávanie detí so zdravotným znevýhodnením (s vývinovým rizikom v dôsledku zdravotného a/alebo sociálneho znevýhodnenia, s oneskoreným/narušeným vývinom) v rámci spolupráce s lekármi (pediatrami, odbornými lekármi, rehabilitačnými lekármi), s materskými školami.

Prevencia: Predchádzanie, zmierňovanie vzniku možných negatívnych dôsledkov zdravotného/sociálneho znevýhodnenia na život dieťaťa.

Poradenstvo pre rodičov/zákonných zástupcov (psychologické, špeciálno-pedagogické, logopedické a iné) je zamerané na:

- poskytovanie informácií rodičom/ZZ o zdravotnom znevýhodnení dieťaťa, o možných dôsledkoch zdravotného znevýhodnenia na vývin dieťaťa, o špeciálnych potrebách dieťaťa, o možnostiach stimulácie vývinu dieťaťa v ranom veku, o kompenzačných pomôckach a kompenzačných stratégiách, možnostiach výchovy a vzdelávania dieťaťa.
- podporu zručností rodiča/ZZ pri podpore vývinu dieťaťa tak, aby bol rodič/ZZ kompetentný, schopný stimulovať vývin senzorických, motorických, sociálnych, komunikačných, kognitívnych a adaptívnych schopností dieťaťa v každodennom živote v rodinnom prostredí dieťaťa.

Odborní zamestnanci poradenského zariadenia poskytujú poradenstvo aj pedagogickým a odborným zamestnancom predškolského zariadenia, ktoré dieťa v ranom veku navštevuje. Poskytujú aj metodickú a odbornú pomoc pri zaškolení dieťaťa, inkluzívnom vzdelávaní dieťaťa so špeciálnymi potrebami do MŠ/ZŠ, ako aj zapožičiavanie hračiek, pomôcok a odbornej literatúry.

Osvetová činnosť a publikačná činnosť zahŕňajú organizáciu prednášok a seminárov nielen pre rodičov/ZZ, ale aj učiteľov v MŠ/ZŠ, pedagogických asistentov, lekárov a iných zainteresovaných odborníkov. Ako efektívny spôsob prezentácie obsahu prednášaného materiálu sa ukazuje používanie krátkych videonahrávok z činnosti s dieťaťom v domácom prostredí alebo poradenskom zariadení. Osvetová činnosť zahŕňa aj výrobu metodických materiálov, letákov, brožúr, kníh, pracovných listov, výrobu a adaptáciu pomôcok a hračiek pre potreby dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.

Metodická činnosť je zameraná na metodické usmerňovanie **pedagógov a pedagogických asistentov v zariadeniach**, ktoré dieťa navštevuje.

1.4. Základné materiálo-technické podmienky/prostredie

Rané poradenstvo môže byť poskytované v domácom prostredí dieťaťa alebo v poradenskom zariadení. Ak je rané poradenstvo poskytované v prostredí poradenského zariadenia, medzi základné materiálo-technické podmienky patria:

- miestnosť s kobercom,
- police na hračky a podnetový materiál,
- nízky stôl a stoličky na prácu za stolčekom,
- miesto na sedenie pre rodičov na hru s dieťaťom,
- miesto na položenie malého dieťaťa,
- miesto na prebalenie, nakŕmenie a hygienu malého dieťaťa,
- hračky pre raný vek dieťaťa,
- pomôcky na stimuláciu dieťaťa v ranom veku (vibračné, zvukové, hmatové, zrakové a iné),
- štandardom by mala byť aj bezbariérovosť kvôli kočíkom.

Ak je v rámci raného poradenstva potrebná návšteva prirodzeného prostredia dieťaťa, je vhodné, ak poradenské zariadenie disponuje osobným motorovým vozidlom na jednoduchší presun.

1.5. Obsahové štandardy pre odborné činnosti poskytované deťom v ranom veku

Odborná činnosť pre deti v ranom veku bola spracovaná zvlášť pre odborné intervencie poskytované deťom s oneskoreným psychomotorickým a oslabeným zmyslovým vývinom v II. časti tohto dokumentu – **Odborné činnosti poskytované deťom s oneskoreným psychomotorickým a zmyslovým vývinom v ranom veku.**

Obsahové štandardy pre ďalšie oblasti poskytovania ranej starostlivosti deťom so zdravotným znevýhodnením sú uvedené v jednotlivých obsahových štandardoch v kapitole 5.2. Rané poradenstvo.

Táto činnosť je vymedzená v obsahových štandardoch zameraných na odbornú starostlivosť poskytovanú deťom/žiakom:

- s pervazívnymi vývinovými poruchami,
- so sluchovým postihnutím,
- so zrakovým postihnutím,
- s telesným postihnutím,
- s mentálnym postihnutím,
- s viacnásobným postihnutím,
- s narušenou komunikačnou schopnosťou.

II. Odborné činnosti poskytované deťom s oneskoreným psychomotorickým vývinom a oslabeným zmyslovým vnímaním v ranom veku

1. Úvod do problematiky

Vývin dieťaťa v ranom veku je jedinečným neopakovateľným procesom, v ktorom príroda rozohráva hru medzi faktormi na strane dieťaťa a faktormi na strane prostredia. Na otázku „vrodené vs. získané“ hľadá veda odpoveď už mnoho rokov. Čím hlbšie sme schopní preniknúť do podstaty tejto dilemy, napr. aj rýchlym vývojom poznatkov v oblasti medicíny, psychológie a iných vedných odborov, tým viac je zrejmé, že odpoveď bude omnoho komplexnejšia, než sme čakali. Avšak či už príčina ťažkostí dieťaťa súvisí s jeho genetickou výbavou, alebo s nepriaznivým vplyvom prostredia, v ktorom vyrastá, jednoznačným ostáva, že vývin dieťaťa vie výrazne pozitívne ovplyvniť poskytnutie včasnej odbornej intervencie – intervencie poskytnutej v prvých mesiacoch a rokoch po narodení dieťaťa.

Oneskorený psychomotorický vývin dieťaťa znamená oneskorené dosahovanie vývinových míľnikov v jednej alebo vo viacerých oblastiach vývinu. V ranom veku dieťaťa je najčastejšie sledované dosahovanie vývinových míľnikov v oblasti hrubej motoriky, jemnomotorickej manipulácie, vývinu reči a porozumenia reči, kognitívneho vývinu, emocionálneho a sociálneho vývinu dieťaťa. Zároveň sa pozornosť rodičov a odborníkov sústreďuje na správanie dieťaťa vo vzťahu k očakávaniam zo strany prostredia, v ktorom dieťa vyrastá – adaptívne správanie, akým sú napr. schopnosť sebaobsluhy, osvojenie hygienických návykov, ale aj to, akým spôsobom sa dieťa pohybuje, komunikuje a pod. Vývin sa môže oneskorovať v jednej alebo vo viacerých oblastiach. Ak sa oneskoruje vo viac než jednej z vyššie uvedených vývinových oblastí, hovoríme o **globálnom zaostávaní vývinu**.

Dôvody oneskorenia vývinu môžu byť rôzne – od genetických porúch cez vplyvy pôsobiace počas vnútromaternicového vývinu dieťaťa, pôrodné alebo včasné popôrodné komplikácie až po málo podnetné rodinné prostredie. Do úvahy pripadajú aj negatívne socio-emocionálne faktory na strane rodinného prostredia, ktoré majú vplyv na kvalitu prvých skúseností dieťaťa so vzťahovou väzbou –

vzťahové správanie spätne ovplyvňuje schopnosť dieťaťa učiť sa a napredovať vo vývine.

Oneskorený psychomotorický vývin (ďalej PMV) nie je diagnostickou kategóriou v pravom zmysle slova. PMV je dynamický proces, o čom svedčia aj závery nedávnej štúdie, v ktorej boli dlhodobo sledovaní extrémne predčasne narodení novorodenci. Zo skupiny dvojročných detí – extrémne predčasne narodených novorodencov diagnostikovaných ako deti s hlbokou neurovývinovou poruchou (profound neurodevelopmental impairment) až jedna tretina detí nevykazovala vo veku 10 rokov žiadne známky neurovývinovej poruchy a z detí s miernou až ťažkou neurovývinovou poruchou až dve tretiny detí nevykazovali vo veku 10 rokov žiadne známky neurovývinovej poruchy.

Do poradenského zariadenia prichádzajú deti z ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast, ktorý vykonal pediatrický skríning. Závermi skríningu sú tieto vyhodnotenia: potencionálne riziko, norma alebo identifikované riziko (kategórie R., Z., F. v rámci MKCH 10).

Oneskorevanie PMV môže byť teda dočasné – krátkodobé, pričom vývin sa môže v priebehu času pôsobením zrenia CNS či zmenou faktorov prostredia upraviť, alebo môže byť prvým znakom vážnejšej poruchy vývinu, ktorá sa v priebehu času vyprofiluje do niektorej z diagnóz z okruhu neurovývinových porúch a termín oneskorený PMV nahradí. Ak ide o globálne zaostávanie vo vývine, následnou neurovývinovou poruchou bude s veľkou pravdepodobnosťou mentálne postihnutie alebo mentálne postihnutie v kombinácii s iným typom postihnutia – hovoríme o viacnásobnom postihnutí (viac v štandarde - Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s viacnásobným postihnutím).

Pri uvažovaní o neurovývinových poruchách sa užitočným javí pohľad Voigta (2010 – 2011), podľa ktorého je spoločnou etiológiou neurovývinových porúch obvykle difúzne oslabenie CNS (v minulosti sa označovalo za ľahkú mozgovú dysfunkciu). Difúzne (nie fokálne) oslabenie CNS vytvára špecifický vývinový profil, pri ktorom je u dieťaťa s neurovývinovou diagnózou obvykle vývin oneskorený vo viac než jednej vývinovej oblasti. Typickým obrazom je výraznejšie zaostávanie v jednej vývinovej oblasti a miernejšie zaostávanie v ďalších oblastiach vývinu.

Voigt ďalej uvádza, že deti, ktoré zaostávajú primárne v oblasti motoriky, majú veľmi často kognitívne deficity v zmysle ľahších porúch učenia alebo správania; deti, ktoré primárne zaostávajú v kognitívnej oblasti, majú obvykle deficity v zmysle ľahšieho oslabenia v motorickej oblasti alebo behaviorálnej oblasti vývinu a deti s oslabeniami primárne v oblasti sociálnych zručností majú často problémy aj v oblasti motorickej a kognitívnej. Pre odborníkov poskytujúcich starostlivosť dieťaťu v ranom veku je teda dôležité mať na pamäti, že aj dieťa s oneskoreným PMV – teda ešte pred stanovením diagnózy z okruhu neurovývinových porúch – obvykle už v ranom veku môže vykazovať oslabenia vo viac než jednej vývinovej oblasti.

Poprední vývinoví pediatri Capute a Accardo (Accardo, 2008) zaviedli z dôvodu lepšieho uchopenia problematiky neurovývinovej poruchy do zahraničnej odbornej literatúry veľmi obohacujúci koncept, ktorý umožňuje neurovývinové poruchy charakterizovať v ich komplexnosti cez model spektra a kontinua, pričom spektrum predstavuje závažnosť poruchy (od ľahkej na jednom konci spektra a hlbokkej na opačnom konci) a kontinuum predstavuje vzájomné presahovanie – prekrývanie sa jednotlivých vývinových oblastí (motorickej, kognitívnej a behaviorálnej).

Pre prax poradenského zariadenia z vyššie uvedených konceptov vyplýva potreba cieľiť intervencie orientované na dieťa s oneskoreným PMV nielen na budovanie zručností v dominantne oslabenej vývinovej oblasti, ale aj na tie oblasti vývinu, ktorých oslabenie môže prispievať k zníženej schopnosti dieťaťa fungovať a participovať na bežných veku primeraných aktivitách. Komplexná vývinová diagnostika naprieč všetkými vývinovými oblasťami je v ranom veku kľúčovým predpokladom na nastavenie efektívnych intervenčných postupov.

Príkladom je dieťa s oslabením v reči v predškolskom veku. Dominantne je oslabená schopnosť vyjadriť svoje potreby, no podrobnou diagnostikou silných a slabých stránok dieťaťa identifikujeme problém aj v oblasti správania – temperamentová výbava dieťaťa ho vedie k prudkým agresívnym reakciám v prípade neschopnosti verbálne sa vyjadriť – a v oblasti motoriky – oslabená motorická koordinácia sa prejavuje pri grafomotorike a jemnomotorickej manipulácii a obliekaní/vyzliekaní, pri ktorých nestíha za rovesníkmi. Ak by sme v rámci intervenčného procesu pracovali len na zlepšení schopnosti vyjadrovania (expresii) a oslabenie v motorickej oblasti a v oblasti správania nechali nepovšimnuté, je veľmi pravdepodobné, že dieťa nebude schopné funkčne participovať na veku primeraných aktivitách (kvalitne fungovať v materskej škole), problémové správanie sa bude u neho upevňovať a z dôvodu oslabenia v oblasti motorickej koordinácie bude zlyhávať aj v aktivitách vyžadujúcich jemnomotorickú manipuláciu. Vďaka tomu, že je intelektovo v norme (silná stránka), dokáže svoj výkon veľmi ľahko porovnať s rovesníkmi, bude sa snažiť vyhnúť neúspechu a bude sa snažiť vyhýbať takému typu aktivít, v ktorých zlyháva, čím sa u neho bude oslabenie v jemnej motorike prehľbovať. Ak do intervenčného procesu nebude zakomponovaná aj oblasť správania a motoriky, s veľkou pravdepodobnosťou dieťa v školskom veku získa diagnózu dysgrafia a z dôvodu problémového správania bude mať rodina dieťaťa ťažkosti umiestniť ho do bežnej základnej školy.

Ďalej je pri práci s deťmi s oneskoreným PMV dôležité mať na pamäti, že nie každé vývinové zaostávanie dosiahne úroveň postihnutia (mentálneho, motorického, zmyslového, poruchy reči, poruchy autistického spektra a pod.). Ak v rámci sledovania vývinu odborný zamestnanec postrehne oneskorenie v jednej alebo viacerých vývinových oblastiach, je vždy dôležité rátať s možnosťou pozvoľného prechodu zaostávania vo vývine do niektorej z komplexných neurovývinových porúch a v rámci multidisciplinárnej a medzirezortnej spolupráce vykonávať kroky k stanoveniu správnej diagnózy. Zároveň aj dieťa, ktorého symptomatika na spektre závažnosti nedosiahne takú hĺbku, aby bolo diagnostikované niektorou z neurovývinových diagnóz, môže mať v oblasti bežného fungovania ťažkosti, ktoré ho budú znevýhodňovať oproti jeho rovesníkom. Neskorá diagnostika takýchto detí, resp. neskoré stanovenie ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb a následné neskoré poskytnutie odbornej starostlivosti môže negatívne a nezvratne ovplyvniť ďalší vývin dieťaťa.

Príkladom je dieťa s oslabením v oblasti motoriky. Od narodenia mierne zaostáva v motorickom vývine, oneskorene dosahuje všetky motorické míľniky, častejšie padá. Jeho rodičia reagujú na jeho pády úzkostnejšie a snažia sa mu zabrániť dostať sa do situácií, v ktorých by mohlo dôjsť k úrazu. Z daného dôvodu nenavštevujú detské ihriská tak často ako iní rodičia, čím neposkytujú dieťaťu dostatok príležitostí na podporu jeho motorického vývinu. Vrodenou zníženou obratnosťou a nedostatkom príležitostí vytvorených na strane prostredia sa u dieťaťa môže vybudovať averzia voči pohybovým aktivitám, ktorá podporí celkovo zníženú motorickú obratnosť a bude viesť k sekundárnym ťažkostiam vo vývine dieťaťa. Naopak, správnu stimuláciu vývinu vrátane dostatku príležitostí (povzbudením a podporou rodičov) môže dôjsť k prevencii vzniku vývinových porúch v neskoršom veku.

Samostatnú kategóriu klientov s vývinovým oneskorením v ranom veku tvoria **deti so zmyslovým oslabením**. Ak hovoríme o zmyslovom vnímaní, máme na mysli zmysly, ktorými sú zrak, sluch, čuch, chuť, hmat, v poslednom čase hovoríme v zmysle konceptu senzorickej integrácie aj o vestibulárnom systéme, zodpovedajúcom za rovnováhu a propriocepciu, ktorou vnímame polohu tela z receptorov vo svaloch, v šľachách a kĺboch. Oslabenie môže byť na úrovni zmyslového orgánu (napr. oko, ucho) alebo na úrovni spracovania zmyslových podnetov centrálnou nervovou sústavou – senzoričná integrácia.

Na úrovni orgánového oslabenia vystupujú do popredia deti s oslabením v oblasti zraku a sluchu. Oslabenie oka alebo ucha v schopnosti prijímať zrkové a sluchové podnety vytvára pre dieťa celkovo inú životnú skúsenosť a v prípade nedostatočného včasného odhalenia tvorí zásadnú bariéru v učení medzi dieťaťom a prostredím, a to aj napriek podnetnosti prostredia, v ktorom dieťa vyrastá,

a príležitosti, ktoré dieťaťu prostredie ponúka. Nezachytený problém so zrakom alebo sluchom tak môže dieťa limitovať v dosahovaní vývinových mílnikov aj v ďalších oblastiach vývinu a byť podkladom pre oneskorený PMV v ďalších vývinových oblastiach.

Oslabenie v oblasti sluchu má enormný vplyv najmä na vývin reči a schopnosti dieťaťa učiť sa. Pri neskorom odhalení sa oslabenie sluchu odrazí v kognitívnej, emocionálnej aj sociálnej oblasti vývinu dieťaťa.

Vzhľadom na to, že zrak ako jediný zo zmyslov pomáha človeku vnímať všetky informácie poskytované prostredím holisticky, celostne a umožňuje syntézu všetkých informácií, môže mať jeho oslabenie vplyv nielen na kognitívnu, emocionálnu a sociálnu oblasť vývinu, ale veľmi často ovplyvňuje aj motorickú oblasť vývinu dieťaťa (motorické plánovanie prebieha aj v nadväznosti na informácie o polohe tela vo vzťahu k priestoru poskytované zrakom).

Vďaka pokrokom na poli medicíny je možné veľkú časť porúch zraku alebo sluchu pri skorom odhalení korigovať medicínsky (medikamentózne, chirurgicky). Kľúčom k náprave je preto skorá diagnostika zmyslového oslabenia.

Na úrovni spracovania zmyslových podnetov však ostáva veľká skupina oslabení, pre ktoré medicína nemá odpoveď. V rámci nich tvoria širokú skupinu opäť najmä poruchy zraku, ktorých podkladom je porucha spracovania zrakových podnetov na úrovni CNS (centrálne/kortikálne poruchy zraku – CVI). Centrálna/kortikálna porucha zraku je častou komorbiditou napr. pri diagnóze detskej mozgovej obrny – DMO. Pre edukačný proces dieťaťa s DMO vytvára vážne ťažkosti nad rámec samotného motorického oslabenia, pričom na limitovanie z nej vyplývajúcich dôsledkov je dôležitá stimulácia od útleho veku. Komorbiditou ďalších neurovývinových porúch v ranom veku (najčastejšie PAS, ADHD, vývinovej koordinačnej poruchy) je často prítomnosť poruchy senzorickej integrácie. Odlišnosti v spracovaní zmyslových podnetov majú veľký vplyv na správanie a prežívanie dieťaťa a vyžadujú skorú cieleňú intervenciu.

Včasná diagnostika oneskorenia PMV zo strany odborných zamestnancov môže rodičovi dieťaťa s oneskoreným PMV pomôcť pochopiť jeho špeciálne potreby a tak v mnohých prípadoch predísť závažnejším ťažkostiam dieťaťa, ktoré by bránili jeho začleneniu do spoločnosti.

Pri včasnej podpore rodiča odborníkmi môže rodič kompetentne už od útleho veku rozvíjať potenciál svojho dieťaťa, no pritom neprestať byť rodičom. Je nadmieru dôležité práve pri práci s rodičmi detí raného veku používať také metódy práce s rodinou a dieťaťom, ktoré umožnia rodičovi vhodne pripraviť jeho dieťa na prechod z prostredia rodiny do širšieho sociálneho prostredia, no zároveň podporia rodiča v jeho rodičovskej role. Inými slovami, zabránia premene rodiča na terapeuta svojho dieťaťa. Materská škola ako prvé širšie sociálne prostredie dieťaťa má za úlohu (s podporou odborných zamestnancov) umožniť dieťaťu s oneskoreným PMV ďalej sa rozvíjať vo všetkých vývinových oblastiach prostredníctvom zapojenia dieťaťa do veku primeraných aktivít. Dostatok príležitostí na rozvoj v rámci rodiny a neskôr v materskej škole umožní dieťaťu nájsť si svoje miesto v spoločnosti bez ohľadu na to, či oneskorený PMV odznie alebo bude dlhodobo pretrvávajúť v zmysle získanej diagnózy z okruhu neurovývinových porúch alebo poruchy zmyslového vývinu.

2. Dosah na správanie a učenie dieťaťa v rodine/v predškolskom zariadení

V prvom roku života dieťaťa sú jeho rodina a užšie sociálne okolie orientované prevažne na sledovanie dosahovania motorických mílnikov. Ku koncu prvého roka života si rodič začína obvykle všimnúť ďalšie oblasti vývinu svojho dieťaťa – sleduje, kedy sa u dieťaťa objavia prvé gestá a prvé slovo

na vyjadrenie svojich potrieb. Obvykle zároveň citlivo vníma temperamentovú výbavu dieťaťa a to, aký je jeho cyklus spánku a bdenia, ktoré vplyvajú na kvalitu života celej rodiny. Pri nedosahovaní motorických a sociálnych míľnikov v oblasti vývinu a míľnikov v ďalších oblastiach adaptívneho správania sa obvykle obracia s otázkami na všeobecného lekára pre deti a dorast, ktorý sa ich sledovaniu venuje v rámci pravidelných prehliadok dieťaťa použitím pediatrického skríningu. Ak detský lekár, či už výsledkom skríningu, alebo v dôsledku informácií od rodiča, zaznamená zaostávanie vo vývine dieťaťa v niektorej z vývinových oblastí, požiada o vyšetrenie pediatrických špecialistov – najčastejšie detského neurológa, ktorý následne sleduje vývin dieťaťa v čase a v prípade potreby žiada o ďalšie vyšetrenia vrátane vyšetrení v poradenských zariadeniach, u iných zdravotníckych pracovníkov v rezorte zdravotníctva (o. i. sú to obvykle klinický logopéd, klinický psychológ). V kompetencii pediatra je aj nasmerovanie rodičov dieťaťa so zdravotným znevýhodnením k službe včasnej intervencie (sociálna služba pre rodiny detí so zdravotným znevýhodnením alebo s rizikom vzniku zdravotného znevýhodnenia, ukotvená v zákone o sociálnych službách), pokiaľ je v regióne dostupná. Pri deťoch s OPMV je spolupráca medzi službou včasnej intervencie a poradenským zariadením obzvlášť prínosná a je vhodné, ak odborní zamestnanci v prípade, že majú službu v regióne dostupnú, podporia členov rodiny v záujme o túto službu a uistia ich o tom, že starostlivosť poradenského zariadenia a služby včasnej intervencie sú vzájomne komplementárne.

Čím je prítomná závažnejšia miera oneskorovania vo vývine, tým je väčší predpoklad, že bude včas zaznamenaná rodičom alebo odborníkmi z rezortu zdravotníctva. Dieťa bude vnímané ako rizikové z hľadiska vývinu a bude mu poskytnutá skorá odborná starostlivosť – včasná intervencia.

Ak je však oneskorovanie vo vývine skôr mierne, je väčší predpoklad, že ostane aj napriek sledovaniu odborníkov nepovšimnuté až do vyššieho veku dieťaťa a bude zaznamenané až v predškolskom veku – napr. až po nástupe dieťaťa do materskej školy pedagógmi predškolského zariadenia.

Kým deti so závažnejším zaostávaním vo vývine obvykle nie sú v treťom roku zaradené do bežnej materskej školy, deti s ľahkým zaostávaním vo vývine nastupujú do bežnej materskej školy štandardne v rovnakom čase ako ich zdraví rovesníci. Obvykle sa u nich prejavujú ťažkosti s adaptáciou už čoskoro po nástupe, v čase adaptácie na predškolské prostredie.

Case-Smith a O'Brien v publikácii *Occupational Therapy* (2015) spomínajú, že pedagóg materskej školy môže u dieťaťa so zaostávaním vo vývine sledovať ťažkosti so samostatnosťou v rámci denných rutín (obliekanie, vyzliekanie, jedenie, hygiena a pod.). S ohľadom na to, v ktorej vývinovej oblasti dieťa zaostáva, sa môže dieťa s oneskoreným PMV od ostatných detí líšiť aj v spôsobe hry, komunikačnej schopnosti a ďalších oblastiach fungovania v rámci rovesníckych vzťahov.

Naša prax potvrdzuje, že deti so zaostávaním v motorickej oblasti môžu mať ťažkosti s manipuláciou s predmetmi, s motorickou koordináciou, môžu uprednostňovať hru v sede pred pohybovými aktivitami, vo vykonávaní jednotlivých úkonov môžu byť pomalšie než ostatné deti, môžu byť náchylnejšie na úrazy a pády. Obvykle majú chuť nadväzovať rovesnícke vzťahy, v dôsledku limitov v motorickej oblasti však najmä v pohybových hrách nestíhajú za rovesníkmi a snažia sa im napr. aj z dôvodu nedostatočného pocitu úspešnosti vyhýbať. Môžu mať ťažkosti v sebaobslužbe, dosahovaní míľnikov adaptívneho správania ako samostatné jedenie, obliekanie, viazanie šnúrok a pod. V dôsledku oslabenia oromotoriky môžu mať dlhšie než ostatné deti problém v artikulačnej oblasti.

Deti so zaostávaním primárne v kognitívnej oblasti môžu mať taktiež ťažkosti so samostatnosťou, avšak najmä v dôsledku problémov s plánovaním aktivít a so sebareguláciou správania. Môžu sa u nich prejavovať ťažkosti s udrzaním pozornosti v priebehu dlhšie trvajúcej aktivity či so sledovaním komplexnejších inštrukcií pedagóga. Obvykle sa vyjadrujú jednoduchšie, v krátkych vetách a ich hrový scenár je chudobnejší, rigidnejší – skôr pozorujú hru iných detí, než by iniciovali a viedli komplexnú symbolickú hru. Kým vo veku 2 – 3 rokov sa správaním a celkovou schopnosťou

adaptácie nemusia od rovesníkov významne odlišovať, rozdiely v adaptabilite a celkovom fungovaní sa začínajú zväčšovať najmä vo vyšších ročníkoch materskej školy so stúpajúcimi požiadavkami na výkon a mentálnu flexibilitu. V prípade takéhoto scenára je rodičom dieťaťa obvykle odporúčané absolvovať psychologické vyšetrenie z dôvodu hypotézy o zaostávaní vo vývine z dôvodu mentálneho postihnutia.

Deti s oslabením v oblasti zraku môžu mať ťažkosti pri konštruktívnej aj symbolickej hre. Oslabenie v oblasti zraku sa u nich prenáša do schopnosti koordinovať pohyb pri všetkých pohybových aktivitách. Oslabenie zrakových funkcií môže byť viditeľné pri jemnomotorickej a grafomotorickej manipulácii – v porovnaní s rovesníkmi môžu mať problém pracovať na zadávaných úlohách veku primeranej úrovne, čo môže viesť v závislosti od temperamentovej výbavy k ťažkostiam v správaní rôznorodého charakteru.

Deti s oslabením sluchu môžu najmä spočiatku pôsobiť ako menej vnímavé na inštrukcie dospelého. V ranom veku sa u nich obvykle oneskoruje aj vývin reči, čo im môže sťažovať interakcie s rovesníkmi a schopnosť zapojiť sa do spoločnej komplexnej symbolickej hry. Môžu mať tendenciu preferovať samostatnú hru pred hrou s rovesníkmi a venovať sa skôr konštrukčným hrám osamote než spoločnej symbolickej hre so striedaním rolí. Oneskorený vývin reči a problémové správanie môžu maskovať ľahšiu poruchu sluchu a dieťa tak nedostane vhodnú intervenciu včas.

Deti s rizikom v zmysle poruchy autistického spektra alebo s oslabeniami prevažne v socio-emocionálnej oblasti majú zväčša taktiež ťažkosti s adaptáciou na nové prostredie. Z dôvodu ťažkostí v oblasti komunikácie majú problém v interakcii s rovesníkmi – obvykle sa javí, že o interakciu nemajú záujem. Ich hra je často málo komplexná, stereotypná, málo imaginatívna, je ťažké sa k nej pripojiť. S ťažkosťami zvládajú striedanie rolí pri hre alebo komunikácii. Pred spoločnou hrou môžu uprednostňovať solitárne aktivity orientované na senzorickú stimuláciu. V dôsledku neporozumenia alebo nedostatočného porozumenia reči môžu mať podobne ako deti s oslabeným sluchovým vnímaním ťažkosti so sledovaním inštrukcií dospelého a vykazovať výrazne problémové správanie.

V ranom veku môže byť v materskej škole pomerne náročné odlíšiť, či u dieťaťa ide o poruchu v zmysle autistického spektra alebo poruchu v zmysle narušenej komunikačnej schopnosti, keďže symptomatika oboch neurovývinových porúch sa môže sčasti prekrývať. Ak dieťa v predškolskom veku zaostáva v oblasti expresie, avšak nie je u neho narušená receptívna oblasť reči, nemá obvykle v prvom roku materskej školy vážnejší problém. Naopak, opakujúce sa aktivity v triede a jednoduchá rovesnícka komunikácia môžu urýchliť rozviazanie aktívnej slovnej zásoby. Ak je u dieťaťa vážnejšie narušené aj porozumenie reči, dieťa môže mať ťažkosti s adaptáciou na predškolské prostredie. V závislosti od temperamentovej výbavy sa u neho môže objaviť problémové správanie, ktoré je nezriedka prekážkou pobytu v materskej škole.

Ak pedagóg zachytí odlišnosti vo vývine dieťaťa oproti ostatným rovesníkom v ktorejkoľvek oblasti, môže rodičovi dieťaťa odporúčať kontaktovať poradenské zariadenie na získanie hlbšieho pohľadu na vývin dieťaťa v zmysle identifikácie príčin jeho zaostávania a stanovenia odporúčaní k podpore vývinu. Ďalšou možnosťou je požiadať spolupracujúce poradenské zariadenie o realizáciu depistáže zameranej na posúdenie jednotlivých vývinových oblastí všetkých detí v rovesníckej skupine.

3. Diagnostika v rámci raného poradenstva

Oneskorovanie psychomotorického vývinu zachytené či už rezortom zdravotníctva, školstva alebo samotným rodičom by malo byť v rámci poradenského zariadenia vždy indikáciou na komplexnú diagnostiku dieťaťa orientovanú na:

- zisťovanie silných a slabých stránok dieťaťa v rámci jednotlivých oblastí vývinu,

- zisťovanie informácií o jeho schopnosti fungovať a participovať na bežných denných aktivitách jeho rodiny alebo širšieho sociálneho prostredia (obvykle materská a základná škola) aj napriek prekážkam, ktoré pre dieťa oslabenia vo vývine vytvárajú (informácie o adaptívnom správaní dieťaťa),
- stanovenie predbežnej hypotézy o možnej podpore vývinu dieťaťa v rámci multidisciplinárneho tímu (ďalej MDT) poradenského zariadenia a ďalších aktérov v rámci MDT.

Súčasťou diagnostického procesu je aj zisťovanie informácií o dieťati – o charakteristikách jeho rodinného prostredia, ktoré by mohli mať vplyv na oneskorené dosahovanie vývinových mílnikov, o vývine problému, o doterajších spôsoboch riešenia problému, o vnútorných zdrojoch, protektívnych a rizikových faktoroch životnej histórie klienta, jeho funkčných oblastiach. Analyzujú sa získané informácie z dokumentácie dieťaťa (lekárske nálezy, výsledky depistáže, pedagogická charakteristika, správy z predchádzajúcich psychologických, špeciálnopedagogických, logopedických a iných odborných vyšetrení).

Na komplexnej diagnostike sa môžu podieľať viacerí odborníci MDT súčasne, ich činnosť koordinuje koordinátor klienta. Kvalitné koordinovanie činnosti pedagogických a odborných zamestnancov v rámci MDT zabraňuje duplicitu v rámci diagnostického procesu v rámci poradenského zariadenia.

Špecifikom práce s deťmi v ranom veku je potreba podpory vývinu dieťaťa bez ohľadu na to, či je jeho vývin oneskorený dočasne alebo je dieťaťu stanovená v rámci diferenciálno-diagnostického procesu niektorá z vývinových diagnóz. Diferenciálno-diagnostický proces vývinových porúch je kompetenciou rezortu zdravotníctva a z dôvodu potreby zohľadnenia vývinového charakteru diagnóz prebieha obvykle dlhší čas. Čím hlbšie, závažnejšie je zaostávanie vo vývine, tým skôr bude diferenciálno- diagnostický proces ukončený stanovením diagnózy. Odborný zamestnanec v takom prípade môže s rodičom otvorene komunikovať o dôsledkoch, ktoré má stanovená diagnóza na vývin jeho dieťaťa (nehovorí už o oneskorení PMV, ale napr. o dieťati s diagnózou DMO, SMA, PAS a pod.). Postupuje podľa OŠ k jednotlivým poruchám vývinu. Naopak, pri ľahších vývinových poruchách, akými sú napr. mentálne postihnutie ľahkého stupňa či menej závažná forma PAS, dôjde k stanoveniu diagnózy obvykle až v predškolskom, niekedy dokonca až ranom školskom veku dieťaťa, a to aj napriek tomu, že napr. dieťa s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v ranom a predškolskom veku obvykle zaostáva globálne – oneskoruje sa za rovesníkmi vo viacerých oblastiach vývinu. Typickým obrazom pri mentálnom postihnutí ľahkého stupňa je nerovnomerné zaostávanie vo vývine – zaostávanie nie je vo všetkých vývinových oblastiach takého závažného charakteru, aby sme mohli s istotou uzatvoriť diagnózu mentálne postihnutie. V rámci kognitívneho profilu zisťovaného intelligenčnou škálou je u dieťaťa napr. výraznejšie zaostávanie v oblasti neverbálnych schopností – zaostávanie o dve a viac smerodajných odchýlok od priemeru, ale dosahovanie širšej normy (podpriemeru – menej ako dvoch smerodajných odchýlok) v oblasti verbálnych schopností. Z hľadiska stimulácie vývinu dieťaťa a faktorov rodiny dieťaťa je dôležité, aby dieťa a jeho rodina dostali potrebnú pomoc a podporu taktiež čo najskôr, a nie až po ukončení diferenciálno-diagnostického procesu mentálneho postihnutia. Súbežne môže preto prebiehať:

- diferenciálno-diagnostický proces v rezorte zdravotníctva, sledovanie vývinu s cieľom prípadného stanovenia diagnózy (definovať poruchu, ako napr. mentálne postihnutie) a prípadne zistenia etiológie vývinového zaostávania,
- zároveň diagnostický proces v rezorte školstva v rámci poradenského zariadenia orientovaný na zisťovanie silných a slabých stránok dieťaťa, s cieľom napláňovať a realizovať intervenčný proces aj bez stanovenej diagnózy. Odborný zamestnanec naďalej používa pri komunikácii o dieťati pojem oneskorený PMV, prípadne globálne zaostávanie vývinu a postupuje podľa OŠ Odborné činnosti poskytované deťom s oneskoreným PMV alebo oslabeným zmyslovým

vývinom.

Diagnostika dieťaťa raného a predškolského veku sa vyznačuje istými špecifikami (pozri aj štandard Diagnostika psychomotorického vývinu, vývinové škály). Najmä v ranom veku (do troch rokov veku dieťaťa) je dôležité použitie štandardizovaných metód obohatiť o priame pozorovanie správania dieťaťa v situáciách súvisiacich s jeho bežným životom – sebaobsluha, sociálne kontakty, hra, komunikácia a pod. Dieťa v ranom veku sa môže správať a obvykle sa aj správa v prirodzenom prostredí svojej rodiny významne odlišne než v prostredí ambulancie, a preto bez priameho pozorovania funkčnosti dieťaťa môže byť pohľad odborného zamestnanca významne skreslený. Aj v predškolskom veku (3 – 7 rokov) je dôležité pozorovanie správania dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí. V tomto období ním môže byť už taktiež materská škola. Pohľad pedagógov a priame pozorovanie umožnia odbornému zamestnancovi okrem iného verifikovať jeho hypotézy o vývine dieťaťa vytvorené v rámci diagnostického procesu v poradenskom zariadení. Užitočným nástrojom získavania informácií z predškolského prostredia je pedagogická charakteristika dieťaťa, ktorú by si mal odborný zamestnanec pri dieťati, ktoré už navštevuje materskú školu, vždy so súhlasom rodiča z materskej školy vyžiadať.

Proces diagnostiky

Diagnostike dieťaťa v ranom a predškolskom veku je potrebné venovať vždy niekoľko stretnutí (aspoň 2 až 3 podľa individuálneho stavu dieťaťa). V rámci prvého stretnutia zisťujeme v rozhovore s rodičom anamnestické údaje, informácie o záveroch odborných lekárskejších vyšetrení a ďalšie informácie – aké zručnosti má dieťa osvojené, aké sú jeho obľúbené aktivity, spôsob komunikácie a úroveň pohybových a sebaobslužných zručností (orientujeme sa na adaptívne správanie dieťaťa v domácom prostredí). Počas úvodných stretnutí sa dieťa väčšinou oboznamuje s prostredím, špeciálny pedagóg a/alebo psychológ nadväzuje kontakt s dieťaťom. Je užitočné nechať týmto intervenciám prirodzený priebeh, výber aktivít a hier nechať dieťaťu, skôr sa pripájať k jeho činnosti.

Psychologická a špeciálnopedagogická diagnostika môže v ranom veku prebiehať súbežne, pretože sa používajú podobné diagnostické nástroje a sledujú rovnaké vývinové oblasti. Nasledujúce stretnutia možno postupne viac štruktúrovať, ponúkať aktivity a úlohy podľa diagnostických hypotéz a postupne prechádzať k úlohám z diagnostických škál. Čas a úlohy je potrebné prispôbiť individuálne, podľa potreby mať možnosť dohodnúť ešte ďalšie stretnutia, venované osobitne psychologickéj alebo špeciálnopedagogickéj diagnostike. V predškolskom veku už vo väčšine prípadov prebieha špeciálnopedagogická aj psychologická diagnostika oddelene, prípadne – ak ide o dieťa s ťažkým viacnásobným postihnutím s predikciou ťažkého mentálneho zaostávania – sa môže podobne ako v ranom veku realizovať na spoločných stretnutiach.

Metódy špeciálnopedagogickéj diagnostiky v ranom veku: pozorovanie dieťaťa pri skúmaní prostredia, hre, kontakte s rodičom. Rozhovor s rodičom zameraný na zistenie informácií o dosiahnutej vývinovej úrovni. **Diagnostické škály:** Strassmeierova škála – je vhodná pre deti s oneskorujúcim sa alebo nerovnomerným psychomotorickým vývinom. Sleduje dosiahnutú úroveň zručností v sociabilite, sebaobsluže, 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 pri diagnostike detí s viacnásobným postihnutím alebo výrazne oneskoreným vývinom – najmä vo veku 0 až 3 roky. 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 edukácie detí a žáků s těžkým zdravotním postižením. V zahraničí je k dispozícii vývinová škála dánskej psychologičky Lilli Nielsenovej, ktorá sa dlhodobo venuje edukácii detí so zrakovým a s viacnásobným postihnutím – Lilli Nielsen functional schema pre deti vo veku 0 až 48 mesiacov.

Klokanův kufr predstavuje komplexný diagnostický materiál mapujúci vývin dieťaťa v období predškolského veku, je zameraný na identifikovanie silných stránok dieťaťa a ich posilňovanie, ako aj odhaľovanie slabých stránok dieťaťa, s ktorými ďalej pracuje a hľadá vhodné riešenia v 10 oblastiach vývinu: zrakové vnímanie a pamäť, motorika, grafomotorika, kresba, sluchové vnímanie a pamäť, reč, základné matematické predstavy, orientácia v čase a v priestore. Klokanův kufr umožňuje pozorovať vývin dieťaťa na základe vekovo-kompetenčných ukazovateľov.

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 či inými pervazívnymi poruchami. Mnohé úlohy je možné využiť aj pre deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom. Taktiež zisťuje úroveň sociálnych a 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 pamäti, sluchového vnímania a pamäti, vnímanie priestoru a 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 Allenovej a Marotzovej – dostupný v knižnej publikácii *Přehled vývoje dítěte od prenatalního období do 8 let*.

Špeciálnopedagogickú diagnostiku je možné realizovať prostredníctvom hry, pozorovaním dieťaťa v spontánnej, riadenej alebo štruktúrovanej hre. V rámci hry je možné posudzovať, ako sa dieťa adaptuje na nové podmienky a priestor, aká je interakcia so špeciálnym pedagógom, s rodičom alebo rovesníkmi a akým spôsobom dieťa manipuluje s predmetmi, volí hrový materiál. Cez hru je možné identifikovať úroveň komunikácie, emocionality a celkového správania.

Pri využívaní vývinových škál v diagnostike detí s oneskoreným psychomotorickým vývinom je potrebné zohľadniť predpokladaný mentálny vek dieťaťa a začínať úlohami pre mladší fyzický vek. Zároveň je nevyhnutné flexibilne reagovať, ak sú úlohy pre dieťa málo náročné, a postupne náročnosť zvyšovať, prípadne niektoré úlohy modifikovať. Väčšina uvedených škál je pomerne obsažná, v praxi sa niekedy osvedčuje nezadávať úplne všetky úlohy aj z dôvodu, že dieťa v ranom a predškolskom veku sa nedokáže sústrediť dlhý čas. V takýchto prípadoch je vhodné špeciálnopedagogické vyšetrenie realizovať ako autentickú funkcionálnu diagnostiku (pozri Vančová, 2010, str. 46, 49). Aj pri tomto spôsobe diagnostiky sú však úlohy z jednotlivých škál nápomocné.

Špeciálny pedagóg má možnosť vytvoriť si aj vlastný neštandardizovaný diagnostický materiál – pozorovacie háčky, do ktorých sú zaznamenávané pozorované aktivity a činnosti dieťaťa, podnetový materiál, manipulačné hračky, príp. pracovné listy (ak to vek a mentálna úroveň dieťaťa dovoľuje). V tomto prípade je však dôležité, aby tvorba vlastného diagnostického materiálu bola primeraná vekovej skupine a úrovni intelektových schopností, pre ktoré je vytváraná. Je nevyhnutné si vlastný materiál porovnať napr. s uvedenými škálami (v prípade mentálneho zaostávania a viacnásobného postihnutia s úlohami pre mladší fyzický vek) alebo s ďalšou odbornou literatúrou predovšetkým z odboru vývinovej psychológie, patopsychológie mentálne postihnutých a špeciálnopedagogickej diagnostiky.

Ďalším zdrojom informácií o zručnostiach dieťaťa a jeho fungovaní v inom prostredí sú záznamy z pedagogickej diagnostiky alebo videonahrávky z domáceho prostredia. Týka sa to najmä oblastí, ktoré sa v podmienkach poradenského zariadenia dajú pozorovať len obmedzene. Ide o úroveň osvojenia sebaobslužných činností, sociálne zručnosti, ktoré sú pozorovateľné na spôsobe kontaktovania sa s rovesníkmi, zapájanie sa do spoločných hier, schopnosti výdrže pri spoločných aktivitách, alebo úroveň vývinu hrubej motoriky, ktorá je pozorovateľná pri pohybových hrách, cvičení, pobyte vonku.

Ak je to v možnostiach poradenského zariadenia, môže sa realizovať aj pozorovanie dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí – v materskej škole alebo v spolupráci s odbornými zamestnancami služby včasnej intervencie počas návštevy v rodine. V prípade, že rodina je poberateľom služby včasnej intervencie, je veľmi vhodné prizvať (so súhlasom rodiča) do diagnostického procesu poradcov včasnej intervencie. Ich informácie z prirodzeného prostredia dieťaťa dopĺňajú komplexný pohľad na silné a slabé stránky dieťaťa významným spôsobom.

Zameranie špeciálnopedagogickej diagnostiky závisí od veku a stupňa oneskorenia psychomotorického vývinu. Nasledujúce rozdelenie je len orientačné, výber diagnostikovaných oblastí je potrebné posúdiť u každého dieťaťa individuálne.

V ranom veku (0 – 3 roky) alebo pri výraznom oneskorení psychomotorického vývinu naznačujúcim stredné až ťažké mentálne zaostávanie je špeciálnopedagogická diagnostika zameraná na:

Sociálne a komunikačné zručnosti. Tu je dôležité zaznamenávať:

- ako dieťa reaguje na nové prostredie, podnety, nové osoby,
- ako skúma prostredie, aké hračky alebo predmety ho zaujmú, ako s nimi manipuluje,
- ako nadväzuje sociálne kontakty, či samo kontaktuje rodiča alebo inú osobu a akým spôsobom,
- aké sú schopnosti dieťaťa pozorovať prostredie a ľudí okolo seba, aká je ochota získať pozornosť, zdieľať pozornosť, aká je schopnosť imitácie (úsmev, pohyb, zakývanie a pod.),
- aký je spôsob a úroveň komunikácie (verbálna, neverbálna, prvky predverbálneho štádia alebo sú pozorovateľné iné signály – pohyb, intenzívne emočné prejavy) – ako vyjadruje svoje potreby a požiadavky, resp. či ich vôbec vyjadruje,
- aká je schopnosť dieťaťa predvídať známe činnosti denného života v známom kontexte.

Motoriku, zmyslové vnímanie, senzomotoriku.

- prítomnosť a druh vykonávaných pohybov – či ide o pohyby úmyselné, cielené, resp. reflexné, neúmyselné,
- ako dieťa rozumie výsledku, efektívite svojich pohybov a svojej motorickej aktivity,
- ako dieťa reaguje na zmyslové podnety (zrakové, sluchové, hmatové, pohybové), aká je kvalita a intenzita podnetov, ktoré ho zaujmú,
- úsilie získať zaujímavé podnety a hračky, spôsob manipulácie s predmetmi (či sú to len exploračné prvky alebo manipuluje s viacerými predmetmi súčasne a adekvátne – vykladá a ukladá hračky do nádoby, pokúša sa uložiť kocky na seba, posúva autíčko, snaží sa aktivovať zvukové hračky a pod.) – úroveň vizuomotorickej koordinácie (oko – ruka), koordinácie ruka – ústa a bilaterálnej koordinácie.

Sebaobslužné činnosti, príjem jedla a tekutín, hygienické návyky – v tejto oblasti najviac informácií poskytuje obvykle rodič. Je dôležité zistiť, do akej miery je dieťa v sebaobslužných činnostiach samostatné a v čom potrebuje čiastočnú alebo úplnú asistenciu inej osoby. Týka sa to obliekania a vyzliekania, používania toalety, resp. nácviku používania toalety, spôsob príjmu jedla. V oblasti sebaobsluhy môžu deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom vykazovať výrazné rozdiely. Je potrebné zistiť, či dieťa vie jesť samostatne – rukou, či vie používať lyžicu, pije z pohára, fľaše, či dokáže jesť pevnú stravu alebo mixovanú, či nemá ťažkosti s prehĺtaním, so žutím. Aký je režim dieťaťa pri jedle (či sedí za stolom alebo v stoličke, alebo je kŕmené počas iných aktivít – pohyb, sledovanie televízie) – tieto informácie môžu vypovedať o temperamente dieťaťa, jeho aktivite (v zmysle hyperaktivity alebo hypoaktivity), pozornosti a pod. Do úvahy je potrebné brať aj schopnosti rodiča viesť dieťa k samostatnosti v sebaobsluhe.

V predškolskom veku (3 – 7), alebo pri menej výraznom zaostávaní mentálneho vývinu (naznačujúcom hranicu stredného až ľahkého mentálneho zaostávania), je špeciálnopedagogická diagnostika zameraná na:

Reč, komunikačné zručnosti – zisťujeme, na akej úrovni je vývin komunikácie, resp. aká je úroveň celkových komunikačných zručností, či ide o funkčnú komunikáciu, ktorá môže byť verbálna alebo aj neverbálna, či dieťa a jeho prostredie využívajú formy alternatívnej komunikácie a akej. Ak je u dieťaťa rozvinutá verbálna komunikácia, hodnotíme aktívnu slovnú zásobu, porozumenie reči, vyjadrovanie, priliehavosť komunikácie.

Kognitívne zručnosti

- úroveň zmyslového vnímania, najmä jemnejšia zmyslová diferenciacia – rozlišovanie vlastností predmetov (farba, tvar, veľkosť), rozlišovanie a identifikácia zvukov, hlasov, identifikácia známych zvukov,
- priraďovanie a triedenie podľa spoločných vlastností, zaraďovanie do skupín,
- úroveň porozumenia symbolom (manipulácia so zobrazenými predmetmi, pracovné listy, obrázky),

v predškolskom veku (ak to mentálna úroveň dieťaťa dovoľuje) diagnostikujeme aj predmatematické predstavy (porovnávanie veľkosti a množstva, porozumenie a používanie príslušných pojmov opisujúcich veľkosť a množstvo, manipulácia s počtom – určovanie počtu, vytváranie skupín s daným počtom – v kontexte hry alebo aktivít denného života).

Motorika, jemná motorika, grafomotorika, vizuomotorická koordinácia

- spôsob manipulácie s predmetmi menších rozmerov, spôsob úchopu, manipulácia s predmetmi dennej potreby, hračkami,
- manipulácia s modelovacími hmotami, výtvarným materiálom, papierom, používanie nožníc, úchop písacieho materiálu, aktivity s jednoduchými stavebnicami, kockami,
- úroveň manipulácie s ceruzkou, kresebný prejav – čmáranie, spájanie bodov na ploche, vyfarbovanie plochy, príp. iné.

Metódy psychologickkej diagnostiky: V ranom veku (0 – 3) je vhodné použiť na zisťovanie vývinového profilu dieťaťa niektorú z komplexných vývinových škál (pozri štandard Diagnostika psychomotorického vývinu, vývinové škály). Diagnostické metódy zamerané na posúdenie, resp. predikciu intelektu dieťaťa sú použiteľné od cca predškolského veku (pozri štandard Diagnostika kognitívnych schopností). Pri deťoch s dobrou úrovňou exekutívnych funkcií je možné použiť úlohy zo Stanford – Binet IV. Revízia alebo SON-R 2½ – 7 (Snijdersov-Oomenov neverbálny test inteligencie) a predikovať intelektové schopnosti už od veku cca 3 rokov – to sa však netýka detí so zaostávaním práve v oblasti rozumových schopností. Z novších diagnostických metód je veľmi dobre využiteľná metóda pre deti predškolského veku IDS-P. Od 6 rokov je v praxi poradenského zariadenia často používaná komplexná metóda na posúdenie kognitívnych schopností WISC III. Je dobré mať na pamäti, že intelekt nie je v predškolskom veku ešte stabilný s ohľadom na mimointelektové faktory, ktoré ovplyvňujú výkonnosť dieťaťa, akými sú okrem exekutívnych funkcií napr. motivácia na spoluprácu, emocionalita dieťaťa a pod. S ohľadom na toto špecifikum je dôležité najmä diagnózu mentálneho postihnutia uzatvárať až v tom čase, keď sa kognitívny profil dieťaťa stabilizuje, a to aj v prípade, že by malo ísť až o mladší školský vek dieťaťa. Taktiež je dôležité mať na pamäti, že diagnóza mentálne postihnutie nesmie byť uzatvorená len na základe výsledku v komplexnom intelligenčnom teste. Dôležitou súčasťou diagnózy je znížená úroveň funkčnosti, posudzovaná vo vzťahu k prostrediu, v ktorom dieťa vyrastá. Tento aspekt je nanajvýš dôležité mať na pamäti pri posudzovaní rozumových schopností detí z málopodnetného sociálneho prostredia, ktorých životná skúsenosť a podmienky, na ktoré sa musia od raného veku adaptovať, sú diametrálne

odlišné od životných podmienok majoritnej populácie.

Logopedická diagnostika: Logopedická diagnostika detí s oneskoreným psychomotorickým vývinom sa taktiež realizuje najmä prostredníctvom pozorovania a hry s dieťaťom. Dôležitou súčasťou je rozhovor s rodičom, hodnotenie interakcie medzi dieťaťom a rodičom, aký štýl a spôsob komunikácie v rodine používajú, či rodič využíva „reč orientovanú na dieťa“, uplatňuje prirodzené komunikačné stratégie. Zisťujeme aj jazykový a sociokultúrny kontext rodiny, či je výchova bilingválna/monolingválna. Ďalšie diagnostické metódy sú vývinové škály, v predškolskom veku alebo pri dobrej úrovni spolupráce využíva logopedická diagnostika aj testové metódy (test rečového vývinu, testy zisťujúce úroveň oromotoriky, výslovnosti, foneticko-fonologickej roviny jazyka). Vhodnými metódami sú diagnostický model podľa Laheyovej, ale aj neštandardizované diagnostické materiály a obrázky. Súčasťou vyšetrenia môže byť video-/audiozáznam komunikácie a interakcie s dieťaťom. V ranom veku (podobne ako pri špeciálnopedagogickej diagnostike) si logopéd všíma, ako dieťa komunikuje (gestá, zvuky, slabiky, slová, jednoduché vety), akým spôsobom nadväzuje kontakty, na akej úrovni je porozumenie reči – či ide o porozumenie naviazané na kontext, alebo porozumenie súvisí s používaním neverbálnych znakov komunikácie (gestá, mimika, intenzita a tón hlasu, emócie sprevádzajúce verbálny prejav) alebo ide už o funkčné porozumenie slov a jednoduchých inštrukcií. Ak to vývinová úroveň dieťaťa umožňuje (dieťa rozumie inštrukciám a je schopné ich plniť), prebieha logopedické vyšetrenie štandardne ako u detí s narušenou komunikačnou schopnosťou. Vyšetrenie zahŕňa orientačné vyšetrenie sluchu, vyšetrenie porozumenia reči, vyšetrenie rečovej produkcie, vyšetrenie motoriky artikulačných orgánov a vyšetrenie laterality. Viac o metódach logopedickej diagnostiky je uvedené v obsahovom štandarde Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s narušenou komunikačnou schopnosťou.

Fyzioterapeutická diagnostika: Fyzioterapeutická diagnostika sa zameriava na úroveň vývinu motoriky a pohybových schopností, ale aj na kvalitu jednotlivých pohybov. Pri fyzioterapeutickom vyšetrení sa hodnotí postavenie tela (spredú, zozadu, z boku), zakrivenie chrbtice, svalový tonus, postavenie kolien, tvar klenby nohy, stabilita, stereotyp chôdze, dýchanie. Cieľom je vytvorenie vhodného stimulačného programu, ktorý zahŕňa najmä liečebnú telesnú výchovu, prípadne odporúčanie odborného vyšetrenia rehabilitačným lekárom.

Po ukončení diagnostického procesu zaznamenáme všetky zistené informácie o zručnostiach a schopnostiach dieťaťa a o jeho špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrebách v správe zo špeciálnopedagogického a z psychologického vyšetrenia. Ak bolo realizované aj logopedické a fyzioterapeutické vyšetrenie, závery z vyšetrenia môžu byť spracované do samostatných správ alebo môžu byť zapracované do správy zo špeciálnopedagogického vyšetrenia. Viac o obsahu a štruktúre správy z diagnostického vyšetrenia je uvedené v dokumente Diagnostika v zariadeniach poradenstva a prevencia a prostredí škôl v kapitole 6.9. Je vhodné a ukazuje sa v praxi ako veľmi efektívne tak pre rodiča, ako aj odborných a pedagogických zamestnancov materských a základných škôl, ak tím poradenského zariadenia v rámci prístupu MDT formuluje ciele a odporúčania do intervenčného procesu spoločne a uvádza ich v jednej súhrnnej správe.

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky vyjadří na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadří sa, ktoré podporné opatrenia pomôžu dieťaťu/žiakovi prekonať prekážky vo vzdelávaní a tým sa plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti. Vo vyjadrení na účel poskytnutia podporného opatrenia určí aj potrebný rozsah podporného opatrenia. Katalóg podporných opatrení špecifikuje podporné opatrenia vo výchove a vzdelávaní podľa § 145a školského zákona.

Odporúčania formulujeme tak, aby z nich boli zjavné a pre všetkých zrozumiteľné metódy stimulácie, na ktorých sa bude pracovať s dieťaťom ambulantne v rámci poradenského zariadenia, ale taktiež spôsoby, akými sa v ambulancii stimulované zručnosti budú prenášať do prirodzeného

prostredia rodiny alebo materskej školy. V prípade, že z diagnostického procesu vyplýva z dôvodu lepšieho fungovania dieťaťa nutnosť využívať v domácom prostredí alebo prostredí materskej školy kompenzačné stratégie, ich návrh by mal byť taktiež súčasťou záveru komplexnej správy z vyšetrenia.

Je dôležité, aby boli závery formulované tak, že sú pre adresáta dostatočne zrozumiteľné a aplikovateľné v bežnej praxi. Je vhodné, ak je súčasťou záveru ponuka osobného stretnutia v prípade potreby zo strany materskej či základnej školy.

4. Špecifiká tranzície

Jednou z úloh tranzície je podpora predškolského alebo školského zariadenia pri jeho prípravách na prijatie dieťaťa v kategórii ŠVVP. Po ukončení komplexnej diagnostiky, vypracovaní správ a odporúčaní poradenské zariadenie naďalej sprevádza klienta – dieťa, ale aj rodinu v procese ďalšej edukácie. V rámci pokračujúcej starostlivosti poskytuje poradenstvo a konzultácie aj pedagogickému personálu materských a základných škôl, ktoré vzdelávajú aj deti so zdravotným znevýhodnením. Podľa individuálnych potrieb školy, materskej školy, rodiny dieťaťa a všetkých zúčastnených možno realizovať spoločné stretnutia (úvodné, priebežné...) rodiny, školy a poradenského zariadenia. Cieľom týchto stretnutí je pomoc pri vytvorení čo najlepších podmienok na edukáciu dieťaťa, podpora a metodická pomoc pedagogickému personálu a nadviazanie vzájomnej spolupráce medzi rodinou, školou a poradenským zariadením. Napriek výhodám, ktoré tranzícia poskytuje, sa rodič dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom môže rozhodnúť, že nebude informovať materskú školu o výsledkoch diagnostiky, resp. o tom, že dieťa je v starostlivosti poradenského zariadenia. Obzvlášť pri mierne oneskorenom psychomotorickom vývine a v prípade, že dieťa má osvojené základné sebaobslužné a hygienické návyky (používanie toalety), nie sú špeciálne edukačné potreby také nápadné ako napr. pri telesnom alebo zmyslovom postihnutí, ktoré nemožno prehliadnuť. Rodič si v tom prípade nemusí tranzit želať najmä z obavy, že dieťa nebude do materskej školy prijaté. Obavy rodičov v tomto smere sú často opodstatnené – keďže do piateho roku dieťaťa je predprimárna školská dochádzka nepovinná a ktorákoľvek materská škola nemusí dieťa mladšie ako päť rokov prijať. Otázka, do akej miery je tranzícia v prípade mierneho oneskorenia vo vývine potrebná (najmä ak ide o hovoriace dieťa s osvojenými hygienickými návykmi), môže byť taktiež predmetom diskusie.

V prípade výraznejšieho oneskorenia psychomotorického vývinu (napr. ak je dieťa plienkované, absentuje verbálna reč, je výrazne hyperaktívne, má ťažkosti s adaptáciou, s nadväzovaním kontaktov, s rešpektovaním iných osôb) je nastavenie optimálnych podmienok výchovy a vzdelávania kľúčové. V prípade nástupu dieťaťa do základnej školy je povinnosťou rodiča poskytnúť škole všetky informácie o dieťati spolu so správami z odborných vyšetrení. V prípade nástupu dieťaťa do materskej školy je na rodičovi, či dôležité informácie o skutočnostiach týkajúcich sa stavu dieťaťa a jeho potrieb materskej škole poskytne. V tomto smere je významná úloha koordinátora odbornej starostlivosti klienta (špeciálneho pedagóga, psychológa alebo iného odborného zamestnanca), ktorý si dlhšou spolupracou s rodičom získava jeho dôveru. Koordinátor klienta by mal rodičom pri vzájomnej diskusii vysvetliť dôležitosť tranzície dieťaťa a jej špecifik (v zmysle nastavenia čo najoptimálnejších podmienok na výchovu a vzdelávanie dieťaťa v danej materskej škole) a taktiež dôležitosť zdieľania informácií o dieťati s materskou školou, pretože vďaka tomu môže jej pedagogický a odborný personál zabezpečiť pre dieťa vhodné podmienky na jeho prijatie, najmä zabezpečením pedagogického asistenta, prípravou bezpečného a podnetného prostredia a výberom optimálnych hračiek, vzdelávacích aktivít a pod. Na druhej strane vzniká otázka, aké sú (pri súčasnej legislatíve) reálne možnosti materských škôl na vytvorenie optimálnych podmienok na inkluzívne vzdelávanie detí v kategórii ŠVVP (ide najmä o personálne zabezpečenie – pedagogický asistent, pomocný vychovávateľ, príp. odborný zamestnanec). Personálne obsadenie je dôležité nielen pre potreby dieťaťa s oneskoreným vývinom, ale aj kvôli ostatným deťom, aby neboli neprimerane obmedzované

v napĺňaní svojich potrieb, resp. rušené v aktivitách. Podobne by bola žiaduca aj úprava počtu detí v triede pri inkluzívnom vzdelávaní.

V prípade systémovej personálnej podpory materských škôl a vhodných legislatívnych úpravách v prospech inklúzie sú poradenské zariadenia odborne pripravené podporiť dieťa a rodinu pri tranzite z rodinného prostredia do prostredia materskej školy a neskôr do základnej školy, taktiež však nevyhnutne potrebujú systémovú zmenu v zmysle navýšenia časovej dotácie na túto činnosť.

5. Nepriame intervencie

Nepriame intervencie sú postupy, ktoré pomáhajú riešiť problémy dieťaťa bez jeho účasti, na úrovni rodiny, predškolského zariadenia, širšej komunity. Dopĺňajú priame intervencie. Do tejto kategórie zaraďujeme poradenské rozhovory s rodičmi, poradenstvo, metodické vedenie, príp. supervíziu pre pedagogických zamestnancov bežných, ale aj špeciálnych materských škôl, resp. iných zariadení poskytujúcich starostlivosť o deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom alebo so zdravotným znevýhodnením.

Poradenstvo rodine:

- Edukácia rodičov, preskúmanie a prípadná zmena postojov k výchove dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom, podpora rodičovských kompetencií a sebadôvery.
- Poskytovanie informácií o efektívnych metódach a stratégiách využívaných v edukácii detí s oneskorením psychomotorického vývinu. Je dôležité rodičom vysvetliť základné princípy, spôsob fungovania a očakávané výsledky všetkých metód, ktoré chceme pri starostlivosti o dieťa používať. Taktiež je potrebné zdôvodniť, prečo považujeme jednotlivé edukačné aktivity za dôležité a čo je ich konkrétnym cieľom.
- Odporúčanie ďalších odborných vyšetrení a intervencií potrebných na celkový rozvoj dieťaťa, poskytovanie kontaktov alebo sprostredkovanie ďalšej starostlivosti.
- 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 predprimárneho a primárneho vzdelávania.

Poradenstvo v rámci širšej komunity:

- sprostredkovanie kontaktov na odborníkov v rámci iných rezortov,
- sprostredkovanie kontaktov medzi rodinami s deťmi s oneskoreným alebo rizikovým vývinom, činnosť podporných rodičovských skupín,
- organizácia prednášok alebo workshopov,
- sprostredkovanie kontaktov na občianske združenia a organizácie, ktoré rôznymi formami pomáhajú deťom s rizikovým alebo oneskoreným vývinom alebo so zdravotným znevýhodnením a ich rodinám.

Poradenská, metodická a supervízna činnosť pedagogickým zamestnancom:

- konzultácie, metodická pomoc pri tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu,
- poradenstvo pri aplikácii vzdelávacích postupov a implementácii odporúčaní uvedených v správach z odborných vyšetrení MDT,
- poradenstvo pri vytváraní vhodných podmienok na edukáciu dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom (materiálno-technické vybavenie, úprava prostredia triedy, personálne zabezpečenie),

- poradenstvo a supervízia samotného procesu edukácie dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom podľa potreby.

6. Priame intervencie

Intervencie orientované na dieťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom sú aktivity a postupy zamerané na stimuláciu menej rozvinutých alebo oslabených funkcií, ale aj na podporu a rozvoj tých vývinových oblastí, v ktorých nepozorujeme zaostávanie. Cieľom intervencií nie je nevyhnutne

„dobehnúť“ všetky deficity vo vývine, ale rozvíjať schopnosti primerane potenciálu dieťaťa, identifikovať limity a hľadať kompenzačné možnosti. Je dôležité, aby rodič dostatočne rozumel cieľom intervencií s jeho dieťaťom a mal reálne očakávania od realizovaných intervencií.

Obsahom intervenčného programu v ranom a predškolskom veku je stimulácia zmyslového vnímania, motoriky, senzomotoriky, rozvoj sociálnych a komunikačných zručností a schopnosti imitácie a nácvik sebaobslužných zručností. Pokiaľ to mentálna úroveň dieťaťa dovoľuje, možno pridať aktivity podporujúce rozvoj ďalších kognitívnych procesov – zrkovú a sluchovú diskrimináciu, pozornosť, pamäť, poznávanie vlastností predmetov, priraďovanie podľa rôznych vlastností, triedenie, kategorizácia, predmatematické predstavy. Kompenzačné možnosti a ich využitie je potrebné zvážiť a odporúčať najčastejšie pri dlhodobom stagnujúcom vývine v niektorej vývinovej oblasti alebo celkovo negatívnej prognóze progresu v danej oblasti (obvykle sú to motorická oblasť a rečový vývin; dlhodobý nepriaznivý stav v niektorej oblasti vývinu môže vyplývať aj zo samotnej diagnózy, napr. bezrečovosť pri Angelmanovom syndróme a pod.). V tomto smere je pre odborníkov MDT poradenského zariadenia užitočné poznanie možností kompenzačných pomôcok a možnosti ich zabezpečenia cez úrad práce, sociálnych vecí a rodiny. Pri spoločných klientoch môže odborník MDT požiadať o poradenstvo, čo sa týka výberu konkrétnych pomôcok pre konkrétne dieťa aj poradcov včasnej intervencie.

Obsah a postup intervencií budú závisieť od dosiahnutej úrovne v jednotlivých vývinových oblastiach.

V ranom veku alebo pri výraznejšom oneskorení psychomotorického vývinu: Intervencie v ranom veku v podmienkach ambulantnej starostlivosti majú prevažne charakter inštruktáže určenej pre rodiča. Sú názornou ukážkou stimulačných a podporných aktivít, v ktorých je potrebné pokračovať aj v prirodzenom (domácom) prostredí dieťaťa. Je dôležité, aby rodič rozumel, že samotná práca odborného zamestnanca poradenského zariadenia s jeho dieťaťom v ambulantných podmienkach – bez aktívnej stimulácie oslabených oblastí vývinu dieťaťa rodičom v prirodzených denných aktivitách rodiny nebude na podporu vývinu jeho dieťaťa postačujúca z dôvodu cielene podporovanej generalizácie naučeného do bežných denných aktivít dieťaťa. Zároveň je dôležité, aby odborný zamestnanec formuloval odporúčania na stimuláciu dieťaťa v domácom prostredí tak, že nedá rodiča do roly domáceho terapeuta – odborníka dieťaťa. Aj rodič dieťaťa s oneskoreným vývinom potrebuje byť v prvom rade rodičom, avšak rodičom natoľko dobre poznajúcim princípy a ciele podpory vývinu jeho dieťaťa, aby dokázal odporúčania odborného zamestnanca uplatňovať v bežnom živote svojej rodiny. Tu je potrebné zdôrazniť, že dieťa a ZZ/rodič môžu súbežne využívať poskytovanie služieb v rámci poradenského zariadenia, ako aj služieb včasnej intervencie (SVI) v rámci rezortu sociálnych služieb, ktorá okrem iného pomáha rodičovi preklápať odporúčania poradenského zariadenia do jeho bežného života.

Na zabezpečenie tohto cieľa sa v priebehu intervencií postupne tvorí individuálny intervenčný plán, kvôli ktorému je do jeho procesu nevyhnutné rodiča zapojiť ako spolupodieľajúceho sa partnera. V prípade, že je rodina poberateľom aj inej odbornej starostlivosti (napr. služby včasnej intervencie), je veľmi vhodné a efektívne taktiež ju zapojiť do tvorby individuálneho intervenčného plánu a

spoločne si prerozdeliť kompetencie pri práci s dieťaťom a rodinou. Služba včasnej intervencie pomáha poradcovi v rámci MDT napr. aj naplánovať intervencie pre dieťa v súlade a s ohľadom na možnosti, očakávania a potreby rodiny, ktorú dlhodobo sprevádza.

Stimulácia

Stimulačné a podporné aktivity sú zamerané na rozvoj zmyslového vnímania, senzomotoriky, pozornosti a pamäti:

- Získavanie zmyslových skúseností prostredníctvom manipulácie s predmetmi a hračkami, ktoré majú rôzne vlastnosti (veľkosť, farba, tvar, povrch, hmotnosť, materiál, zvuky).
- Poznávanie, rozlišovanie, porovnávanie týchto vlastností:
 - Rozvoj koordinácie oko – ruka, ruka – ústa, koordinácia oboch rúk pri činnosti, podpora exploračnej aktivity pri manipulácii s hračkami a predmetmi.
 - Rozvoj schopnosti dávať predmety a javy do vzájomného vzťahu – vysýpanie a vykladanie hračiek a predmetov z nádoby, vkladanie, púšťanie či hádzanie predmetov do nádoby, vkladanie menších predmetov do väčších, rozkladanie na časti a spájanie častí do celku.
 - Podpora chápania jednoduchých príčinných vzťahov, poskytovanie skúseností z vlastnej aktivity a jej výsledku.
 - Rozlišovanie a identifikácia známych zvukov a hlasov (predmety dennej potreby, hlasy blízkych osôb, zvuky známych zvierat, hudba).

Vhodné intervenčné metódy prispôbujeme možnostiam dieťaťa a jeho rodiny. Metódy, ktoré uvádzame, je preto potrebné brať do úvahy spolu s dynamickým a inkluzívnym prístupom a mať na zreteli vždy konkrétne dieťa a jeho situáciu.

Ak to vývinová úroveň dieťaťa umožňuje, môžeme edukačné aktivity zamerať aj na presnejšie rozlišovanie vlastností predmetov a podporovať aktivity, ako sú priradovanie a triedenie. Kvôli porozumeniu inštrukcii je dôležité podporiť slovnú inštrukciu názornou ukážkou, napríklad pri úlohách zameraných na kategorizáciu predmetov podľa spoločných vlastností alebo pri priradovaní a triedení podľa veľkosti/farieb.

V predškolskom veku (3 – 7 rokov) a pri miernejšom zaostávaní vývinu možno pridať v oblasti rozvoja kognitívnych zručností nasledujúce aktivity:

- diferenciácia, priradovanie a triedenie podľa farieb (najprv na 2 skupiny, ak dieťa zvládne činnosť, možno pridať priradovanie a triedenie podľa troch, štyroch a viac farieb),
- porovnávanie a triedenie predmetov podľa veľkosti (na 2 skupiny s výrazným rozdielom: veľké – malé; neskôr možno pridať jemnejšiu diferenciáciu, triedenie na 3 a viac skupín),
- diferenciácia a priradovanie tvarov (na začiatku jednoduché geometricky výrazne odlišné ako kruh/štvorec, neskôr možno pridať ďalšie), párovanie, triedenie na skupiny,
- pomenovanie predmetov, prípadne niektorých vlastností (farba, tvar, veľkosť).
- Pred nástupom primárneho vzdelávania a pokiaľ to intelektová úroveň dieťaťa dovoľuje, možno začať s rozvojom predmatematických zručností. V tejto oblasti je obzvlášť nevyhnutné posúdiť vhodnosť každej aktivity individuálne:
- rozvoj elementárneho kvantitatívneho uvažovania, manipulácia s rôznym množstvom konkrétnych predmetov, postrehovanie rozdielov v množstve, porovnávanie (pomocou multisenzorického prístupu, t. j. zapojenia viacerých zmyslov),
- podľa individuálnych možností porozumenie pojmov veľa – málo, viac – menej,
- určovanie počtu prvkov skupiny podľa individuálnych schopností (spočítať niekoľko konkrétnych predmetov),

- vytváranie skupiny s daným počtom prvkov a kategorizácia predmetov podľa rôznych kritérií,
- určenie odlišného predmetu, ktorý nepatrí do skupiny predmetov s rovnakými vlastnosťami,
- po zvládnutí úloh s konkrétnymi predmetmi možno pristúpiť k riešeniu podobných úloh v pracovných listoch,
- orientácia v priestore a na ploche s porozumením a používaním príslušných priestorových pojmov.

Stimulácia jemnej motoriky a grafomotoriky

Spôsoby rozvíjania jemnej motoriky a grafomotoriky závisia od stupňa oneskorenia celkového psychomotorického vývinu. Pri výbere aktivít nie je rozhodujúcim kritériom fyzický vek dieťaťa, ale stupeň rozvoja jemnej motoriky a najmä grafomotorických zručností. Podľa individuálnych schopností dieťaťa volíme aktivity:

- na rozvoj jemnej motoriky (manipulácia s predmetmi dennej potreby, jednoduchými stavebnicami, prírodným materiálom, pieskom, s predmetmi menších rozmerov, sebaobslužné aktivity, úprava prostredia),
- na rozvoj grafomotoriky – nácvik účelného úchopu, manipulácia s písacím materiálom, prípravné cvičenia na písanie,
- tréning vizuomotorickej koordinácie,
- spontánna výtvarná činnosť,
- prvky arteterapie.

Vhodné intervenčné metódy: štruktúrované učenie, prvky montessori pedagogiky, prvky aplikovanej behaviorálnej analýzy, terapia senzorickej integrácie a iné podľa potrieb a možností dieťaťa a jeho rodiny.

Nácvik sebaobsluhy a hygieny

Pri nácviku každej sebaobslužnej činnosti je nevyhnutná postupná algoritmizácia – rozdelenie činnosti na jednotlivé čiastkové kroky – napr. úchop lyžice, naberanie na lyžicu, tréning obliečania len jednej časti odevu – a až po zvládnutí pristúpiť k ďalšiemu kroku. Jednotlivé kroky najprv podľa potreby precvičujeme osobitne a potom spájame do celku:

- nácvik samostatného jedenia, pitia, používanie lyžice, stolovanie,
- spolupráca pri obliekaní, vyzliekaní, samostatné vyzliekanie a obliekanie,
- toaletný tréning – primerane zrelosti CNS, v tejto oblasti je taktiež nevyhnutné zohľadniť aktuálnu pripravenosť dieťaťa na nácvik používania toalety (fyzický vek nie je adekvátnym kritériom).

Podpora sociálneho vývinu, rozvoj sociálnych zručností

Sociálny a emocionálny vývin dieťaťa raného a predškolského veku závisí predovšetkým od podmienok vytvorených rodinným prostredím – spôsobu výchovy, vzťahov s blízkymi osobami, ako aj celkového životného štýlu rodiny. Sociálny vývin zároveň úzko súvisí aj s vývinom komunikačných zručností. Obzvlášť v prvých rokoch života všetky aktivity podporujúce rozvoj komunikácie poskytujú dieťaťu aj sociálne a emocionálne podnety a naopak. V rámci poradenskej starostlivosti možno vplyvať na tieto oblasti vývinu najmä prostredníctvom poradenských rozhovorov s rodičmi. Cieľom je podpora vytvorenia stabilnej vzťahovej väzby medzi rodičom a dieťaťom, reflexia výchovného štýlu, v prípade potreby motivácia na zmenu. Niektoré sociálne a komunikačné zručnosti dieťaťa možno rozvíjať aj v rámci priamych intervencií v poradenskom zariadení, niektoré len v prostredí materskej školy (napr. kontakty s rovesníkmi) alebo v domácom prostredí. V ktoromkoľvek prostredí je však

dôležité zamerať sa na:

- vytváranie príležitostí na dostatok sociálnych interakcií,
- podporu reakcií dieťaťa na fyzický a sociálny kontakt, reakcie na oslovenie, reciprocitu v kontakte,
- rozvoj zdieľania pozornosti, spoločných zážitkov a emócií,
- interaktívne hrové aktivity (výmenné hry, kontaktné hry a pod.), rozvoj imitačných schopností,
- podporu porozumenia jednoduchým inštrukciám, nácvik verbálneho alebo neverbálneho vyjadrenia súhlasu, nesúhlasu, potreby, požiadavky,
- podporu porozumenia vlastným potrebám a pocitom, podľa možností dieťaťa aj porozumenia emóciám a správaniu iných ľudí,
- v predškolskom veku rozvoj primeraných reakcií na nové situácie, adaptácia na nové prostredie, nadväzovanie sociálnych kontaktov s rovesníkmi rešpektujúcim a sociálne prijateľným spôsobom, zapájania sa do spoločných aktivít a hier, kooperácia pri hre, akceptácia jednoduchých, zrozumiteľných pravidiel.

Hra (rozvoj hry) – nástroj intervencie

Hra: V ranom a predškolskom veku je hra najprirodzenejším spôsobom učenia a poznávania okolitého prostredia. 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 edukačných a stimulačných stratégiách (metóda aktívneho učenia, pedagogika a aplikovaná behaviorálna analýza využívajú hru pri nadväzovaní kontaktu, rozvoji komunikačných zručností a pod.).

V ranom veku je dôležitá podpora rozvoja exploračnej, manipulačnej a pohybovej hry, prostredníctvom ktorej získava dieťa zmyslové a pohybové skúsenosti a osvojuje si jednotlivé zručnosti.

U dieťaťa s globálnym zaostávaním vo vývine často pozorujeme obmedzený repertoár exploračných aj manipulačných aktivít, prípadne stereotypné zaobchádzanie s predmetmi (napríklad hádzanie, vysýpanie nádob, krátka exploračia hračky a odhadzovanie), manipuláciu len s jedným predmetom alebo uprednostňovanie len pohybovej aktivity bez záujmu o hračky alebo predmety. Je dôležité (primerane individuálnym predpokladom každého dieťaťa) vytvárať príležitosti a poskytovať možnosti na rozvoj a objavovanie 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 aj rozvoj ďalších kognitívnych schopností. Rozvoj týchto štádií hry možno podporiť:

- využitím konceptov ako montessori pedagogika, metóda Lilli Nielsenovej, aplikovaná behaviorálna analýza,
- pozorovaním dieťaťa, imitáciou jeho spôsobu hry, sprevádzaním a komentovaním aktivity dieťaťa s pripájaním sa k jeho činnosti a postupným ponúkaním ďalších rozširujúcich prvkov v hre (princípy metódy O. T. A.),
- terapiou hrou, filiálnou terapiou.

Na symbolickú a námetovú hru je potrebné taktiež cielene vytvárať príležitosti a dieťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom na ňu prizývať. V predškolskom veku treba venovať pozornosť aj rozvoju kooperatívnej hry s rovesníkmi, podľa schopností dieťaťa zapájať aj spoločenské hry s nácvikom akceptácie jednoduchých pravidiel a didaktické hry, prostredníctvom ktorých si dieťa môže osvojiť niektoré požadované vedomosti a zručnosti potrebné pre

nadchádzajúce primárne vzdelávanie.

Hra je nevyhnutnou súčasťou telesného, kognitívneho a sociálneho vývinu dieťaťa. Ak chceme dieťa podporiť prostredníctvom hry, musí byť hra zaujímavá, aby bolo dieťa prirodzene motivované, a dieťa musí mať zručnosti, ktoré mu umožnia danú hru (činnosť) úspešne vykonávať. Je dôležité voliť také hrové činnosti, ktoré sú adekvátne schopnostiam dieťaťa a jeho vývinovej úrovni.

Rozvoj komunikačných zručností

V rečovom vývine nejde len o vývin samotnej reči, ale o jazyk ako taký. Jazyk neznamena iba naučiť sa rozprávať, patrí k nemu aj vnímanie reči tela, očný kontakt a iné neverbálne prejavy, ktoré zvyšujú účinnosť komunikácie. Deti s globálnym zaostávaním vo vývine majú výrazné obmedzenia v oblasti reči a komunikácie ako takej. Preto je možné už v ranom veku používať formy náhradnej komunikácie, napr. Baby Signs, posunková reč, obrázkové systémy – VOKS, PECS, Makaton a iné ako prostriedok dorozumenia sa s okolím. Náhradná komunikácia pomáha redukovat frustráciu a znižovat prejavy nevhodného správania, ktoré súvisia s tým, že sa dieťa nedokáže vyjadriť hovorenou rečou. Pri výbere vhodnej formy náhradnej komunikácie je nevyhnutné zvážit vývinovú úroveň dieťaťa, jeho individuálne schopnosti a vhodnosť zvolenej formy náhradnej komunikácie. Odborník, ktorý dieťa v intervencii sprevádza, by mal spolupracovat s rodinou, materskou školou, prípadne so službou včasnej intervencie na úspešné zavedenie náhradného komunikačného systému do bežného života dieťaťa a rodiny. Ak sa dieťa, u ktorého sa nevyvíja reč štandardne, naučí komunikovat akoukoľvek formou náhradnej komunikácie, dokáže sa ľahšie začlenit do prostredia školy, hrových aktivít, bude lepšie prijímané rovesníkmi. Uvádzame najčastejšie využívané metódy, avšak znova zdôrazňujeme, že aj pri výbere metódy je dôležité zohľadnit potreby a možnosti konkrétneho dieťaťa a jeho rodiny.

Baby signs – znakovanie pre batolátá

Program znakovkej reči pre počujúce batolátá je metóda, ktorá rozvíja u detí schopnosť používať gestá. Program Baby Signs® pomáha deťom pomocou znakov vyjadriť, čo potrebujú, ako sa cítia, na čo myslia. Vďaka znakovaniu začínajú skôr rozprávať a jednoduchšie sa vyjadrujú. Väčšina detí dokáže znakovat a rýchlosť, s ktorou si znaky osvoja, závisí od individuálnych daností každého dieťaťa.

VOKS – výmenný obrázkový komunikačný systém

Je vhodný pre deti, ktoré nerozprávajú alebo používajú málo slov, alebo používajú slová nefunkčne. Systém sa delí na niekoľko lekcií, ktoré sa dieťa postupne učí s podporou odborníka, rodičov či učiteľov. Voľba obrázkov je prispôbena vývinovej úrovni dieťaťa. Cieľom je pomôcť dieťaťu vyjadriť svoje potreby a podporit vývin reči. Výsledkom je komunikačná kniha, tabuľka, ktorú dieťa aktívne používa. Obrázky môžu byť v tlačenej forme alebo môžu byť používané prostredníctvom špeciálnych softvérov, prípadne môže ísť o ich kombináciu.

Posunkový jazyk

Je prirodzeným jazykom komunity nepočujúcich, ktorý má svoje pravidlá. Posunky sa využívajú ako jedna z alternatívnych foriem komunikácie aj u detí s mentálnym postihnutím, detí s narušenou komunikačnou schopnosťou a pod.

Totálna komunikácia – celostná (globálna) komunikácia

Ide o komplexné pôsobenie na dieťa. Zahŕňa používanie všetkých dostupných prostriedkov, aby dieťa mohlo komunikovat, učiť sa – využívanie a kombinovanie gest, posunkov, nákresov, obrázkov, pomocných artikulačných znakov, zvukov. Dôležitý je individuálny výber efektívnej komunikačnej

formy, pretože pre každé dieťa je vhodná iná kombinácia.

Počas intervencií je možné používať prvky z iných prístupov, napr. z ABA, O. T. A., bazálnej stimulácie, je možné používať aj asistenčné technológie (komunikátory, switche, komunikačné softvéry a pod.). Nevyhnutné je využívanie efektívnych komunikačných stratégií.

Komunikačné a sociálne zručnosti je možné podporovať rôznymi spôsobmi a dopĺňať ich podľa potrieb a možností dieťaťa. Vždy je potrebné zhodnotiť schopnosti dieťaťa, jeho aktuálne komunikačné potreby, rovnako však aj možnosti poradenského zariadenia, ako aj rodičov. Cieľom nie je dieťa zahltiť veľkým množstvom nápadov, ktoré nie sú reálne naplniteľné v bežnom živote. Komunikačný systém je potrebné budovať malými a postupnými krokmi, dať dieťaťu dostatok času.

6.1. Metódy priamej intervencie

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, úroveň porozumenia (verbálnej reči alebo neverbálne formy) a schopnosti spolupráce.

Bazálna stimulácia – 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, o deti s rizikovým, nerovnomerným alebo oneskorujúcim sa psychomotorickým vývinom, ale aj o 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 Nielsenovej – vytvorená pre deti s poškodením zraku a viacnásobným postihnutím, možno ju však úspešne využiť aj v edukácii detí s oneskorujúcim sa psychomotorickým vývinom. Základným princípom aktívneho učenia je vytvorenie tzv. reagujúceho prostredia, ktoré primeranými a dostupnými zmyslovými a pohybovými podnetmi motivuje dieťa na aktívnu samostatnú činnosť. Ďalším dôležitým princípom je úloha rodiča alebo dospelého – sprevádza dieťa v procese poznávania, rešpektuje jeho aktuálnu vývinovú úroveň, delí sa o zážitky, poskytuje spätnú väzbu. Metódu možno využiť v ranom veku alebo u detí, ktorých úroveň kognitívnych schopností neumožňuje použiť iné edukačné stratégie (nácvik alebo tréning zručností).

Koncept Snoezelen – forma terapie aj edukácie využívaná najmä v starostlivosti o deti a dospelých so závažnejším zdravotným znevýhodnením (mentálne, zmyslové alebo viacnásobné postihnutie). Vďaka bohatosti a výraznosti zmyslových podnetov môže byť vhodnou doplňujúcou metódou včasnej stimulácie dieťaťa s oneskorovaním vo vývine. Pobyt a aktivita v miestnosti Snoezelen podporuje vnímanie, pozornosť, cielené pohyby, uvedomenie si seba a okolitého prostredia.

Terapia porúch senzorickej integrácie – terapeutický prístup ergoterapeutky Anny Jane Ayersovej. Cieľom terapie je zlepšenie procesu senzorickej integrácie, t. j. procesu prijímania zmyslových stimulov, spracúvania a formovania primeranej reakcie. Stimuláciou vestibulárneho, propioceptívneho a taktilného systému možno dieťaťu pomôcť kvalitnejšie integrovať prichádzajúce zmyslové podnety z okolitého prostredia i vlastného tela a formovať adaptívne odpovede.

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 a oneskoreným

psychomotorickým vývinom. Základnými princípmi sú individuálny prístup, vizualizácia a štrukturalizácia obsahu. Pri obmedzenom porozumení reči uvedené princípy uľahčujú porozumenie situáciám, úlohám, edukačným aktivitám. Poskytujú dieťaťu prehľad o tom, čo a ako sa bude diať. Metódu štruktúrovaného učenia možno využiť v procese rozvoja komunikačných a sociálnych zručností, pri nácviku sebaobslužných činností, v rozvoji kognície a osvojovaní vedomostí.

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 aplikujeme aj v edukácii detí s oneskoreným psychomotorickým vývinom. 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.

Montessori (liečebná) pedagogika – pedagogicko-filozofický koncept, pôvodne určený deťom s mentálnym zaostávaním. Základným princípom je rešpektujúci prístup k dieťaťu s umožnením výberu edukačných aktivít. Prostredie a aktivity sú pripravované v súlade s tzv. senzitivnými vývinovými obdobiami. Vo veku 0 až 3 roky je to rozvoj zmyslového vnímania, osvojovanie si 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 nácvik čítania. Pri využívaní prvkov montessori pedagogiky v práci s dieťaťom s oneskorujúcim sa psychomotorickým vývinom je potrebné zohľadniť, že senzitivné obdobie, v ktorom sa práve nachádza, nemusí zodpovedať jeho fyzickému veku.

Metóda Sindelar je určená primárne deťom s intelektom v rámci normy, ale s nerovnomerným vývinom tzv. parciálnych (čiastkových) funkcií. Súbor cvičení je vytvorený práve na podporu rozvoja týchto schopností – schopnosti zrakovej a sluchovej diskriminácie, analýzy – syntézy, zrakovej a sluchovej pozornosti a pamäti, schopnosti intermodálneho kódovania, vnímania postupnosti, plánovania činností, vnímania vlastnej telesnej schémy a rozvoja priestorovej orientácie. Niektoré cvičenia možno s príslušnou modifikáciou využiť aj v podpore celkového rozvoja detí s globálnym zaostávaním vo vývine s predikciou ľahkého mentálneho zaostávania, najmä pred nástupom primárneho vzdelávania. Dôležité je však úlohy vyberať aj modifikovať individuálne podľa schopností aj úrovne porozumenia každého dieťaťa.

Feuersteinova metóda inštrumentálneho obohacovania – vytvorená pôvodne pre deti pochádzajúce z nedostatočne podnetného sociálneho prostredia s následnými ťažkosťami vo vzdelávaní. V edukácii detí predškolského veku možno využiť Feuersteinovu metódu inštrumentálneho obohacovania – basic. Je určená deťom s oslabeniami v poznávacích procesoch, prejavujúcimi sa prijímaním izolovaných informácií, ťažkosťami v porozumení vzájomných súvislostí, resp. prepájaní vedomostí a skúseností. Metóda pomáha štruktúrovať a triediť informácie, spájať ich do súvislostí, obohacovať slovnú zásobu a taktiež reflektovať proces učenia. Zároveň dáva do pozornosti potrebu rozvoja vnútornej motivácie.

Okrem uvedených metód možno v edukácii detí s oneskoreným psychomotorickým vývinom využiť (podľa možností jednotlivých poradenských centier) aj mnohé ďalšie, podľa priorít a možností rodiny, zohľadňujúc vývinové možnosti dieťaťa v jeho najlepšom záujme – napr. prvky muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, terapiu hrou, príp. ďalšie. Kľúčovým predpokladom dobrej spolupráce je to, aby rodič porozumel a bol stotožnený s cieľom, pre ktorý sme tú-ktorú metódu stimulácie vývinu jeho dieťaťa zvolili.

V rámci multidisciplinárneho prístupu okrem psychológa a špeciálneho pedagóga participujú na starostlivosti o dieťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom aj logopéd a fyzioterapeut.

Logopedická starostlivosť je zameraná na stimuláciu vývinu reči (impresívnej i expresívnej zložky) a poradenstvo pre rodičov týkajúce sa najmä vhodných komunikačných stratégií podporujúcich porozumenie a rozvoj komunikácie. Pokiaľ vývin verbálnej reči dlhodobo stagnuje, je potrebné v rámci multidisciplinárnej spolupráce (logopéd, špeciálny pedagóg, psychológ) hľadať vhodné formy náhradnej komunikácie a trénovať jej používanie (kompenzovať absentujúcu alebo málo funkčnú reč). V predškolskom veku (ak je rozvinutá verbálna reč) sa logopedické intervencie orientujú na korekciu porúch výslovnosti, ale aj rozvoj ďalších jazykových rovín – morfológicko-syntaktickej, lexikálno-sémantickej, pragmatickej a foneticko-fonologickej (napríklad program fonemického uvedomovania podľa Elkonina). Viac o logopedickej starostlivosti je v OŠ Starostlivosť o deti/žiacov s narušenou komunikačnou schopnosťou.

Fyzioterapia – v starostlivosti o deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom možno v poradenských centrách využiť najmä liečebnú telesnú výchovu. Jej cieľom je osvojenie správnych pohybových stereotypov, zlepšenie pohybovej koordinácie, nácvik niektorých pohybových zručností (chôdza s oporou, samostatná chôdza, chôdza po schodoch, po nerovnom teréne, prekonávanie prekážok, lezenie, prenášanie predmetov a pod.), ďalej cvičenia zlepšujúce držanie tela, stabilitu, posilnenie svalstva. Ak je zaostávanie v motorickom vývine výraznejšie, je dôležité odporučiť vyšetrenie detským rehabilitačným lekárom, ktorý určí použitie ďalších fyzioterapeutických metód (koncept Bobath, príp. iné). Viac informácií o fyzioterapeutických metódach je uvedených v štandarde - Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s viacnásobným postihnutím.

7. Príklad z praxe

Hanka – 8 rokov a 5 mesiacov, 1. ročník špeciálnej základnej školy

Príklad dobrej praxe vychádza z reálnej kazuistiky dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom v ranom a predškolskom veku a neskôr diagnostikovaným stredným stupňom mentálneho zaostávania.

Rodičia s Hankou prvýkrát navštívili ČŠPP v čase, keď mala 2,8 roka. Špeciálnopedagogickú starostlivosť odporučila klinická psychologička pre výraznejšie zaostávanie v celkovom psychomotorickom vývine aj vo vývine reči. Hanka je sledovaná vo viacerých odborných ambulanciách pre oneskorenie fyziologického vývinu a celkové neprospievanie (nízky vzrast, nízka hmotnosť) – FRO, neurologická, oftalmologická. Taktiež je v dispenzári endokrinologickej i gastroenterologickej ambulancie (črevná malabsorpcia, bližšie neurčená). Genetické vyšetrenie kvôli fenotypu Silverovho – Russelovho syndrómu (prejavujúci sa poruchami rastu). Neurologická diagnostika: hypotonický syndróm, CTP – centrálna tonusová porucha, mikrocefália. FRO vyšetrenie: oneskorené dosahovanie očakávaného stupňa fyziologického vývinu. Oftalmologické vyšetrenie: myopia, strabizmus.

V ČŠPP bolo dieťa zaradené do starostlivosti odborného zamestnanca, ktorý sa venuje primárne ranej starostlivosti, v tomto prípade špeciálneho pedagóga/koordinátora klienta.

Diagnostika:

Špeciálnopedagogickej diagnostike boli venované 3 stretnutia. Bola orientovaná na úroveň kognitívnych zručností, komunikačných a sociálnych zručností, sebaobsluhy, jemnej a hrubej motoriky. Použité metódy: rozhovor s rodičom, pozorovanie, Strassmeierova škála, vývinový profil podľa Allenovej – Marotzovej. Úvodné rozhovory s rodičmi boli zamerané na získanie anamnestických údajov a informácií o dieťati, najmä o jeho aktivite v domácom prostredí, spôsobe komunikácie, obľúbených hrách, činnostiach a pod. Zároveň boli rozhovory fokusované aj na očakávania rodičov. Keďže poradenské centrum bolo v danom období súčasťou špeciálnej materskej školy, jedným z ich

zámerov bolo aj umiestnenie dieťaťa v špeciálnej materskej škole po dovŕšení tretieho roku. Rodičia si boli vedomí, že dieťa vyžaduje starostlivosť, ktorú by mu bežná materská škola nebola schopná za bežných podmienok poskytnúť. Hanka nerozprávala, nemala osvojené hygienické návyky a aj v ďalších sebaobslužných činnostiach bola nesamostatná, nevedela sa obliecť, obuť, samostatne jesť. Keďže stále mala veľmi nízku hmotnosť aj výšku (výrazne zaostávajúcu za priemerom detí jej veku), bolo dôležité, aby aj počas pobytu v materskej škole niekto pravidelne a dôsledne dbal o príjem jedla. Ďalšou z výhod špeciálnej materskej školy bola aj dostupnosť služieb centra špeciálnopedagogického poradenstva (psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd, fyzioterapeut).

V čase vstupnej diagnostiky (vo veku 32 mesiacov) úroveň jej psychomotorického vývinu dosahovala približne úroveň 12 až 15 mesiacov. Komunikovala neverbálne, dokázala vyjadriť svoje želanie ukazovaním na žiadaný predmet, rozumela jednoduchým kontextovo viazaným inštrukciám, naznačila používanie niektorých predmetov dennej potreby (zubná kefka, šálka, lyžica...), ukázala na seba základné časti tela. V hre a manipulácii s predmetmi sa objavovali väčšinou len prvky exploračného štádia, skúmanie predmetov, vysýpanie nádob z hračkami, krátkodobé skúmanie, opätovné ukladanie hračiek do nádoby, vkladanie menších predmetov do väčších pri výraznom rozdieli. Námetová ani symbolická hra neboli rozvinuté. **V jemnej motorike:** dokázala uchopiť a vkladať guľôčky do fľaše, kocky do malej nádoby, otvoriť papierovú krabičku, otáčať strany v knihe (viac strán naraz). Manipuláciu s kockami odmietala. Vedela uchopiť ceruzku a chvíľu čmárať. **Hrubá motorika:** chôdza bola už samostatná, bez opory, ešte mierne nekoordinovaná, chôdza po schodoch v štádiu nácviku.

Prvé ciele psychologické vyšetrenie so zameraním na približné určenie intelektu sa zrealizovalo, keď mala Hanka takmer 4 roky (presne 3 roky a 9 mesiacov). Metrickým vyšetrením neverbálneho intelektu pomocou inteligenčného testu SON-R bol zhodnotený aktuálny neverbálny výkon v rozsahu mentálneho zaostávania.

Intervencie:

V rámci multidisciplinárnej spolupráce v CŠPP bola Hanka v starostlivosti špeciálneho pedagóga, logopéda a fyzioterapeuta.

Špeciálnopedagogické intervencie: Boli zamerané na podporu kognitívneho vývinu, jemnej motoriky, komunikačných zručností a sociálnych zručností. V oblasti kognitívneho vývinu: stimulácia zmyslového vnímania – poznávanie predmetov a ich vlastností, priradovanie a triedenie podľa spoločných vlastností, neskôr priradovanie a triedenie podľa farby, tvaru, veľkosti pri výrazných rozdieloch, priradovanie konkrétnych predmetov k obrázkom, priradovanie jednoduchých obrázkov. Jemná motorika: činnosti s jednoduchými manipulačnými hračkami, spájanie, rozpájanie veľkých častí stavebníc (lego mega bloks, magnetická skladačka a pod.), navliekane väčších koliesok na tyč, otváranie, zatváranie, rozvoj trojprstového úchopu prostredníctvom aktivít montessori pedagogiky – manipuláciou s prírodným materiálom, predmetmi dennej potreby, aktivitami denného života. V intervenciách boli využité prvky bazálnej stimulácie – stimulačná masáž ruky, somatická stimulácia, zraková, hmatová stimulácia spojená s pobytom v miestnosti Snoezellen, manipulácia s predmetmi a hračkami v tzv. reagujúcom prostredí podľa metódy aktívneho učenia Lilli Nielsenovej, niektoré aktivity montessori pedagogiky, ďalej bežné špeciálnopedagogické metódy – metóda multisenzorického prístupu pri oboznamovaní sa s novými podnetmi, metóda algoritmickej a štrukturalizácie procesu osvojovania jednotlivých zručností. Neskôr, približne vo veku 5 rokov dieťaťa, boli postupne zaraďované prvky štruktúrovaného učenia. V špeciálnopedagogických intervenciách bolo podporované aj porozumenie reči (hračky, predmety dennej potreby, časti odevu, činnosti bežného života, jednoduché inštrukcie a pod.).

Logopedické intervencie: rodičia boli poučení o komunikačných stratégiách využívaných pri rozvoji

reči. Na efektívnejší rozvoj komunikačných zručností boli navrhované aj možnosti zavedenia prvkov alternatívnej komunikácie (konkrétne výmenný obrázkový komunikačný systém, keďže Hanka v predškolskom veku obľubovala činnosti s obrázkami – pexesové obrázky, loto a pod.) Rodičia však dlho odmietali možnosť iných foriem komunikácie, zameriavali sa intenzívne len na podporu rozvoja verbálnej reči. Až keď Hanka dovŕšila 6 rokov, pristúpili na možnosť zavedenia aspoň niektorých znakov zo znakového systému Baby signs. K tomuto rozhodnutiu prispeli aj odporúčania klinickej logopédky a aj tímu odborníkov Služby včasnej intervencie. Tesne pred nástupom do školy (nastúpila po dvoch odkladoch ako osemročná) zvažovali využitie PC komunikátora, ktorý by pomohol Hanke dorozumieť sa aj v novom prostredí, s novými ľuďmi, ktorí ju nebudú poznať a nebudú jej rozumieť.

Fyzioterapeutická starostlivosť: individualizovaná liečebná telesná výchova, hydroterapia a orofaciálna stimulácia.

V rámci medzirezortnej spolupráce špeciálny pedagóg/koordinátor klienta komunikoval najmä s odborníkmi Služby včasnej intervencie, ktorí pravidelne navštevovali rodinu a s klinickou psychologičkou.

Poradenstvo:

Špeciálnopedagogické poradenstvo sa týkalo najmä efektívnych metód rozvoja celkového psychomotorického vývinu, hľadanie vhodných foriem podpory komunikačných zručností, neskôr hľadanie vhodnej formy alternatívnej komunikácie. Postupne sa objavili aj témy týkajúce sa ďalšej edukácie. Rodičia mali predstavu, že keď sa dieťa naučí rozprávať, osvojí si aj používanie toalety, stane sa viac samostatná v sebaobslužných úkonoch a nastúpi do bežnej materskej školy. Pokrok v týchto oblastiach však nebol taký rýchly. Taktiež pri úvahách o možnostiach primárneho vzdelávania mali rodičia najprv ambíciu inkluzívneho vzdelávania. Dúfali, že Hankine ťažkosti sú „len“ vývinového charakteru, že časom z nich „vyrastie“. Postupne, ako sa blížil čas nástupu školskej dochádzky, začali zvažovať aj možnosti vzdelávania v špeciálnej škole alebo v špeciálnej triede. Po prvom odklade školskej dochádzky ešte využili v tom čase už poslednú príležitosť tzv. dodatočného (alebo druhého) odkladu. V tomto prípade ho Hanke odporučila aj detská lekárka (stále nízky vzrast a nízka hmotnosť aj napriek podávaniu rastového hormónu). Posledný rok predškolskej dochádzky už boli rodičia rozhodnutí pre zaškolenie v špeciálnej základnej škole. Nielen z dôvodu výsledkov psychologickéj diagnostiky – mentálne zaostávanie, ale aj pre obavy, že Hanka bude v bežnej škole „stratená“, že jej nebudú rozumieť a deti ju neprijmú medzi seba, že nezvládne učivo bežnej základnej školy. V tom období dokázali už reálnejšie zhodnotiť Hankine možnosti a zároveň prijať jej limity. Ideálnym spôsobom vzdelávania by bolo pre Hanku zaškolenie v jednej zo špeciálnych tried, ktoré sú zriadené pri dvoch základných školách v mieste jej bydliska. Tento spôsob dával možnosť byť súčasťou bežnej základnej školy, nadväzovať kontakty so zdravými deťmi, zúčastňovať sa na spoločných záujmových aktivitách a na druhej strane poskytoval možnosť vzdelávania špeciálnym pedagógom v menšom kolektíve detí, individuálnym tempom a podľa učebných osnov špeciálnej školy. V danom školskom roku však nebolo v týchto triedach voľné miesto.

Pred zaškolením bola realizovaná komplexná diagnostika – špeciálnopedagogická a psychologická. Napriek tomu, že sa nenaplnili všetky očakávania rodičov, boli pozorovateľné vo všetkých diagnostikovaných oblastiach pokroky. Pozorovateľný bol pokrok v oblasti kognitívnych zručností, Hanka už dokázala triediť a priraďovať podľa farby, rozlišovala a priraďovala jednoduché geometrické a konkrétne tvary, triedila predmety podľa veľkosti. Dokázala porovnať veľkosť konkrétnych predmetov s porozumením pojmov veľký – malý, tieto pojmy vedela posunkom znázorniť. Vo verbálnej komunikácii nenastal želaný pokrok, Hanka však vedela použiť niekoľko znakov. Zlepšenie bolo evidentné aj v jemnej motorike a grafomotorike: naučila sa strihať, lepiť papier, správne uchopiť ceruzku, vyfarbiť plochu. Obľúbila si maľovanie štetcom, dokázala napodobniť kruh, vodorovné a zvislé čiary.

Psychologická rediagnostika potvrdila mentálne zaostávanie stredného stupňa.

Aktuálne je Hanka žiačkou prvého ročníka špeciálnej základnej školy. Rodičia udávajú, že adaptácia pre ňu nebola náročná, možno aj vzhľadom na podobné aktivity a priestory, na aké bola zvyknutá v materskej škole (miestnosť Snozellen, veľa času a priestoru na výtvarné aktivity a činnosti podporujúce rozvoj motoriky). Špeciálnu školu a tím pedagógov vnímajú ako bezpečné miesto pre svoje dieťa, v tomto období najvhodnejšie na napĺňanie jej potrieb. Zároveň však do budúcnosti nevyklúčujú možnosť pokúsiť sa o zaradenie do špeciálnej triedy zriadenej pri bežnej základnej škole a pokúsiť sa tak o aspoň čiastočnú inklúziu.

8. Literatúra

ALLEN, K. E. - MAROTZ, L. R. 2002. Přehled vývoje dítěte od přenatálního 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. 2015. Diagnostika dítěte předškolního věku (co by mělo umět dítě ve věku od 3 do 6 let). 2. vydanie. Brno: Edika, 2015. 217 s. ISBN 978-80-266-0658-1.

CASE-SMITH, J. 2015. Occupational Therapy for Children and Adolescents, 7. vydanie, ZOLLITSCH, B., DEAN, A. 2010. Authentic Assessment in Infant & Toddler Care Settings: Review of

Recent Research. [Online]. Dostupné na internete: <https://ecpcprofessionaldevelopment.dec-sp.ed.org/wp-content/uploads/Resources/Authentic-Assessment-Child-Care.pdf>.

ČADILOVÁ, V. - ŽAMPACHOVÁ, Z. et al. 2015. Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra. 4. vydanie. Praha: Pasperta, 2015. 46 s. ISBN 978-80-905993-6-9.

FRIEDLOVÁ, K. 2015. Bazální stimulace pro pečující, terapeutky, 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.

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

POUSSIN, CH. 2017. Montessori od narodenia do 3 rokov. 1. vydanie. Bratislava: Citadella, 2017.

176 s. ISBN 978-80-8182-078-6.

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

SINDELAROVÁ, B. 1996. Předcházíme poruchám učení. 1. vydanie. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-85282-70-4.

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.

TAYLOR, G. L. - JOSEPH, R. M. - KUBAN, K. C. K. - DOUGLASS, L. M. - LAUX, J. - ANDREWS, B. - FRY, R. C. - PRICE, W. A. - O'SHEA, T. M. 2021. Changes in Neurodevelopmental Outcomes From Age 2 to 10 Years for Children Born Extremely Preterm In Pediatrics. [online.] American Academy of Pediatrics, 2021. Volume 147, (5). Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-001040>.

VANČOVÁ, A. 2010. Pedagogika viacnásobne postihnutých. 1.vydanie. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzita Komenského, 2010. 172 s. ISBN 978-80-970228-1-5.

Vyhláška č. 325/2008 Z. z. školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní.