

Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s telesným postihnutím

Autorky: Mgr. Eva Kaletová
Mgr. Katarína Maťašová

Hodnotiteľky: PaedDr. Elena Luptáková
Mgr. Blažena Hoferiková, PhD.

Recenzentky: doc. PaedDr. Terézia Harčaríková, PhD.
Mgr. Iveta Sepešiová

Obsah

1. Úvod do problematiky	4
2. Dopady/vplyv na vzdelávanie	5
2.1. Dopady na vzdelávanie v oblasti pohybu a motoriky	6
2.2. Dopady na vzdelávanie v oblasti priestorovej orientácie.....	7
2.3. Dopady na vzdelávanie v oblasti zmyslového vnímania	7
2.4. Dopady na vzdelávanie v oblasti komunikácie.....	7
2.5. Dopady na vzdelávanie v oblasti emócií a správania	8
2.6. Dopady na vzdelávanie v oblasti myslenia a pamäti.....	8
2.7. Prvky podpory v edukačnom procese	9
3. Špecifická diagnostika detí s uvedenou problematikou	10
3.1. Psychologická diagnostika	11
3.2. Špeciálnopedagogická diagnostika	12
3.3. Logopedická diagnostika.....	14
3.4. Liečebno-pedagogická diagnostika	14
4. Nepriame intervencie	15
4.1. Intervencia vo vzťahu školy a pedagógov	16
4.2. Intervencia vo vzťahu k triednemu kolektívu – klíma triedy.....	16
5. Priame intervencie	18
5.1. Raná intervencia.....	18
5.2. Poradenstvo	20
5.3. Reedukácia	21
5.4. Rehabilitácia	22
5.5. Terapia.....	23
6. Príklad z praxe.....	28
7. Použitá literatúra	30

Zoznam skratiek

AAK	System alternatívnej a augmentatívnej komunikácie
CNS	Centrálne nervové sústava
CMŠ	Cirkevná materská škola
CPP	Centrum poradenstva a prevencie
CVI	Centrum včasnej intervencie
DMD	Duchennova muskulárna dystrofia
DMO	Detská mozgová obrna
EEG	Elektroencefalogram (zápis synaptických potenciálov nervových buniek mozgu)
MDT	Multidisciplinárny tím
MŠ	Materská škola
NEPS	Neuropsychologický vývinový skrining
NKS	Narušená komunikačná schopnosť
SIT	Terapia senzorickej integrácie podľa J. Ayresovej
SŠ	Stredná škola
ŠCPP	Špecializované centrum poradenstva a prevencie
ŠPT	Školský podporný tím
ŠVVP	Špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby
ZŠ	Základná škola
ZZ	Zákonný zástupca

1. Úvod do problematiky

Telesné postihnutie je z hľadiska symptomatológie a etiológie značne heterogénne vnútorne štruktúrovaný fenomén z pohľadu kvality a kvantity.

Môžeme ho definovať ako trvalú kvalitatívnu a kvantitatívnu zmenu v schopnosti vykonávať pohyb v dôsledku narušenia pohybového, nosného aparátu, ako aj v dôsledku poruchy nervového aparátu, pričom stupeň závažnosti tejto zmeny môže mať charakter od ľahkého až po ťažký, resp. až po úplnú neschopnosť (Harčaríková, 2011).

Príčiny telesného postihnutia predstavujú zmeny na pohybovom aparáte. Týkajú sa kostí, svalov, kĺbov a šliach. Vznikajú na základe dedičnosti, choroby alebo úrazu.

V nasledujúcej časti prinášame charakteristiku najčastejšie sa vyskytujúcich telesných postihnutí, ktoré sme rozdelili z hľadiska času ich vzniku.

Vrodené anomálie lebky a chrbtice

Anomálie tvaru lebky – sú najčastejšie spôsobené predčasným zrastením lebečných švov (kраниostenóza).

Anomálie veľkosti lebky – príčinou sú vrodené ochorenia centrálného nervového systému.

K najčastejšie sa vyskytujúcim patria makrocefalus, mikrocefalus a hydrocefalus.

Vrodené anomálie chrbtice

Rázštep chrbtice (spina bifida) – vzniká neuzavretím medulárnej trubice, najčastejšie v bedrovej oblasti. Obyčajne však ide o čiastočný rázštep chrbtice. V bedrovej časti sa neuzavretím miechového kanála vytvorí vakovitý útvar pokrytý tenkou kožou. Do vaku je vyliata miecha s miechovými plenami (meningomyelokéla) alebo len miechové pleny (meningokéla). Na označenie týchto prípadov sa používa aj termín myelodysplázia.

Vrodené anomálie končatín

K vrodeným anomáliám končatín zaraďujeme podľa Janeca (1991) a Šlapala (2007) nasledujúce: **Amélia** – úplné chýbanie končatín; **dysmélia** – vyskytuje sa v rôznych kombináciách. Končatiny sa nevyvinuli správne (chýbajú jednotlivé články prstov, články prstov vyrastajú priamo z predlaktia, kosti končatín nie sú dostatočne vyvinuté alebo chýbajú a pod.). **Fokomélia** – končatina vyrastá priamo z trupu (v hovorovej reči sa na toto označenie používa aj výraz tulenia ruka); **syndaktýlia** – zrastené prsty; **polydaktýlia** – viacprstosť.

Detská mozgová obrna (DMO)

Detská mozgová obrna (ďalej len „DMO“) patrí medzi najčastejšie neurovývojové ochorenia (J. Kraus, 2005). Je to ochorenie neprogresívne, no vo svojich prejavoch nie nemenné. Najvýraznejšie zmeny postihujú muskulárno-skeletálny aparát. Spasticita podľa Krausa (2005) a Šlapala (2007) obmedzuje normálnu hybnosť, nedovoľuje spontánne ťahať sval, výsledkom čoho je tzv. „vynútené“ držanie, porucha rastu svalov a vznik kontraktúr, deformít kĺbov a kostí. Podľa klasického členenia sa DMO delí na formy **spastické** a **nespastické**.

Väčšina autorov (A. Stehlík, 1977, I. Lesný, 1985, J. Kraus, 2005) rozoznávajú dve základne formy DMO

– spastickú a nespastickú formu. Medzi spastické formy DMO zaraďujeme hemiparetickú formu, diparetickú formu a kvadraparetickú formu. K nespastickým formám zaraďujeme dyskinetickú formu a hypotonickú formu DMO.

Získané telesné postihnutie

K častým typom získaných telesných postihnutí podľa Šlapala (2007) a Renotierovej (2003) patria následky rôznych druhov úrazov končatín vrátane amputácií.

Poranenia hlavy a mozgu – dôsledky traumy mozgu a centrálného nervového systému sú veľmi rôznorodé. Závisia od miesta a rozsahu, ako aj od času vzniku úrazu a od možností ošetrenia a liečenia. Za pomerne častý dôsledok poranenia mozgu a centrálnej nervovej sústavy (ďalej len „CNS“) sa považujú poranenia a úrazy miechy.

Poranenia mozgu a miechy – najčastejšie sa vyskytujú nasledujúce: otras mozgu (commotio cerebri), stlačenie mozgu (compresio cerebri), pomliaždenie mozgu (contusio cerebri), krvácanie do mozgu; priame poškodenie sivej a bielej mozgovej hmoty; narušenie alebo prerušenie miechových nervových zväzkov; krvácanie do miechy.

K získaným telesným postihnutiam bez mozgového poškodenia patria:

Amputácia – oddelenie časti orgánu alebo časti či celej končatiny od ostatného tela. Okrem úrazu môže byť ich príčinou aj cievne ochorenie, zhubné nádory na končatinách, prípadne sepsa, ktorú nebolo možné zvládnuť bežnými liečebnými prostriedkami.

K najznámejšej progresívnej chorobe, ktorá má za následok telesné postihnutie, patrí svalová dystrofia.

Myopatia – progresívna svalová dystrofia. Svalová dystrofia je široký termín označujúci geneticky determinované ochorenie, ktoré zasahuje svalstvo. Tento termín zahŕňa viacero špecifických genetických chýb, ktoré sa prejavujú ochabovaním svalstva – postupne ochabuje kostrové svalstvo končatín a trupu. Prvé príznaky sa objavujú už v detstve, pričom neskôr často dochádza až k úplnej imobilite.

Duchennova muskulárna dystrofia (DMD) – patrí k najčastejšie sa vyskytujúcim a najprogresívnejším svalovým dystrofiám v detskom veku. Má nepriaznivú prognózu. Sú ňou postihnutí väčšinou chlapci, vo veľmi ojedinelých prípadoch aj dievčatá. V odbornej literatúre sa uvádza 1 : 3 500 novonarodených chlapcov. Táto svalová dystrofia bola podrobne opísaná v roku 1861 lekárom G. B. Duchennom, po ktorom bola aj následne pomenovaná. Choroba sa viaže buď na chromozóm X recesívne, alebo vzniká spontánne vo vaječnej bunke matky (Mortier, 1994 in Vítková, 2006). Dystrofínový gén je lokalizovaný práve na chromozóme X, a keďže ženy majú dve kópie tohto chromozómu, väčšinou sú len prenášačkami a majú len nepatrné problémy.

2. Dopady/vplyv na vzdelávanie

Na edukácii detí a žiakov s telesným postihnutím je špecifické to, že je potrebné vyrovnať sa s rôznorodými poruchami hybnosti. Porucha hybnosti môže zasiahnuť jemnú aj hrubú motoriku. Na začiatku školskej dochádzky je potrebné u detí/žiakov s telesným postihnutím zistiť úroveň pohybových možností, či sa môžu pohybovať samostatne alebo s pomocou. Ako uvádza Vítková (2006) školské prostredie dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím je potrebné riešiť tak, aby bol čo možno najviac nezávislý od cudzej pomoci (toaleta, školská jedáleň, šatňa...). Mobilita jednotlivcov s telesným postihnutím veľmi podstatne ovplyvňuje kvalitu ich života a tiež sa stáva veľmi dôležitým

predpokladom ich úspešnej sociálnej integrácie. Telesné postihnutie môže mať aj vedľajšie obmedzujúce faktory v podobe neprítomnosti v škole, predovšetkým z dôvodov častých lekárskeho zákrokov a následnej starostlivosti vrátane pobytov v kúpeľoch, môžu byť viac unaviteľní a pociťovať potrebu častejšej relaxácie.

Dieťa/žiak s DMO má okrem problémov s jemnou a hrubou motorikou aj komunikačné problémy, ktoré voväčšej či v menšej miere znemožňujú kontakt dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím s učiteľom. Na vyučovaní má byť dieťa/žiak s telesným postihnutím aktívny, flexibilný, zvedavý. Často však títo jednotlivci trpia frustráciou v dôsledku toho, že nemôžu dosiahnuť ciele, ktoré by boli úmerné ich aktivite. Maximálna snaha, vzhľadom na ich postihnutie a minimálny dosiahnutý výsledok, ich môže podľa Krausa (2005) priviesť k pasivite a k očakávaniu pomoci z okolia.

Špecifiká edukácie detí/žiakov s telesným postihnutím závisia vždy od druhu a stupňa postihnutia.

2.1. Dopady na vzdelávanie v oblasti pohybu a motoriky

V prípade, že ide o postihnutie len dolných končatín, môže sa dieťa/žiak zúčastňovať na vzdelávaní takmer bez obmedzenia.

Ďalšou skupinou sú deti/žiaci s postihnutím horných končatín. Postihnutie horných končatín sa v plnej miere prejaví v školskej práci, ako je písanie, dopĺňanie, obkresľovanie a podobne. V niektorých prípadoch dieťa/žiak nie je schopný plniť tieto úkony. Z toho dôvodu je potrebné pripraviť mu špeciálne písacie potreby, zväčšené texty na dopĺňovanie, pretože písmo je často abnormálne veľké alebo nečitateľné. Proces nácviku samotného písania prebieha pomalšie, väčšiu pozornosť je potrebné venovať v prvom rade dychovým cvičeniam, zvlášť u detí a žiakov s detskou mozgovou obrnou, uvoľňovacím cvičeniam ramenného, laktového a zápästného kĺbu a ruky a prípravným cvičeniam na písanie. Podľa potrieb dieťaťa/žiaka je vhodné dlhší čas používať širšie riadky na písanie, zošity s pomocnou liniatúrou či násadky na ceruzky rôznej veľkosti. V edukačnom procese je potrebné rešpektovať telesné a pohybové osobitosti, u detí/žiakov s vrodenými vývinovými chybami končatín je potrebné aplikovať kompenzačný spôsob písania: špeciálny výcvik písania ústami, špeciálny výcvik písania opozíciou brady a ramena, špeciálny výcvik písania kýptami, špeciálny výcvik písania nohou, špeciálny výcvik písania na počítači (využívame tu aj rôzne prídavné špeciálne zariadenia, napríklad ergonomickú myš alebo ergonomickú klávesnicu a iné). Narušenie jemnej motoriky ruky má podstatný vplyv na akúkoľvek grafomotorickú činnosť a aj na praktické zručnosti. Jednotlivec môže mať nielen problémy pri písaní, ale aj problémy vo všetkých výchovných predmetoch vrátane pracovného vyučovania.

Jednotlivec s DMO môže mať v dôsledku narušenia jemnej motoriky hornej končatiny, ako aj v dôsledku pretrvávajúcich spaziem a kontraktí malých aj veľkých svalových skupín výrazné problémy pri uchopovaní písadla (aj pri uchopovaní predmetov rôznej veľkosti). V dôsledku narušenia koordinácie oka a ruky má problémy s cieleným pohybom, s vedením jednotlivých línií pri písaní. Jednotlivec s DMO môže mať ťažkosti s krčovitým úchopom písadla a aj s prítlakom na písaciu plochu. V dôsledku týchto prekážok v oblasti jemnej motoriky môžu mať deti/žiaci s postihnutím horných končatín výrazné problémy v geometrii – nielen s uchopovaním a manipuláciou s rysovacími pomôckami, ale aj pri samotnom procese rysovania. Vo vyšších ročníkoch sa ťažkosti môžu prejavíť napríklad pri laboratórnych cvičeniach na fyzike či chémii, a preto je podľa individuálnych charakteristík dieťaťa/žiaka vhodné praktické činnosti nahradiť opisom pracovného či konštrukčného postupu.

2.2. Dopady na vzdelávanie v oblasti priestorovej orientácie

Telesné postihnutie dieťaťa/žiaka môže mať negatívny dopad na orientáciu v priestoroch a okolí školy, ale aj na prácu na ploche. Vo vyučovaní sa u niektorých detí/žiacov ťažkosti v priestorovej orientácii prejavujú pri čítaní v riadku, deti/žiaci sa môžu „strácať v texte“, neplynule prechádzať z jedného riadka do druhého. Narušená priestorová orientácia sa môže prejavovať aj v predmetoch geografie a dejepisu pri orientácii na mape, pri práci so slepou mapou alebo pri orientácii na časovej (číselnej) osi. Dieťa/žiak s telesným postihnutím zvyčajne dokáže pracovať s malým školským zemepisným atlasom, u niektorých sa pri zmene veľkosti mapy môžu objaviť ťažkosti v priestorovej orientácii. Takýto žiak potrebuje usmernenie a pomoc zo strany učiteľa (asistenta), pretože môže mať prekážky v edukácii aj v oblasti geometrie.

2.3. Dopady na vzdelávanie v oblasti zmyslového vnímania

Pri telesnom postihnutí sa oslabenie zmyslového vnímania môže prejavovať vo forme nedostatočnej zrakovej alebo sluchovej diferenciacie. Poruchy sluchu sa vyskytujú prevažne pri dyskinetickej forme detskej mozgovej obrny (Jankovský, 2006). Narušený býva zvyčajne aj fonematický sluch, ide o sluchové rozlišovanie jednotlivých hlások (Kraus et al., 2005).

Poruchy zraku sa najčastejšie vyskytujú pri diparetickej forme detskej mozgovej obrny, keď je u detí/žiacov prítomný strabizmus. Pri detskej mozgovej obrne ide o poškodenie CNS, ktoré sa prejavuje neschopnosťou riadiť pohyby oboch očných buliev súčasne. Poruchy okohybných nervov a zraku (škulaivosť, tupozrakosť, atrofia zrakových nervov, krátkozrakosť, ďalekozrakosť) je v edukačnom procese potrebné korigovať kompenzačnými pomôckami a správnym umiestnením lavice dieťaťa/žiaka v triede. Pri čítaní je vhodné zvoliť väčšie a hrubšie písmo, dbať na dostatočné osvetlenie, riadiť sa metodickými usmerneniami špeciálneho pedagóga zameraného na oblasť zrakového postihnutia, ak je dieťa/žiak v jeho odbornej starostlivosti.

2.4. Dopady na vzdelávanie v oblasti komunikácie

Ťažkosti v komunikácii sa premietajú do edukácie v množstve činností. Prítomnosť komunikačnej bariéry dieťaťu/žiakovi znepríjemňuje čítanie nahlas žiakom pred kolektívom triedy. Odporúča sa nevyžadovať od neho takéto čítanie, nájsť si vhodný čas a spôsob na preverenie čitateľských schopností dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím a jeho výkon neporovnávať s výkonom ostatných žiakov. U niektorých detí s telesným postihnutím, u ktorých je prítomná aj ťažká narušená komunikačná schopnosť, sa môže vyvinúť minimálna rečová symbolika s obmedzením v expresívnej zložke komunikácie.

Fisher, Škoda (2008) uvádzajú, že mozgové centrá, ktoré ovládajú reč a porozumenie reči (Brocovo centrum, Wernickeho centrum), ležia v blízkosti primárneho motorického kortexu a oblasti senzorickej mozgovej kôry, ktoré bývajú najviac zasiahnuté zvlášť pri kvadraparetickej forme DMO. Pri dyskinetickej forme DMO sú ťažkosti v reči spôsobené inkoordináciou svalových skupín v dôsledku dyskinéz. Pre túto skupinu detí je typická dyzartria – narušená komunikačná schopnosť, pri ktorej reč je ťažko zrozumiteľná, pomalá, dieťa/žiak „vyráža“ jednotlivé slabiky. V dôsledku spasticity dýchacích svalov je výrazne narušená aj plynulosť reči, dýchanie je nepravidelné s rozličnou hĺbkou vdychu a výdychu (J. Kraus, 2005). Najťažším stupňom narušenia reči pri dyskinetickej forme DMO je tzv. anartria – neschopnosť produkovať artikulovanú reč.

Veľmi dôležitá je preto v tejto skupine detí/žiacov včasná logopedická intervencia, respektíve u detí/žiacov s ťažkým stupňom narušenej komunikačnej schopnosti je potrebný nácvik alternatívnej,

prípadne augmentatívnej komunikácie.

2.5. Dopady na vzdelávanie v oblasti emócií a správania

Prežívanie dieťaťa/žiaka býva úzko spojené s motorikou. Emocionalita detí/žiacov s telesným postihnutím sa môže oneskorovať vo vývine, môže sa prejavovať labilita a dráždivosť. V citovej oblasti sa deti/žiaci môžu javiť ako nevypelí. Citový vývin u dieťaťa/žiaka s DMO je v mnohých smeroch komplikovanejší, prejavuje sa silnejšou potrebou citového vzťahu, potrebou lásky, bezpečia a istoty, potrebou rodinného zázemia (Levitt, 2004).

V oblasti správania majú často deti/žiaci s telesným postihnutím nedostatok sociálnych skúseností, dôsledkom čoho môžu byť u nich prítomné neprimerané reakcie (ťažkosti so sústredením na akúkoľvek činnosť, zvýšená únava, zvyknutie si na pomoc iných a branie ich pomoci za samozrejmosť, vzdorovitosť). Potrebne sú relaxačné chvíľky a rozhovory so žiakom – čo sa od neho v konkrétnej situácii očakáva (Vágnerová, 2004).

2.6. Dopady na vzdelávanie v oblasti myslenia a pamäti

V dôsledku telesného postihnutia znaky neplnohodnotného zmyslového poznávania môžu vykazovať aj procesy myslenia a pamäti. U niektorých detí s telesným postihnutím to môže viesť k následnému obmedzovaniu rozvoja procesu myslenia vo všetkých jeho oblastiach. Schopnosť abstrakcie je u niektorých detí nenarušená, u iných môže byť významne obmedzená.

Pri narušení pamäťových funkcií je proces pamäti charakterizovaný spomaleným a nedostatočným osvojovaním nových poznatkov, na druhej strane je výsledný efekt komplikovaný rýchlym zabúdaním. Tieto deti si zapamätávajú útržkovito a náhodne, zapamätané si ťažšie vybavujú v pamäti (Vítková, M. in Pipeková, J. et al., 2010).

Úpravy vzdelávania detí/žiacov s telesným postihnutím

Dieťa/žiak/štvudent s telesným postihnutím je v školskom prostredí začlenený ako žiak so zdravotným znevýhodnením, z čoho vyplýva prítomnosť špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb (ďalej len „šVVP“). Z toho dôvodu by mali byť splnené tieto odporúčania týkajúce sa jeho vzdelávania:

- riadiť sa platnou legislatívou,
- vzdelávať dieťa v inkluzívnom prostredí školy v hlavnom vzdelávacom prúde podľa školského vzdelávacieho programu. Pokiaľ tento spôsob vzdelávania nezodpovedá potrebám alebo schopnostiam dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím, je vhodné ho vzdelávať podľa individuálneho vzdelávacieho programu (IVP).
- zabezpečiť bezbariérový vstup do školy, vhodné technické vybavenie na pohyb detí/žiacov po škole, aby mohli dosahovať potrebnú mieru samostatnosti, v prípade potreby by mal byť k dispozícii asistent,
- aplikovať metodické usmernenia vyplývajúce z odbornej starostlivosti zariadení poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP), akými môže byť modifikácia učebného obsahu, ak je potrebný, a odporúčanie využívania kompenzačných pomôcok a pomocných učebných pomôcok,
- všetky činnosti realizované v rámci edukačného procesu je potrebné realizovať s ohľadom na druh a stupeň telesného postihnutia dieťaťa/žiaka, pri akejkoľvek činnosti u týchto detí/žiacov je potrebný individuálny prístup,
- zabezpečiť konkrétne úpravy školského prostredia podľa potrieb dieťaťa/žiaka, bezbariérovosť, úpravu učebného miesta v rámci triedy (špeciálne upravené lavice pre deti/žiacov na invalidnom

vozíku, špeciálne stoličky), upravené WC, odstránenie prahov, zabezpečiť odpočinkovú miestnosť,

- pri vzdelávaní dieťaťa/žiaka spolupracovať so školským podporným tímom, s odbornými zamestnancami zariadenia poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP), príp. so zdravotníckymi pracovníkmi.

2.7. Prvky podpory v edukačnom procese

Pre deti/žiakov s telesným postihnutím môže byť do vzdelávacích oblastí začlenená oblasť predmetov špeciálnopedagogickej podpory. Ich obsah je možné realizovať formou špeciálnopedagogickej starostlivosti školského špeciálneho pedagóga, ale aj implementovať v rámci predmetov do IVP žiaka ako modifikáciu obsahu vzdelávania. Nie každá škola má možnosť tieto predmety zaradiť do školského vzdelávacieho programu v rámci disponibilných hodín, pretože ich využíva na posilnenie iných predmetov, a zároveň nie každé dieťa s telesným postihnutím potrebuje tieto predmety.

Na primárnom stupni vzdelávania môže byť do oblasti Jazyk a komunikácia zahrnutý špecifický predmet rozvíjanie komunikačnej schopnosti a grafomotorických zručností pre prípravný až 4. ročník ZŠ. Cieľom predmetu je dosiahnuť takú úroveň komunikačnej schopnosti, grafických zručností a jemnej motoriky, ktorá týmto deťom/žiakom umožní zvládnutie učiva a uľahčí osvojovanie písania podľa ich individuálnych možností.

Do vzdelávacej oblasti Zdravie a pohyb na primárnom stupni vzdelávania môže byť zahrnutý špecifický predmet rozvíjanie pohybových zručností pre prípravný až 4. ročník ZŠ.

Na nižšom sekundárnom stupni vzdelávania môže byť zahrnutý špecifický predmet zdravotná telesná výchova. Jeho cieľom je získať základné pohybové zručnosti, zdokonaľiť správne držanie tela, koordináciu pohybov a osvojiť si rôzne pohybové zručnosti. Prostredníctvom cvičenia napomáhať deťom/žiakom získať a vytvárať si základné hygienické návyky, nadobudnúť odolnosť organizmu a tým prispieť k celkovému upevňovaniu zdravia detí/žiakov s telesným postihnutím (vzdelávací program pre deti a žiakov s telesným postihnutím). Pri telesnej výchove je potrebné riadiť sa odporúčaním odborného lekára dieťaťa/žiaka.

Na úspešnú edukáciu a optimálne fungovanie dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím v škole je na základe individuálnych potrieb dieťaťa/žiaka vhodné využívať rôzne pomôcky:

- Kompenzačné pomôcky – pomáhajú nahrádzať narušené funkcie. Patria sem pomôcky na sebaobsluhu (špeciálny príbor, zapínač gombíkov, držiak taniera, pohára, navliekač ponožiek, pančúch, telefón s veľkoplošnými tlačidlami, bezdrôtový headset na telefonovanie z mobilného telefónu, otvárač dverí a pod.), vzdelávacie pomôcky na písanie a na nácvik pracovných zručností, pomôcky pri zamestnaní (ležadlá, vhodné stolíky, špeciálne stoličky), pomôcky na lokomóciu (vozíky, barly).
- Rehabilitačné pomôcky – upravujú alebo obnovujú funkciu poškodených orgánov, uľahčujú nácvik rôznych úkonov.
- Ortopedické pomôcky – delíme na protézy (doplňajú alebo nahrádzajú časti tela či orgánu) a ortézy (upevňujú sa na telo, fixujú končatiny, zabezpečujú ich správny ťah) (Harčariková, 2007).
- Pomocné učebné pomôcky – diktafón, kalkulačka, počítadlo, notebook, pravidlá slovenského pravopisu, tabuľky pravopisu, malej a veľkej násobilky, číselná os, pomôcky na premenu jednotiek, prehľad matematických vzorcov, fyzikálne a chemické tabuľky, modely

geometrických telies, atlas, slovník, názorné pomôcky, predpísané texty na doplňovanie zamerané na preberané učivo, veľké písmená, písanie i/y, dostatočne veľké písmo v textoch, dostatočne veľké riadky a okienka na písanie a vpisovanie, zvýraznenie podstatného v texte, rozdelenie textu na kratšie odseky – vhodná úprava a pomôcky vyplývajú z primárnej diagnózy a zo stupňa postihnutia.

- Didaktické pomôcky – protišmyková fólia, podložka na lavicu, držadlo na pero alebo ceruzku, stojan na knihy, ťažidlo na zaťaženie knihy alebo zošita, držiak na zachytenie strán, štítky na spevnenie rohov listov.
- Technické pomôcky – počítač, počítač pre spastikov (s kľčovitým napätím horných končatín) so špeciálne upravenou dotykovou klávesnicou, diktafón, elektronický komunikátor, tablety pre žiakov, ktorí nemôžu písať.
- Pomôcky na pracovné vyučovanie – aplikácia kompenzačných pomôcok podľa potreby žiaka, špeciálne držiaky pracovného náradia, nástavce, podávače, pákové nožnice, individuálne upravené alebo vyrobené pomôcky.
- Nábytok v triede – polohovacia lavica (možnosť zvýšiť/znížiť nohy stola/stoličky, zošikmiť pracovnú plochu), stôl a stolička, ktoré sa dajú vysúvať, stôl a stolička prispôbené sedeniu vo vozíku, lavica upravená pre žiaka a osobného asistenta, stojan na prácu postojacky, kľakadlo a pružný valec na prácu pokľačičky, ležadlo na prácu poležiačky alebo na polohovanie, žinenka na odpočívanie.

Pri edukácii môže byť prítomný ďalší personál:

- Asistent učiteľa – pracuje v triede, ktorú navštevuje dieťa/žiak s telesným postihnutím, ak si to výchova a vzdelávanie príslušného dieťaťa/žiaka vyžaduje v závislosti od závažnosti jeho postihnutia, na základe odporúčenia zariadenia poradenstva a prevencie CPP/ŠCPP.
- Školský logopéd – poskytuje dieťaťu/žiakovi s telesným postihnutím s narušenou komunikačnou schopnosťou (so symptomatickou poruchou reči) individuálnu alebo skupinovú logopedickú intervenciu.
- Ak je v škole prítomný pomocný zdravotnícky personál – pomáha dieťaťu/žiakovi s telesným postihnutím pri sebaobslužbe v závislosti od závažnosti jeho zdravotného postihnutia (pomáha pri umývaní, kŕmení, hygiene a pod.).

Cieľom vzdelávania detí/žiakov s telesným postihnutím je poskytnúť deťom/žiakom také podmienky, ktoré im umožnia získať rovnocenné vzdelanie ako populácii bez postihnutia a tak vytvoriť predpoklady na jeho úspešné zvládnutie, podľa ich osobitostí a schopností.

3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou

Pri diagnostike detí/žiakov a študentov s telesným postihnutím je dôležité vychádzať z komplexnosti a multidisciplinárneho prístupu viacerých odborníkov. Do tohto procesu zahrňame diagnostiku špeciálneho pedagóga so zameraním na oblasť telesného postihnutia, psychológa, logopéda, liečebného pedagóga, fyzioterapeuta. Pri diagnostike vychádzame zo záverov odborných lekárov (neuroológ, pediater, kardiológ, ortopéd, pneumológ a i.).

Psychologické a špeciálnopedagogické vyšetrenie sa realizuje v úzkej spolupráci, pretože hraničné oblasti diagnostiky sú veľmi úzke. Pri používaní štandardizovaných testov je potrebné zohľadniť druh a stupeň telesného postihnutia, pretože i pri jedincoch s rovnakou diagnózou ich obraz postihnutia

nie je identický.

V diagnostike vychádzame z anamnestických údajov, dotazníka. Berieme do úvahy závery lekárskeho správ, v ktorých nájdeme odporúčania a prípadné obmedzenia. Taktiež pri samotnej diagnostike využívame rozhovor s rodičmi/so ZZ, pri starších deťoch/žiakoch a študentoch aj s nimi samotnými.

Žiadosť o odborné špeciálnopedagogické, psychologické, logopedické vyšetrenie v poradenskom zariadení podáva rodič/ZZ dieťaťa/žiaka alebo plnoletý žiak, alebo škola s písomným súhlasom rodiča/ZZ.

Samotné vyšetrenie spravidla prebieha v zariadení poradenstva a prevencie CPP/ŠCPP. V závažných prípadoch, keď nie je možné z objektívnych dôvodov toto zariadenie navštíviť (nepriaznivý zdravotný stav, pripútanie na lôžko a pod.), je možnosť testovania v domácom prostredí.

Komplexná diagnostika dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím je rozčlenená na viaceré oblasti hodnotenia a realizuje sa počas niekoľkých diagnostických sedení.

Odborník berie do úvahy dôvod/účel diagnostiky, či ide o vstupné vyšetrenie, vyšetrenie s cieľom nastaviť vhodné zaškolenie, spôsob edukácie, alebo ide o rediagnostiku.

Diagnostiku je potrebné prispôbiť:

- veku dieťaťa/žiaka (predškolský vek, mladší školský vek, starší školský vek, adolescent),
- druhu a stupňa telesného postihnutia, prípadne druhu a závažnosti ochorenia.

Výsledkom komplexných vyšetrení, ktoré dieťa/žiak absolvuje, je správa z diagnostického vyšetrenia. Dieťa/žiak a rodič/ZZ sú o výsledkoch vyšetrenia a možnosti ďalšej poskytovanej odbornej starostlivosti informovaní v osobnom rozhovore. Záver z vyšetrenia má obsahovať informácie, ktoré vytvoria čo najpresnejšiu predstavu o špecifikách dieťaťa/žiaka/študenta, vplyv diagnózy na jeho výkony a taktiež má zachytiť a poukázať na silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka/študenta. Súčasťou správy sú odporúčania o postupe vo vzdelávacom procese v škole, ale i v domácom prostredí, následnej intervencii, používaní kompenzačných pomôcok, korekčných tréningoch a návrhoch ďalších odborných vyšetrení.

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. 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.

3.1. Psychologická diagnostika

Pri deťoch/žiakoch s telesným postihnutím sa stretávame s odlišným psychomotorickým vývinom v dôsledku telesného postihnutia na báze rôzneho pôvodu (vrodené vývinové chyby, DMO, pourazové stavy atď.). V diagnostike psychológ používa **vývinové škály, štandardizované testy intelektu, školskej zrelosti, ako aj neštandardizované metódy** (pozorovanie dieťaťa/žiaka, rozhovor).

Medzi najčastejšie používané vývinové škály od raného a predškolského veku patria Gesellova škála a **škála Bayleyovej**. V ranom veku je možné použiť aj **Vývinový skríning Kovařika** (4 – 18 mesiacov), **detský NEPS** – neuropsychologický vývinový skríning a **Mníchovskú funkcionálnu diagnostiku**. Na zhodnotenie adaptívneho správania detí/žiakov vrátane miery sebestačnosti je vhodná **Vinelandská škála sociálnej zrelosti alebo Günsburgova škála**.

V období predškolského veku možno orientačne posúdiť vývinovú úroveň dieťaťa využitím **Stanford-Binetovej skúšky**, i keď niektoré úlohy môžeme dieťaťu predložiť len v modifikovanej podobe. V tomto prípade je hlavnou nevýhodou pre dieťa narušená funkcia ruky, preto kresbové úlohy využívame len na orientačné posúdenie a predovšetkým kladieme dôraz na kvalitu výkonu v úlohách, v ktorých sa pracuje s verbálnym alebo obrázkovým materiálom.

S cieľom zistiť aktuálny mentálny vek dieťaťa sú v predškolskom veku vhodné štandardizované testy **Kaufman ABC a SON-R test**, 2,5 r. – 7 r. (Snijders-Oomenov neverbálny test inteligencie), ktoré určujú aj zónu najbližšieho vývinu dieťaťa, aby bola následná intervencia efektívna a dieťa zbytočne nepreťažovala.

Diagnosticky sa dajú rovnako využiť obrázkové slovníky, ktoré nás informujú o úrovni pasívnej slovnej zásoby dieťaťa/žiaka. Svoj význam majú najmä v prípade postihnutia motoriky hovoriacich, hodnotia nielen aktuálny stav a výkon dieťaťa/žiaka, ale taktiež posudzujú všeobecné schopnosti a zároveň poškodenie, oslabenie alebo oneskorenie v jednotlivých oblastiach.

Pri diagnostikovaní školskej zrelosti sú vhodné Orientačný test školskej zrelosti od J. Jiráka, Orientačná skúška pripravenosti na školu od K. Kollárika, Testovací zošit od J. Bednářovej a V. Šmardovej (2012), Testovanie vývinu počiatočného písania a čítania a pripravenosti školopovinných detí na písanie od M. Lipnickej, Kresebný test školskej pripravenosti, ktorý na naše podmienky adaptovali E. Gajdošová a G. Herényiová (1996).

3.2. Špeciálnopedagogická diagnostika

Pri hodnotení **motoriky** sa používa Oseretského škála (Bruininsk – Oseretsky test of Motor Proficiency – BOTMP) pre deti/žiakov, u ktorých je podozrenie na oneskorenie motorického vývinu. Škála meria oblasť hrubej motoriky (pohyblivosť tela a dolných končatín) a jemnej motoriky (manuálnu zručnosť, pohyblivosť rúk a prstov). Škála je určená pre deti vo veku 4,5 – 14 rokov (Sloboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Test rovnováhy a pohybovej koordinácie sa zvyčajne používa, ak je telesné postihnutie spojené so sluchovým postihnutím, ale prax ukazuje, že sa dá využiť aj v prípade osôb počujúcich.

Kolář, Smržová a Kobesová (2011) uvádzajú dva najčastejšie používané motorické testy k diagnostike dyspraxie, sú nimi škála Oseretského (Bruininsk – Oseretsky test of Motor Proficiency – BOTMP) a batéria testov MABC 2 (Movement Assessment Battery for Children 2). Batéria MABC 2 hodnotí motorickú úroveň detí/žiakov vo veku 3 až 16 rokov, pričom sa zameriava na výkon pri pohybových úlohách s prihliadnutím na vekovú normu a hodnotí aj spôsob vykonania pohybovej úlohy.

V odbornej literatúre sa ďalej uvádzajú rôzne skúšky manuálnej zručnosti. Uvedené skúšky sú zamerané na zistenie koordinácie a rýchlosti pohybov horných končatín.

Zrakové vnímanie zahŕňa rozlišovanie figúry a pozadia, zrakovú diferenciaciu, zrakovo-motorickú koordináciu, fixáciu vizuálnych predmetov, zrakovú analýzu a syntézu, zrakovú pamäť. Vhodné testy

v oblasti percepcie sú: Deficity čiastkových funkcií podľa Sindelarovej (Sindelarová, 2000, preklad a adaptácia Černý, 2008), ktorý je vhodný na zachytenie čiastkových vývinových deficitov. Ďalej sú to Reverzný test (Edfeld, 1976) a Test diskriminácie tvarov (Švancara, 1976).

Sluchové vnímanie zahŕňa sluchovú analýzu a syntézu, sluchovú pamäť, sluchovú diferenciaciu, sluchovo-motorickú koordináciu, taktilné a kinestetické vnímanie. Vhodné testy pre túto oblasť sú Skúška sluchovej analýzy a syntézy (Matějček, 1995) a Skúška sluchovej diskriminácie podľa Wepmana a Matějčka.

Pri vyšetrení **orientácie** hodnotíme:

- orientáciu v priestore,
- vertikálnu orientáciu – hore/dole,
- horizontálnu orientáciu – vpredu/vzadu,
- pravoľavú orientáciu – na vlastnom tele, na pracovnej ploche, na druhej osobe sediacej oproti,
- v čase – v hodinách, v častiach dňa, v dňoch týždňa, v mesiacoch, orientácia v ročných obdobiach, v rokoch.

Sebaobsluha je veľmi široká oblasť činností a zručností vzťahujúcich sa na fungovanie dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím v každodennom živote. Dôležitú úlohu v tejto oblasti zohráva druh a stupeň postihnutia, psychický a fyzický stav a motivácia dieťaťa/žiaka. V procese diagnostiky vychádzame z celkovej samostatnosti vo všetkých sebaobslužných činnostiach. Tá úzko súvisí s rozvojom motoriky, sensoriky a poznávacích schopností.

Pri diagnostike sledujeme tieto zručnosti: príjem potravy a stolovanie, používanie toalety, hygienické návyky, obliekanie.

Pri hodnotení berieme do úvahy, že u detí/žiakov s telesným postihnutím sa ich fyzický výkon nezhoduje s fyzickým výkonom detí bez telesného postihnutia, a preto ich nie je možné vzájomne porovnávať.

Podstatou diagnostických činností je zistiť aktuálny stav dieťaťa/žiaka, porovnať ho s vývinovou škálou, určiť mentálny vek dieťaťa/žiaka a porovnať ho vzhľadom na fyzický vek, ako aj stanoviť možnosti rozvoja dieťaťa/žiaka s orientáciou na prognózu (Čadová, 2012).

Pri zisťovaní úrovne školských zručností a vedomostí hodnotíme:

- čítanie – analýzou čítania z hľadiska techniky, kvality, kvantity a porozumenia,
- písanie – analýzou prejavu po stránke technickej, grafickej a gramatickej,
- matematiku.

Na hodnotenie úbytku zručnosti v jednotlivých oblastiach je možné využiť nasledujúcu škálu hodnotenia:

- 0 – úbytok zručnosti 0 %, žiadna strata zručnosti, jedinec činnosti v oblasti zvláda v norme;
- 1 – úbytok zručnosti 25 %, jedinec zvláda činnosti bez pomoci len niekedy;
- 2 – úbytok zručnosti 50 %, jedinec zvláda činnosti s pomocou;
- 3 – úbytok zručnosti 75 %, jedinec spolupracuje, činnosti naznačuje;
- 4 – úbytok zručnosti 100 %, jedinec činnosti nezvláda, je úplne závislý od pomoci druhej osoby (Čadová, 2012).

Pri vyšetrení lateralít pozorujeme dieťa/žiaka pri rôznych činnostiach, vychádzame z anamnestických

údajov alebo využívame Skúšku laterality (Matějček, Žlab, 1972).

Rozlišujeme tieto typy laterality:

- ľaváctvo – prevaha ľavej strany pri všetkých párových orgánoch,
- praváctvo – prevaha pravej strany pri všetkých párových orgánoch,
- laterálna skrížená – dominantné párové orgány sú na oboch stranách,
- nevyhranená laterálna – kolísavá symetria a asymetria párových orgánov,
- ambidextria – obojstrannosť.

U niektorých detí/žiacov vplyvom telesného postihnutia dochádza k zmene laterality, čo môže sekundárne ovplyvňovať rýchlosť tvorby písma alebo jeho kvalitu (Opatřilová, 2014).

3.3. Logopedická diagnostika

U detí s telesným postihnutím sa logopedická diagnostika často zaciľuje na narušenú komunikačnú schopnosť – dysartriu, ktorá vzniká na báze organického poškodenia CNS a periférnych nervov. Vyskytuje sa často pri detskej mozgovej obrne (DMO).

Výšetrenie je zhodnotením týchto oblastí: motorickej funkcie artikulačných orgánov, výslovnosti jednotlivých hlások, respirácie, rezonancie, fonácie a prozodických komponentov reči.

Komplexné logopedické vyšetrenie u detí s postihnutím CNS by malo obsahovať aj zhodnotenie schopnosti príjmu potravy, tekutiny a ovládania slinotoku, vyšetrenie fonácie a respirácie, schopnosti artikulácie, motoriky hovoritiel.

U detí/žiacov s telesným postihnutím bez DMO sa hodnotí receptívna a expresívna úroveň komunikácie. Vyšetrenie sa zaciľuje na všetky jazykové roviny: foneticko-fonologickú, morfológicko-syntaktickú, lexikálno-sémantickú, pragmatickú, ako aj neverbálnu komunikáciu.

3.4. Liečebno-pedagogická diagnostika

Liečebný pedagóg u detí s telesným postihnutím posudzuje potrebu liečebnopedagogickej diagnostiky, liečebnopedagogickej intervencie, určuje jej formu, frekvenciu a trvanie.

Zaciľuje sa v diagnostike na anamnestické vyšetrenie, vývinovú diagnostiku, problémovú a procesnú diagnostiku so zámerom získať orientáciu vo vzdelávacej situácii a v celkovej životnej situácii zmenenej ochorením, postihnutím alebo nepriaznivými okolnosťami. V procese liečebnopedagogickej diagnostiky sa ďalej realizuje diferenciálnodiagnostické vyšetrenie, získavanie doplňujúcich diagnostických údajov analýzou hry, kresby, pohybu, činnosti, komunikácie a inej kreatívnej tvorby. Súčasťou je aj plánovanie, realizovanie a hodnotenie liečebnopedagogickej intervencie prostredníctvom liečebnopedagogických cvičení alebo programov s využívaním terapie hrou, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, ergoterapie, dramaterapie, terapie pohybom, Snoezelenu.

Predmetom diagnostiky sú oblasti jemnej a hrubej motoriky, sebaobsluhy, sociálneho vývinu, myslenia/vnímania, reči.

Liečebnopedagogická diagnostika sa realizuje predovšetkým prostredníctvom pozorovania a voľnej hry, zo štandardizovaných diagnostických materiálov je možné použiť vývinové škály: *Strassmeierova vývinová škála*, *Vinlandská škála sociálnej zrelosti*, *Vývinový dotazník K. E. Allen – L. R. Marotz*.

Diagnostický proces je zväčša dopĺňaný modifikovanými diagnosticko-edukačnými materiálmi.

Po ukončení diagnostického procesu všetky získané informácie liečebný pedagóg spracuje do liečebnopedagogickej správy s odporúčaním následnej intervencie, s formulovaním prognózy dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím, prípadne spracuje všetky získané informácie do komplexnej diagnostickej správy v rámci MDT.

4.Nepriame intervencie

Za nepriame intervencie považujeme tie postupy, v rámci ktorých sa nepracuje priamo s jednotlivcom s telesným postihnutím. Sú zamerané na rodinu, školu, učiteľa a nasmerované k jednotlivcovi s telesným postihnutím.

Základom dobrej vzájomnej spolupráce rodiny so školou je ústretová komunikácia medzi učiteľom a rodičom/zákonným zástupcom, založená na vzájomnej dôvere. Slúži na vzájomné informovanie zúčastnených strán o situáciách, v ktorých sa môže dieťa/žiak prejavovať odlišným spôsobom, na zosúladenie spôsobov učenia sa a domácej prípravy. Ďalšou dôležitou oblasťou je objasnenie si štýlov rodinnej výchovy v rodine a v neposlednom rade spoločné úsilie jednotného výchovného pôsobenia na dieťa/žiaka s telesným postihnutím. Vzťah dôvery v inštitúciu a v neposlednom rade aj vzťah dôvery k učiteľovi si rodičia dieťaťa s telesným postihnutím môžu budovať veľmi ťažko. Najvhodnejšou príležitosťou je každodenné sprevádzanie dieťaťa/žiaka, spoločné akcie školy (školské výlety, školy v prírode, besiedky), dennodenná komunikácia s učiteľom a takisto pocit spokojnosti a miera zažívania úspechu ich dieťaťa v škole.

Prínosy:

- učiteľ a rodič/zákonný zástupca si stanovujú priority a vzdelávacie ciele dieťaťa/žiaka,
- zjednotenie postupov vo výchove a vzdelávaní,
- rodič/zákonný zástupca informuje učiteľa o skúsenostiach týkajúcich sa rozvoja dieťaťa/žiaka,
- rodič/zákonný zástupca aj učiteľ môžu lepšie pochopiť dieťa/žiaka – jeho silné a slabé stránky, jeho záujmy.

Podmienky:

- pravidelný kontakt a vzťah dôvery a vzájomnej akceptácie medzi školou a rodinou,
- aktívne zapájať rodičov do života príslušnej triedy, školy,
- poskytnúť priestor na komunikáciu s odborníkmi zo školského podporného tímu (ŠPT) pri riešení prípadných konfliktov alebo ťažkostí vo vzdelávaní dieťaťa/žiaka,
- zabezpečiť/odporučiť odbornú poradenskú pomoc a podporu rodinám s dieťaťom/so žiakom s telesným postihnutím v zariadení poradenstva a prevencie CPP/ŠCPP,
- pomáhať pri domácom vzdelávaní dieťaťa/žiaka počas dlhodobej neprítomnosti v škole,
- poskytnúť možnosť participácie špeciálneho pedagóga – učiteľa s rodinou, ktorý napomáha rodine pri konkretizácii čiastkových úloh z rôznych oblastí, poskytuje rodine usmernenia pri ich plnení, a to za využitia rôznych foriem práce,
- za najefektívnejšiu formu je považovaná forma priamej inštruktáže, ktorú špeciálny pedagóg vykonáva priamo v prostredí rodiny alebo rodič prichádza za ním do materskej či základnej školy, prípadne do iných zariadení,
- vytvorenie príležitosti hospitácie pri činnosti iných detí s podobnými výchovnými a vzdelávacími potrebami,
- umožniť využitie aj písomnej formy inštruovania, pri ktorej sa vypracúvajú metodické materiály aj s ilustráciami, ktoré môžu veľmi dobre poslúžiť rodičom pri domácej príprave ich dieťaťa/

žiaka a pod.,

- prihliadať na druh a stupeň postihnutia u každého dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím,
- zohľadňovať dôsledky telesného postihnutia na edukáciu,
- uplatňovať individuálny prístup k dieťaťu/žiakovi s telesným postihnutím,
- klásť na dieťa/žiaka adekvátne nároky,
- učiteľ má realisticky a konštruktívne prezentovať rodičom prognózu ich dieťaťa s telesným postihnutím v procese edukácie,
- učiteľ má pozitívne hodnotiť a odmeňovať dieťa/žiaka aj za malé úspechy,
- využívať pomoc asistenta pedagóga.

4.1. Intervencia vo vzťahu školy a pedagógov

Intervencia vo vzťahu k pedagógom umožňuje prenos podstatných informácií o dieťati/ žiakovi a sprostredkovanie špeciálnopedagogických, psychologických a iných odborných záverov z dokumentácie dieťaťa/žiaka. Ďalšou fázou je nastavenie stratégie spolupráce a metodické vedenie a ďalšie vzdelávanie pedagógov, ktorí vyučujú dieťa/žiaka s telesným postihnutím. Tímová spolupráca pri tvorbe IVP dieťaťa/žiaka.

Prínosy:

- odborný, realistický a nestranný pohľad odborníka na danú problematiku,
- tímové riešenie problematiky vzdelávania dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím,
- formálne naplnenie požadovaných legislatívnych podmienok podpory dieťaťa/žiaka v kategórii ŠVVP,
- odporúčenie pomôcok, potrebu asistenta učiteľa, podklady na vytvorenie IVP.

Podmienky:

- začiatok spolupráce jednotlivých odborníkov a rodičov/zákonných zástupcov už pri nástupe dieťaťa/žiaka do školy,
- kontinuálna podpora pedagógov (konzultácie, integračné tímy, hospitácie, supervízne rozhovory, zážitková forma učenia),
- úzka spolupráca učiteľa so ŠPT,
- možnosť pozorovať edukačný proces a jeho špecifiká v špeciálnych triedach, školách, kde sa vzdelávajú deti/žiaci s telesným postihnutím,
- stanoviť si pevné pravidlá spolupráce všetkých zainteresovaných osôb,
- poskytnúť podporu vedenia školy aktívnym pedagógom, motivovať ich,
- rešpektovať individuálne možnosti a schopnosti každého dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím, ktoré sú výrazne ovplyvnené fenoménom telesného postihnutia,
- u každého dieťaťa/žiaka hľadať jeho jedinečnosť a rozvíjať jeho individuálne schopnosti,
- proces inklúzie chápať ako prínos a obohatenie, nie záťaž,
- vytvárať pozitívnu klímu v triede pre všetky deti/žiacov,
- všetci zainteresovaní by mali byť partnermi aj odbornými poradcami pri vzdelávaní detí/žiacov s TP, a to v otázkach odborných aj legislatívnych.

4.2. Intervencia vo vzťahu k triednemu kolektívu – klíma triedy

Mieru prijatia dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím vo veľkej miere ovplyvňuje spôsob výchovy v rodine. Spôsob výchovy v rodine pôsobí komplexne na celú osobnosť dieťaťa/žiaka a tá je odpoveďou na výchovné pôsobenie rodičov.

Klíma v triede úzko súvisí s celkovou klímou školy, sú to prepojené psychosociálne charakteristiky vzdelávacieho procesu (Mertin, 2013). Dieťa/žiak s telesným postihnutím môže mať problémy v nadväzovaní sociálnych väzieb v triede. Jeho schopnosť sociálneho, praktického úsudku (schopnosť riešiť problémové situácie) môže byť v prípade prehnaného ochranárskeho prístupu zo strany rodiny značne oslabená. Z toho dôvodu môže byť vzájomná interakcia a pozitívna atmosféra v triede narušená a dieťa/žiak s TP tak môže byť vyčleňovaný z triedneho kolektívu.

Pozitívna atmosféra v triede a v škole je nielen pre dieťa/žiaka s telesným postihnutím, ale pre všetkých začlenených žiakov dôležitým a zásadným bodom. Vedenie školy vytvára dobré podmienky na prácu učiteľom, učitelia potom vytvárajú pozitívne prostredie a atmosféru v triede svojím príkladom, postojmi a hodnotami, rešpektom, podporou, ktorú deťom/žiakom poskytujú, kvalitnou výučbou a pravidlami, ktoré si v triede nastavujú (Mertin, 2013).

Pri vytváraní pozitívnej klímy v triede a škole pomáhajú svojou odbornou činnosťou aj členovia ŠPT (psychológ, sociálny pedagóg a ďalší odborní zamestnanci).

Prínosy:

- zlepšenie komunikačnej schopnosti,
- komunitné kruhy môže učiteľ realizovať v celej triede,
- žiaci vyjadrujú svoj názor, učia sa počúvať, rešpektovať a tolerovať názory ostatných,
- umožnenie rozvoja sociálnych zručností,
- podpora zdravých interpersonálnych vzťahov v triede,
- predchádzanie výskytu problémového správania.

Podmienky:

- nepodceňovať význam pozitívnej atmosféry v škole a v triede pri procese utvárania vzájomných vzťahov,
- vytvárať a podporovať pozitívne interakcie detí/žiacov a detí/žiacov s telesným postihnutím,
- v socializácii dieťaťa/žiaka nedávať prílišný dôraz iba na vzdelávacie výsledky,
- pri plánovaní školských akcií je potrebné vybočiť zo zavedených stereotypov – vyhľadávať iba bezbariérové zariadenia, budovy,
- triednické hodiny nedávať iba v popoludňajších hodinách, keď je dieťa/žiak s telesným postihnutím v dôsledku zdravotného stavu unavený a tento čas radšej využije na oddych, cvičenie či prípravu na vyučovanie,
- v rámci triednických hodín, a nielen počas nich, realizovať s triedou, v ktorej je integrovaný žiak s telesným postihnutím, zážitkové aktivity,
- rozvíjať empatiu, sociálne aj emocionálne cítenie všetkých detí/žiacov v triede prostredníctvom rôznych hravých aj zážitkových aktivít,
- krúžky, mimoškolské aktivity organizovať tam, kde má dobrý prístup aj dieťa/žiak na vozíku,
- ak si pedagóg nevie rady so vznikajúcimi problémami v triednom kolektíve, je možné obrátiť sa na výchovného poradcu, ŠPT, prípadne na odborníkov zo zariadení poradenstva a prevencie.

K pozitívnej klíme prispievajú aj spoločné akcie triedy (výlet, exkurzia) svojou neformálnosťou, dostatočným časom, spoločnými zážitkami v inom než školskom prostredí. Takéto akcie otvárajú cestu k tomu, aby sa deti/žiaci i ich pedagógovia navzájom o sebe viac dozvedeli, viac sa poznali, v iných reálnejších a mnohokrát nových situáciách, v menej známom prostredí, vzájomne sa obohatili, ocenili, naučili sa spoločne reprezentovať školu.

5. Priame intervencie

5.1. Raná intervencia

V starostlivosti o deti s telesným postihnutím sú samostatnou oblasťou intervencie pre deti s poruchami vývinu do troch, prípadne do šiestich rokov (do zaškolenia) a ich rodinu. Raná intervencia zahŕňa v sebe diagnostiku, rehabilitáciu, poradenstvo a terapiu (Horňáková, ed., 2010).

Čím skôr sa podpora začne, tým lepšie vývinové šance dieťa dostáva, pretože sa cielene podporuje vývin mozgu v období, keď je plastický (Opatřilová, 2006).

Ak sa toto obdobie premešká a dieťaťu sa neposkytne adekvátne podpora vývinu, náprava v neskoršom období býva veľmi náročná až nemožná. Preto je potrebné začať ranú intervenciu čo najskôr. V najranejšom období života dieťaťa totiž mozog dozrieva a neustále sa tvoria nové synapsie. Celkový vývin je teda daný zrením mozgu, čo závisí od množstva stimulov, ktoré sa dieťaťu v ranom období dostanú (Opatřilová, 2010).

Raná intervencia v sebe integruje tri organizačné oblasti:

1. Klinicko-medicínsku diagnostiku a terapiu, ktorá okrem medicínskej starostlivosti obsahuje aj fyzioterapiu a logopedickú starostlivosť.
2. Včasnú výchovu, ktorá sa zameriava na pedagogicko-psychologickú diagnostiku a intervenciu podľa potrieb rodičov a ťažkostí dieťaťa.
3. Oblasť sociálnej pedagogiky a sociálnej práce, ktorá rieši sociálne problémy členov rodiny v ich vlastnom sociálnom prostredí (Horňáková, 2010).

Ciele ranej intervencie u detí s telesným postihnutím by sa dali formulovať v troch rovinách:

- ciele vo vzťahu k dieťaťu,
- ciele vo vzťahu k rodine dieťaťa,
- ciele integrácie dieťaťa do spoločnosti (Karst, 2008; Thurmair, Naggl, 2010).

Vo vzťahu k dieťaťu sa raná intervencia zameriava na osvojenie kompetencií a zmiernenie následkov postihnutia, ako aj nachádzanie kompenzačných mechanizmov. Na osvojenie kompetencií sú nevyhnutné určité skúsenosti a sebaúcta. Význam v ranej intervencii má aj detské prežívanie.

Vo vzťahu k rodičom sa v ranej intervencii kladie dôraz na rozširovanie a posilňovanie kompetencií rodičov v zaobchádzaní so svojím dieťaťom. Zahŕňa to vedenie a poradenstvo o stave, potrebách a možnostiach dieťaťa, sprostredkovanie kontaktov na špecialistov a iných rodičov detí s postihnutím. Vo vzťahu k rodičom sa raná intervencia zaoberá aj podporou a sprevádzaním rodiny pri vyrovnávaní sa s ich situáciou. Raná intervencia sa nezameriava len na dieťa a jeho rodinu, ale má aj spoločenský prínos, keďže prispieva k integrácii detí s postihnutím do spoločnosti.

Raná intervencia by mala byť prístupná každej rodine, ktorá potrebuje pomoc. Služby majú byť finančne dostupné – poskytované bezplatne alebo za minimálnu úhradu. Interdisciplinárna a rozmanitá sa spájajú vo viacerých rezortoch, ktoré sa na intervencii podieľajú (školské, zdravotnícke a sociálne rezorty), je potrebný tím odborníkov, ktorí pri nej spolupracujú.

Posledným cieľom je integrácia. Dieťa si osvojuje predovšetkým sociálne a interakčné kompetencie, aby malo uľahčený kontakt s okolitým prostredím (Karst, 2008).

V rámci ranej intervencie je možné uplatniť rôzne metódy práce, či už ide o rehabilitačné metódy, terapeutické metódy alebo stimulačné programy, ktorých výber závisí od špecifických potrieb každého dieťaťa. Uvádzame tri príklady ranointervenčných programov:

Program W. Strassmeiera

Základom tohto programu je projekt MEMPHIS. Ide o skriningový a zároveň podporný program, ktorý obsahuje niekoľko na seba nadväzujúcich krokov.

Vzťahuje sa na 5 základných oblastí vývinu dieťaťa: jemná motorika, hrubá motorika, sebaobsluha a sociálny rozvoj, myslenie, vnímanie a reč. Je vhodný pre deti s postihnutím od narodenia do 5 rokov (Karst, 2008). Program obsahuje 260 cvičení a námetov na rozvoj jednotlivých vývinových oblastí v rôznych vekových kategóriách. Kládie dôraz na učenie v malých krokoch, ale zároveň poskytuje možnosť kreatívne zostaviť obsah a dať tak dieťaťu rôznorodé príležitosti na učenie (Thurmair, Naggl, 2010).

Program je realizovaný formou hry, pričom je nevyhnutné rovnomerne vyvážiť zaťaženie v jednotlivých oblastiach. Dieťa dostáva v programe priestor aj na voľnú hru. Spočiatku dieťa imituje činnosti a postupne dostáva väčší priestor na samostatné vykonanie činnosti (Strassmeier, W. 2011). Program je aj diagnostickým prostriedkom. Ešte pred samotným začatím programu podpory sa určí celková vývinová úroveň dieťaťa pomocou krátkych testov pre každú oblasť vývinu. Vyplnia sa údaje o úspešnosti zvládnutia jednotlivých úloh v každej oblasti. Následne bude možné zostaviť aspoň orientačný profil dieťaťa a porovnať ho s normou. Zároveň zostavovateľ získa prehľad o oblastiach, v ktorých dieťa zaostáva najviac alebo sa v nich približuje norme (Strassmeier, 2011).

Terapia senzorickej integrácie podľa J. Ayresovej (ďalej len „SIT“)

Je to pomerne nová, menej používaná metóda práce, ale napriek tomu má svoje miesto v ranej intervencii, najmä u detí s autizmom, u detí, ktoré majú ťažkosti s rovnováhou, koordináciou pohybov, vizuomotorickou koordináciou, motorickým plánovaním, v zrkovom aj sluchovom vnímaní, pri slabšej percepcii a kontrole vlastného tela, napríklad pri detskej mozgovej obrne (Wójcik, 2011).

Cieľom SIT je podporiť rozvoj nervového systému a schopnosť spracovať podnety bežnejším spôsobom. Do popredia dáva význam telesného pohybu na rozvoj a učenie. V rámci terapie sa kládie dôraz na vyvolanie adaptívnych reakcií, rozvoj pohybových kompetencií a radosť z pohybu (Karst, 2008). Na SIT sa využívajú miestnosti s dostatkom priestoru na aktivitu dieťaťa. Väčšinou sú vybavené hojdačkami, kĺzačkami, veľkými valcami, naklonenými rovinami a posuvnými doskami (Thurmair, Naggl, 2010). SIT v plnom rozsahu môže vykonávať len certifikovaný odborník, v ostatných prípadoch sa uplatňujú iba prvky SIT.

Metóda aktívneho učenia sa podľa Lilli Nielsen

Hlavnou myšlienkou aktívneho učenia podľa Lilli Nielsen je dať dieťaťu možnosť učiť sa zo svojho vlastného aktívneho skúmania a skúšania. Dieťa sa samo učí postupné kroky, a tak nadobudne zručnosti, ktoré sa stanú jeho vlastné. Umožňuje dieťaťu byť čo najviac nezávislé.

Veľký prínos v rámci ranej intervencie má aj bazálna a orofaciálna stimulácia, stimulácia v multisenzorickom prostredí – Snoezelen, ktoré sa využívajú aj v terapii. Prirodzeným a dôležitým stimulantom je aj hra.

5.2. Poradenstvo

Narodenie dieťaťa s postihnutím je pre rodičov záťaž, s ktorou nerátali a poväčšinou na ňu nie sú pripravení (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

Po stanovení lekárskej diagnózy lekár spravidla odporúča dieťa na ďalšie vyšetrenia v zariadeniach poradenstva a prevencie CPP/ŠCPP. Poslaním poradenstva je poskytnutie odbornej pomoci dieťaťu s telesným postihnutím v procese integrácie do spoločnosti v spolupráci s rodinou, so školou, s odbornými lekármi a so sociálnymi pracovníkmi.

Poradenstvo smerom k rodičom obsahuje:

- pravidelné odborné konzultácie,
- praktické ukážky práce s dieťaťom/so žiakom, ukážky hier, cvičení,
- prácu s dieťaťom/so žiakom v domácom prostredí,
- poskytnutie materiálov na prácu s dieťaťom/so žiakom – pracovné listy, hry, námety,
- pomoc pri výbere vhodnej metódy práce s dieťaťom/so žiakom, vhodného spôsobu komunikácie dieťaťa/žiaka (podpora verbálnej reči/alternatívna a augmentatívna komunikácia),
- poskytnutie kontaktov na ďalších odborníkov v danej oblasti,
- poskytnutie informácií o finančných kompenzáciách ťažkého zdravotného postihnutia,
- poskytovanie informácií o kompenzačných pomôckach a zaškolenie pri ich používaní, prehodnocovanie účinnosti a vhodnosti ich používania,
- poradenstvo v sociálnej oblasti,
- pomoc pri výbere vhodnej školy (materskej, základnej, strednej, vysokej) pre dieťa/žiaka/študenta s telesným postihnutím.

Poradenstvo smerom k pedagógom, školským špeciálnym pedagógom a asistentom učiteľa zahŕňa:

- definovanie špeciálnych vzdelávacích potrieb vyplývajúcich zo zdravotného znevýhodnenia dieťaťa/žiaka,
- metodickú pomoc pri inklúzii dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím v bežnej MŠ, ZŠ, SŠ,
- metodickú pomoc pri zaškolení dieťaťa/žiaka s TP do špeciálnej školy/špeciálnej triedy ZŠ, vypracovanie potrebnej dokumentácie,
- spoluprácu pri tvorbe IVP pre dieťa/žiaka, pravidelné konzultácie pri jeho prehodnocovaní,
- návrhy možností hodnotenia dieťaťa/žiaka s TP ako žiaka so ŠVVP,
- návrhy možností využitia špeciálnopedagogických metód a postupov pri vyučovaní na bežnej MŠ, ZŠ, SŠ,
- odporúčanie k potrebe služieb asistenta učiteľa,
- praktické ukážky práce s dieťaťom/so žiakom,
- vypracovanie metodických materiálov pre konkrétne dieťa/žiaka,
- semináre a školenia pre pedagógov,
- organizovanie metodických dní pre školy, školské zariadenia,
- zapožičiavanie odbornej literatúry pedagógom a iným zainteresovaným.

Kariérové poradenstvo

Na základe vyšetrenia typu osobnosti dieťaťa/žiaka dokáže kariérový poradca, výchovný poradca alebo psychológ určiť, ktorá skupina povolání je pre dieťa/žiaka vzhľadom na druh a stupeň telesného postihnutia najvhodnejšia.

Špeciálny pedagóg so zameraním na oblasť telesného postihnutia vie v rámci diagnostiky poukázať na

špecifiká telesného postihnutia pri získavaní vedomostí a praktických zručností v konkrétnom odbore, teda či bude dieťa/žiak schopný naplňať požiadavky na jeho úspešné zvládnutie.

Poradenstvo týkajúce sa rozvíjania záujmov dieťaťa/žiaka

Pri výbere voľnočasových aktivít je potrebné zvážiť zdravotný stav dieťaťa/žiaka a jeho schopnosť pohybu. Je dôležité vedieť, koľko toho daný jedinec zvládne, či bude potrebná asistencia a či je daná aktivita pre neho vhodná.

V poradenstve týkajúcom sa rozvíjania záujmov dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím je potrebné zamerať sa na možnosti, ako kompenzovať postihnutie a pomôcť rodine vo výbere.

Zo zimných športov:

- korčuľovanie na špeciálne upravených sedacích korčuľoch,
- lyžovanie na tzv. monoskách – špeciálne upravených lyžiach pre osoby s telesným postihnutím, kde jedinec sedí v tzv. odpruženej škrupine, ktorá sa zapne do jednej lyže, v rukách má dva stabilizátory, ktoré sú na konci zakončené malými lyžami a pomocou stabilizátorov koordinuje svoj pohyb pri zjazde,
- sit-ski s palicami – špeciálne upravené sane na bežecké lyžovanie,
- ski káry – v ich konštrukcii je osadená škrupinová sedačka, s lyžami na vyklápacích čepeliach, obsahuje ovládacie páky a pomocné držadlo pre asistenta,
- špeciálne upravené sane na sledge hokej – k vybaveniu patria dve skrútené hokejky s bodcami na koncoch, ktoré deťom uľahčujú pohyb po ľade.

Letné športy:

- špeciálne upravený bicykel, ktorý sa ovláda rukami alebo sa zapojí za klasický bicykel s asistentom,
- handbike – pomocou svoriek sa zariadenie pripojí k vozíku, vznikne tak trojkolka s ručným pohonom predného kolesa,
- tandemový trekingový bicykel,
- trojkolka,
- plávanie (z plaveckých štýlov sa využíva kraul, motýlik, ale aj napríklad štafetové plávanie),
- boccia (loptová hra).

Deťom/žiakom s telesným postihnutím s prihliadnutím na ich individuálne možnosti sa v rámci poradenstva môžu odporúčať voľnočasové aktivity: maľovanie, tanec, atletika, stolný tenis, basketbal a mnoho ďalších aktivít, ktorým sa venujú aj deti/žiaci bez telesného postihnutia.

5.3. Reeducácia

Proces reeducácie je zameraný na aktivity vedúce k osvojovaniu si efektívnych stratégií učenia. U detí/žiakov s telesným postihnutím prebieha reeducácia prostredníctvom metód špeciálnej pedagogiky, s prihliadnutím na silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka.

Špeciálny pedagóg spolupracuje s pedagógom dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím pri činnostiach, ktoré sú potrebné na naplnenie edukačných cieľov dieťaťa/žiaka. Tieto činnosti podľa individuálnych charakteristík dieťaťa môžu zahŕňať pomoc pri tvorbe IVP, pri modifikácii metód výučby, úprave učebného miesta v triede či učebných pomôcok. Reeducácia sa môže zacieľovať aj na výber a nácvik alternatívnych metód výučby čítania a písania u detí/žiakov s telesným postihnutím (nácvik písania ústami, opozíciou brady a pleca, u detí/žiakov s DMO nácvik písania na osobnom

počítači s alternatívnou klávesnicou), nácvik orientácie dieťaťa/žiaka na mape, pri práci so slepou mapou alebo pri orientácii na časovej (číselnej) osi.

Pri reedukácii detí/žiakov s telesným postihnutím možno na základe individuálnych charakteristík dieťaťa/žiaka aplikovať nasledujúce špecifiká:

- prihliadať na individuálne pracovné tempo dieťaťa/žiaka,
- ponechať viac času na vypracovanie úloh, na prečítanie zadania úlohy,
- redukovať množstvo úloh,
- nepísať časovo limitované testy (päťminútovky, bleskovky...),
- diktáty realizovať formou doplnovacích cvičení,
- používať testy upravené aj po grafickej stránke – väčšie písmo, zvýraznené písmo, širšie riadky,
- učivo rozdeliť na viac kratších častí,
- úlohu rozdeliť na viac samostatných jednotiek, ktoré dieťa/žiak rieši postupne, systémom postupných krokov,
- akceptovať zníženú pravopisnú úroveň a grafickú stránku písomného prejavu dieťaťa/žiaka,
- preferovať ústnu formu skúšania pred písomnou formou,
- zabezpečiť vytlačené poznámky z nového učiva,
- pred vysvetľovaním učiva predstaviť základnú osnovu a vysvetliť nové neznáme pojmy,
- udržiavať s dieťaťom/so žiakom zrakový kontakt,
- upútať pozornosť dieťaťa/žiaka jeho aktívnym zapájaním do vyučovacieho procesu,
- striedať činnosti vyžadujúce zvýšenú pozornosť s činnosťami, úlohami, keď dieťa/žiak pracuje samostatne, podľa potreby využívať relaxačné chvíľky,
- verbálne vysvetľovanie je vhodné dopĺňať názornými ilustráciami a používaním názorných pomôcok,
- pri riešení niektorých úloh používať metódu skupinovej práce, keď má dieťa/žiak s TP splniť konkrétnu čiastkovú úlohu v rámci pracovného tímu,
- stanoviť primerané krátkodobé čiastkové ciele, ktoré je žiak schopný splniť a trvať na ich dodržaní.

5.4. Rehabilitácia

V rámci rehabilitácie detí/žiakov s telesným postihnutím má pohybová terapia nezastupiteľný význam. Pomáha im zvládať rôzne životné situácie a uľahčiť ich začleňovanie do každodenného života v školskom a rodinnom prostredí. Každé z týchto detí je výnimočné, preto k jeho potrebám pristupujeme individuálne a citlivo.

Fyzioterapeut ponúka terapeutické postupy zamerané na skvalitnenie života. V praxi sa osvedčila napríklad metóda manželov Bobathovcov – Neurovývojová terapia, Proprioreceptívna neuromuskulárna facilitácia podľa Hermana Kabata, terapeutický koncept Bazálne programy a podprogramy a taktiež Dynamická neuromuskulárna stabilizácia podľa Pavla Koláča.

Základ každej pohybovej terapie tvorí nácvik polohy vzpriameného chrbta, centrácie kĺbov a upevňovanie správneho stereotypu dýchania. V tomto kontexte sa mimoriadne dôležitým stáva nácvik správneho držania tela a približovanie sa ideálnym pohybovým vzorcom cielene, postupne, krok za krokom.

Medzi doplnkové liečebné techniky zaraďujeme hydroterapiu, tejpovanie, hipoterapiu a pod.

Neodmysliteľnou súčasťou pohybovej terapie je aj relaxácia s cieľom zlepšiť psychický stav dieťaťa a znížiť prejavy spasticity tela.

V rámci personalizovaných potrieb každého dieťaťa fyzioterapeut vyberá individuálne či skupinové cvičenia, resp. ich kombináciu.

Cieľom uplatnenia fyzioterapie u detí/žiakov s telesným postihnutím je dosiahnuť taký stupeň samostatnosti, ktorý im umožní čo najlepšiu integráciu do spoločnosti vo všetkých činnostiach, pomáha zosúladiť ich psychický a fyzický stav a v tejto súčinnosti postupne vybudovať správny životný štýl.

Dosiahnutie najlepších možných výsledkov v oblasti pomoci deťom so zdravotným znevýhodnením je možné len v úzkej spolupráci celého tímu odborníkov, a to pediatra, detského neurológa, ortopéda, fyziatra, fyzioterapeuta, logopéda a špeciálneho pedagóga, samozrejme, za dôležitého predpokladu ústretovej spolupráce s rodinou. Významnú úlohu vo vnútornej i vonkajšej motivácii dieťaťa môžu zohrať aj jeho zdraví súrodenci, napr. svojím príkladom, pomocou i neustálym povzbudzovaním.

Úspešná a komplexná pohybová terapia si vyžaduje okrem odborných znalostí a praktických zručností fyzioterapeuta najmä jeho empatický prístup, láskavosť a úsmev na tvári, čo je nevyhnutným predpokladom na vytvorenie pozitívneho vzťahu, dôvery a bezpečného prostredia pre dieťa/žiaka s telesným postihnutím.

5.5. Terapia

Psychomotorický vývin dieťaťa s telesným postihnutím súvisí s rozvojom jemnej motoriky, hrubej motoriky, percepciou (zrakovou, sluchovou, hmatovou) a so sociálnym a rozumovým vývinom. Buduje sa postupne a všetky oblasti sa navzájom ovplyvňujú. Akékoľvek narušenie v niektorej oblasti pôsobí na psychomotorický vývin negatívne, a to na rečovú oblasť, oblasť percepcie, vnímania aj emocionalitu.

Z toho dôvodu by sa aj stimulácia mala zamerať na všetky oblasti osobnosti dieťaťa, mala by byť komplexná a pravidelná. Každá terapia je individuálna a závisí od potrieb dieťaťa/žiaka. V praxi sa uplatňujú najčastejšie tieto metódy:

Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je koncepcia podpory ľudí v krízových životných situáciách, u ktorých sú výmenné a regulačné kompetencie značne znížené alebo trvalo obmedzené. Je to forma celostnej, na telo sa vzťahujúcej komunikácie u detí/žiakov s výraznými obmedzeniami (www.basale-stimulation.de).

Ide o pedagogicko-psychologickú aktivitu, ktorá má jednotlivcovi ponúknuť príležitosti na rozvoj osobnosti.

V rámci bazálnej stimulácie možno vyčleniť ponuky podnetov v dvoch rovinách. Prvú rovinu tvoria základné podnety (somatické, vestibulárne a vibračné). Druhá rovina je rozširujúca stimulácia, ktorá v sebe zahŕňa podnety taktilno-haptické, chuťové, čuchové, sluchové a zrakové (Niehoff, 2007).

Somatické podnety pôsobia na kožu a svaly dieťaťa. Stimulácia sa deje prostredníctvom dotyku, tlaku, pohybu a vnímaním teploty. Základným prostriedkom je dotyk, ktorým sa snažíme sprostredkovať pozitívnu telesnú skúsenosť. Na zintenzívnenie je možné využiť rôzne materiály. Somatické podnety ďalej napomáhajú k uvedomovaniu si vlastného tela a vytváraniu telesnej schémy, ktorá je u detí s ťažkým postihnutím nediferencovaná. Vibračné podnety umožňujú dieťaťu pocítiť vlastný nosný aparát (kosti, kĺby), keďže deti s telesným postihnutím majú menej skúseností, ktoré sa bežne získavajú pri lezení alebo chôdzi. Táto cielená stimulácia pomáha dieťaťu vnímať chvenie

alebo zvuky a vnímať smer, odkiaľ prichádzajú. Nosný aparát možno stimulovať pomocou vibračných prístrojov, ktoré sa prikladajú na jednotlivé časti tela.

Vestibulárne podnety pomáhajú dieťaťu vnímať a uvedomovať si zmenu polohy tela v priestore. Podnety sa poskytujú vo forme pomalého rytmického hojdania, kolísania alebo otáčania rôznymi smermi. Využiť možno hojdačky, veľké lopty alebo valce. Vestibulárna stimulácia zlepšuje svalový tonus a stabilitu tela a v deťoch vyvoláva príjemné pocity a úsmev.

Taktilno-haptické podnety majú aktivovať najmä oblasť rúk a viesť k aktívnemu dotýkaniu sa a uchopovaniu predmetov.

Svoje miesto tu má aj facilitácia, keď dieťaťu pomáhamo poznávať daný predmet, jeho veľkosť, tvar, povrch alebo váhu. Dieťa sa učí funkčne využívať ruky na aktívne poznávanie svojho okolia.

Orálne a olfaktorické podnety sú veľmi úzko prepojené. Zameriavame sa na stimuláciu oblasti úst, ktorá je veľmi citlivá. Usilujeme sa o senzibilizáciu tejto oblasti na prijímanie podnetov prostredníctvom orálnych hier alebo ponúkaním chutí. Pri olfaktorickej stimulácii poskytujeme jednoznačné vône tak, aby ich dieťa vedelo postrehnúť a naučiť sa ich diferencovať. Využívame aj vône, ktoré sú dieťaťu známe (Niehoff, 2007; Opatřilová, 2010; Vítková, 2001).

Snoezelen

Snoezelen sa realizuje v špecificky upravenom prostredí (multisenzorické prostredie/miestnosť) s hudbou, so zvukmi, svetelnými efektmi, s vôňami a rôznorodými predmetmi alebo komponentmi. Cieľom je u dieťaťa navodiť pocit bezpečia a uvoľnenia. Svojou štruktúrou a vybavením zároveň podnecuje a motivuje dieťa na aktivitu a získavanie nových skúseností. Multisenzorická miestnosť je miestom, kde má dieťa dostatok času a priestoru na skúmanie a interakciu s objektmi. Pokiaľ je to čo i len trochu možné, má dostať možnosť voľby. U dieťaťa by mali byť posilnené kompetencie aktívne a samostatne manipulovať s objektmi v miestnosti, dostávať od nich spätnú väzbu (vo forme zvuku alebo svetla), a teda mať možnosť ovládať a kontrolovať svoje prostredie. Nenahraditeľné sú hudba a zvuky.

Dieťa v miestnosti zvuky nielen vníma (prostredníctvom hudby, hračiek alebo jednoduchých nástrojov), ale malo by byť vedené aj k vlastnej produkcii zvukov. Vhodné je spájať zvuky so svetlom alebo s vibráciami. Zrakové podnety poskytuje samotné osvetlenie miestnosti, ktoré môže byť volené cielene. Špecifické postavenie majú komponenty ako vodné valce, optické vlákna či projekory s točiacimi sa obrazcami.

V terapii detí/žiacov s telesným postihnutím sa ako vhodné javí využitie koncepcie Snoezelen ako prostriedku na získavanie nových skúseností, príležitostí na učenie a interakciu s okolitým prostredím. Nevyhnutné by malo byť budovanie vzťahu rodiča a dieťaťa. Rodič má príležitosť vidieť svoje dieťa v iných situáciách a vidieť jeho reakcie. V takomto prostredí sa dieťa môže javiť vnímavejšie, aktívnejšie alebo viac motivované na interakciu (Fowler, 2008; Schwanecke, 2004).

EEG biofeedback

EEG biofeedback je terapeutická metóda, ktorá umožňuje pomocou špeciálneho prístroja reguláciu vlastnej mozgovej aktivity (na základe biologickej spätnej väzby). Mozgová aktivita sa zobrazuje do parametrov počítačovej hry a tá následne podáva spätnú informáciu v podobe EEG záznamu. Žiaduca aktivita mozgu je tak dlho posilňovaná, kým si dieťa spôsob regulácie osvojí. Základom metódy je operatívne podmieňovanie. Mozog vykonáva určité operácie, aby dosiahol cieľ svojej motivácie (učí

sa ovplyvňovať vlastnú aktivitu mozgových vlín). Výsledným efektom je, že mozog sa hravou formou naučí lepšie, efektívnejšie a s menším výdajom energie využívať svoje schopnosti a kapacitu. Trvalo prejde na novo naučený spôsob regulácie organizmu, čím sa odstránia pretrvávajúce poruchy a problémy.

Plávanie a cvičenie vo vode

Veľmi vhodnou a odborníkmi odporúčanou terapiou pri telesnom postihnutí je plávanie a cvičenie vo vode. Priaznivo pôsobí na otužovanie organizmu, zlepšuje metabolizmus, pozitívne ovplyvňuje dýchanie, nervovo svalovú koordináciu, znižuje svalový tonus u detí. S plávaním môžu začať deti už od raného veku. Najprv sa deti zoznamujú s vodou pomocou rôznych hier a hračiek. K samotnému nácviku plávania alebo cvičenia vo vode je potrebné prechádzať postupne s rešpektovaním individuality každého dieťaťa/žiaka s telesným postihnutím. Pobyt vo vode umožňuje pohyb bez kompenzačných pomôcok a niekedy aj bez pomoci asistenta, ktorého dieťa s postihnutím v osobnom živote väčšinou potrebuje (Kraus, 2007).

Cvičenie na rehabilitačnej lopte

Využitie lopty na cvičenie s deťmi s telesným postihnutím si vyžaduje odborné vedenie. Cvičiť na lopte je možné začať už s malými deťmi. Najlepšie sa dieťaťu s telesným postihnutím cvičí na lopte s veľkým priemerom. Terapeut položí dieťa na bruško, pridržiava ho a pomaly vychýľuje z osi. Aby polohu vyrovnalo a stabilizovalo, musí reagovať správnymi svalovými skupinami. Loptu je možné využiť aj na pohojdávanie a vykonávanie rovnovážnych cvikov. Stimulujú sa tak tie svalové skupiny, ktoré sa pri bežných aktivitách zapájajú menej.

Stimulácia hrubej motoriky

Rozvoj hrubých motorických zručností vo veľkej miere závisí od tréningu svalov. Prostredníctvom tréningu a opakujúcich sa činností získavajú svaly silu a odolnosť.

K precvičovaniu hrubej motoriky sú pre deti s telesným postihnutím potrebné napríklad nestabilné plošiny na nácvik rovnováhy, molitanové valce, vliezacie tunely či taktilné dosky.

Hrubú motoriku je u detí s telesným postihnutím vhodné rozvíjať napríklad aj týmito činnosťami:

- hra s loptou – kotúľanie, hádzanie a chytanie, hádzanie na cieľ,
- hry s kužeľmi – chôdza (aj s barlami) alebo jazda na vozíku okolo kužeľov,
- plávanie, plazenie, otáčanie, preliezanie cez tunel,
- imitácia – napodobňovanie pohybov, ktoré dieťaťu terapeut predvádza.

Veľmi dôležité je aj pravidelné zabezpečenie zmeny polohy dieťaťa, aby dochádzalo k dobrému prekrvovaniu celého tela a nedochádzalo k dlhodobému stláčaniu orgánov umiestnených v brušnej dutine pri dlhom sedení na vozíku.

Stimulácia jemnej motoriky a grafomotoriky

Jemná motorika predstavuje pohybové schopnosti a zručnosti, ktoré sa týkajú koordinácie pohybov ruky od ramena k prstom, mikromotoriky očných pohybov, artikulačných orgánov či grafomotoriky. Ide o skoordované pohyby prstov a rúk s očami, teda vnímaním.

Grafomotorika je činnosť jemnej motoriky, ktorá sa prejavuje v grafickej podobe. Je to veľmi dôležitá súčasť pri písomnom prejave detí. Grafomotorika nie je len o úhladne napísaných tvaroch, ale aj o

správnom sedení či úchope písacích potrieb.

Práve úroveň jemnej motoriky a grafomotoriky je pri telesnom postihnutí niekedy znížená, zaostáva.

Vhodné terapeutické aktivity zacielené na rozvoj jemnej motoriky a grafomotoriky u detí s telesným postihnutím sú:

- práca so stavebnicou, s kockami, so skladačkami, puzzle, mozaiky, domino, pexeso, loto,
- hry s pieskom, múkou – presýpanie,
- hry s vodou – prelievanie, namáčanie a následne žmýkanie špongie,
- navliekanie drevených korálikov – vhodné je začať s veľkými a postupne veľkosť znižovať,
- prevliekanie šnúrok cez otvory,
- trhanie papiera, lepenie, krčenie papiera,
- modelovanie z plastelíny, z hlíny, z cesta,
- vkladanie drobných predmetov do fľaše s úzkym otvorom, vkladanie mincí do pokladničky,
- triedenie drobných predmetov do mištičiek podľa farby, tvaru a pod.,
- maľovanie prstovými farbami,
- kreslenie – najprv na veľkú plochu, postupne je vhodné plochu zmenšovať,
- kreslenie prstom/paličkou do múky, krupice, piesku,
- dotýkanie sa povrchov z rôznych materiálov, možnosť skúmať rôzne materiály (rozvoj hmatu),
- každodenné činnosti – zamykanie, odomykanie dverí, zametanie omrvínok zo stola,
- listovanie v knihách po jednej strane,
- skrútkovanie uzáverov od fliaš,
- sebaobsluha, hygiena – čistenie zubov, česanie, obliekanie, s pomocou dospelého zapínanie zipsov, gombíkov,
- cvičenia s prstami – predstieranie hry na klavír, písanie po klávesnici, solenie polievky,
- otváranie zavretej dlane po jednom prste,
- triedenie strukovín (cestovín, fazule, šošovice a pod.),
- presýpanie surovín z nádoby do nádoby,
- naberanie surovín naberačkou či lyžicou,
- motanie nitky či vlny,
- zavesovanie bielizne na šnúru s používaním štipcov,
- pukanie bublinkovej fólie,
- riešenie labyrintov a bludísk,
- spájanie bodiek do obrázka,
- šrafovanie, vyfarbovanie,
- obkresľovanie pomocou šablón,
- kreslenie kruhov,
- obťahovanie tvarov písmen prstom (napr. do piesku, múky, krupice a pod.),
- tvarovanie písmen z plastelíny, z cesta.

Na rozvíjanie celkovej motoriky a koordinácie sa odporúčajú krížové cvičenia. Ide v nich o spájanie pravej ruky a ľavej nohy a naopak, tréning pravoľavej orientácie formou hry, najskôr na sebe (učiteľ dieťa prekrížiť stredovú os svojho tela), potom na druhom človeku sediacom v jednej rovine s dieťaťom a nakoniec s osobou sediacou oproti dieťaťu (reverzne).

Psychomotorické hry

Ich cieľom je stimulácia, rozvoj a podpora psychomotoriky. U detí s telesným postihnutím tieto terapeutické hry podporujú rozvoj pohybových zručností, prispievajú k zlepšeniu hrubej a jemnej motoriky, rozvíjajú koordináciu pohybov, orientáciu v priestore a rovnováhu. Pri opise hry, vysvetlení

pravidiel a pri realizácii hry sa stimuluje aj zmyslové vnímanie. Hráči reagujú na základe počutého a videného. Niekedy musí dieťa ohmatať, privoňať, ochutnať. Tým je stimulovaná aj sensorická zložka psychomotoriky. Dieťa si potrebuje zapamätať inštrukcie, premýšľať nad riešením úlohy, koncentrovať pozornosť pri ich plnení, zapojiť predstavivosť a na základe toho konať. Psychomotorické hry nenahrádzajú rehabilitačné metódy, ale sú zamerané na stimuláciu a rozvoj pohybu (Muličáková, Ustohalová, 2007 in Szabová, 2001).

Stimulácia vizuomotorickej koordinácie

Vizuomotorická koordinácia je schopnosť dieťaťa integrovať jemu poskytnuté zrakové vnemy v kombinácii s jemnou motorikou. Rozvoj vizuomotorickej koordinácie je dôležitý na zvládnutie grafických schopností dieťaťa – kreslenie a v neskoršom veku dieťaťa aj písanie. Medzi zrakom a schopnosťou manipulovať s predmetmi existuje veľmi úzka súvislosť (Newman, 2004). Cvičenie na rozvoj vizuomotorickej koordinácie je totožné s cvičením na rozvoj jemnej motoriky. Na precvičovanie vizuomotoriky slúži napríklad spájanie jednotlivých prvkov čiarou, navliekanie korálikov, vyhľadávanie predmetov bez ohľadu na farbu a veľkosť (napríklad vyhľadať všetky trojuholníky, zoradiť podľa veľkosti). Tvarová pamäť je dôležitá pre školský vek, keď sa dieťa učí čítať. Pri nezvládnutí tejto oblasti môže mať problémy pri zapamätávaní si tvarov písmen. Pre dieťa je veľmi dôležité rozpoznať polohu hore/dole, vpravo/vľavo. Vo všetkých nadobudnutých zručnostiach má nezastupiteľnú úlohu pamäť. Zrakovú pamäť je vhodné precvičovať napríklad pomocou pexesa. Pri hre s dieťaťom s telesným postihnutím sa začína od najjednoduchšieho variantu s piatimi obrázkami. Vhodné je aj vyhľadávanie rozdielov, dopĺňanie detailov na obrázku, vyškrtávanie podobných obrázkov, písmen, číslíc, skladanie rozstrihaných obrázkov, práca so stavebnicou, s mozaikou podľa predlohy, puzzlami atď.

Psychoterapia

Predstavuje liečebnú metódu, ktorá na dosiahnutie liečebných výsledkov využíva psychologické prostriedky. Počas psychoterapeutického procesu terapeut pomáha dieťaťu k sebazpoznaniu, aby ho následne mohlo využiť na rozvoj a obohacovanie vlastnej osobnosti. V procese pôsobenia na deti s telesným postihnutím majú výrazný pozitívny vplyv tzv. umelecké terapie, najmä arteterapia a muzikoterapia, ďalej dramaterapia, biblioterapia a tanečná a pohybová terapia. Dôležité postavenie v psychoterapii majú terapie za účasti zvierat (zooterapie), v ktorých sa účinne prelínajú prvky fyzioterapie a psychoterapie. V zooterapii sa využívajú rôzne druhy zvierat, v praxi sa najčastejšie používa kôň (hipoterapia) a pes (canisterapia) (Pipeková, Vítková, 2001).

Logopedická terapia

Ak sa u detí s telesným postihnutím vyskytuje narušená komunikačná schopnosť (NKS), logopedická terapia sa zameriava na jej odstránenie, zmiernenie. U detí s telesným postihnutím sa môžu vyskytovať všetky druhy narušenej komunikačnej schopnosti, logopedická terapia sa špecifikuje na konkrétnu diagnostikovanú NKS u dieťaťa. U detí s DMO je častý výskyt dyzartrie. Ťažiskom v terapii dyzartrie je nácvik správneho dýchania, nácvik správnej fonácie, rezonančné cvičenia, oromotorické, myofunkčné cvičenia a artikulačné cvičenia. Súčasťou terapie môže byť aj orofaciálna stimulácia či odstraňovanie hypersalivácie.

Pri deťoch, u ktorých je verbálna reč veľmi slabo rozvinutá, logopéd spolu s rodinou dieťaťa vyberie vhodný systém AAK (alternatívnej a augmentatívnej komunikácie) s ohľadom na potreby konkrétneho dieťaťa. V logopedickej terapii aplikuje špeciálne postupy vhodné pri terapii dyzartrie, ako aj nácvik práce s kompenzačnými pomôckami AAK (obrázkový systém PECS, systémy znakovania a gest ASL/BSL, počítačové programy Symwriter, Boardmaker, elektronické komunikačné tabuľky,

ako napríklad Go talk Now, Niki Talk). Logopedické poradenstvo zahŕňa konzultácie pre rodičov a pedagógov zamerané na efektívne využívanie naučených foriem a spôsobov verbálnej komunikácie alebo v prípade potreby aj spôsobov správneho používania kompenzačných pomôcok nahrádzajúcich verbálnu reč detí.

6. Príklad z praxe

Dieťa Leo – chlapec s primárnou diagnózou Detská mozgová obrna (DMO).

Zdravotná diagnóza: Dg. kvadruspastická forma DMO s akcentom na dolných končatinách (správa z neurologického vyšetrenia) a z FBRL (fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia).

Leo bol klientom Súkromného ŠCPP od jedného roka z dôvodu potreby pravidelnej rehabilitácie v oblasti motorického vývinu. Vo veku 2 roky a 11 mesiacov bol odporúčaný fyzioterapeutkou zariadenia poradenstva a prevencie na psychologické vyšetrenie. Dôvodom odporúčania na psychologickú konzultáciu bolo zvažovanie rodičov zaradiť dieťa do MŠ.

Na stretnutiach so psychologičkou a na základe jej pozorovania pri hre a manipulácii s predmetmi sa Leo javil veľmi bystrý a vnímavý, na základe informácií od rodičov však zaostával okrem motorickej oblasti v samostatnosti (bol plienkovaný, jedával s pomocou, pri obliekaní a vyzliekaní potreboval z dôvodu motorického limitu pomoc dospelého osoby), v rečovom prejave (výrazne dyslalická reč na podklade oslabenej oromotoriky), bol úzko viazaný na matku (k separácii nemohlo zatiaľ dôjsť, nemal skúsenosti s pobytom mimo domáceho prostredia). Rodičia si priali, aby bol Leo postupne zaradený do materskej školy na poldenný pobyt, mali záujem o pozvoľné začlenenie aj s ohľadom na adaptáciu v kolektíve detí. So psychologičkou sa zhodli na zaradení do špeciálnej materskej školy – triedy pre deti s telesným a viacnásobným postihnutím.

Prognózou pri stanovenej zdravotnej diagnóze (informácie od fyzioterapeutky zo ŠCPP) je, že dieťa zvládne chôdzu na kratšie vzdialenosti samostatne alebo s kompenzačnou pomôckou (barličky, chodúľka), pri presunoch na dlhšie vzdialenosti (cesta do MŠ) bude potrebný invalidný vozík.

Diagnostika: 1. psychologické vyšetrenie a špeciálnopedagogické vyšetrenie:

- vývinová diagnostika N. Bayleyovej (škála pre potreby diagnostiky detí so ŠVVP vo veku do 42 mesiacov),
- pozorovanie pri voľnej hre (v miestnosti, v ktorej sa odohráva prvé stretnutie, sú prítomné hračky pre rôzne vekové kategórie detí od – manipulačných až po symbolickú hru), rozhovor s rodičmi.

Prvý diagnostický záver bol realizovaný na základe stretnutí:

1. stretnutie – konzultácia s fyzioterapeutkou k motorickej oblasti vývinu,
2. stretnutie s rodičmi – definovanie potrieb a možností dieťaťa a rodiny,
3. stretnutie – samotná psychologická a špeciálnopedagogická diagnostika.

Druhý diagnostický záver realizovaný na základe stretnutí:

1. stretnutie – samotné stretnutie a konzultácia s rodičmi a poradkyňou z CVI,
2. stretnutie – spoločné psychologické a špeciálnopedagogické vyšetrenia.

Použité diagnostické metódy: Vývinová škála N. Bayleyovej, Stanford – Binet IV, Test obkresľovania tvarov, kresba postavy, analýza zrakového vnímania, sluchového vnímania podľa Bednárovej,

predmatematické predstavy, metóda pozorovania, metóda rozhovoru.

Poradenstvo: Poradenstvo prebiehalo v priebehu viacerých stretnutí rodiny so psychologičkou, realizované boli taktiež konzultácie prostredníctvom mailu a telefonicky. Psychologička si podľa potreby prizývala na stretnutia ďalších odborníkov zo zariadenia ŠCPP, prípadne z CVI, dve stretnutia boli realizované aj na pôde materskej školy. Poradenstvo prebiehalo vo vzťahu k rodičom – pomoc pri koordinácii ďalších aktérov zúčastnených v spomínanom prípade, poskytnutie správ a komunikácia s CVI, s vedením cirkevnej materskej školy (ďalej len „CMŠ“) a edukácia pedagogických zamestnancov.

Terapia: Fyzioterapeutické stretnutia prebiehali pravidelne od cca jedného roka, v intervale dvakrát týždenne, neskôr jedenkrát týždenne. Súčasťou terapie boli aj pravidelné stretnutia so špeciálnou pedagogičkou zamerané na podporu grafomotorickej oblasti a hľadanie kompenzačných možností v oblasti jemnomotorickej a grafomotorickej manipulácie.

Prevenia: Začlenením dieťaťa do CMŠ v mieste bydliska má rodina možnosť vytvárať si väzby s rodinami v okolí svojho domova a Leo má možnosť vytvoriť si stabilné vzťahy s rovesníkmi, ktoré môžu pretrvať do školského veku a následne celý život, aj napriek svojmu telesnému postihnutiu. Má príležitosť učiť sa prijímať svoju inakosť v konfrontácii s bežnými rovesníkmi, čo ho pripravuje na život v bežnej spoločnosti. Prevencia patologického osobnostného vývinu je veľmi dôležitou súčasťou odbornej práce s klientom.

Multidisciplinárna spolupráca: V rámci tímu ŠCPP sa ukázala ako prospešná spolupráca fyzioterapeut – psychológ – špeciálny pedagóg (logopéd nebol v tomto prípade potrebný). V rámci širšej spolupráce sa ukázala ako nadmieru prínosná spolupráca s CVI.

Dôležité boli aj informácie z rezortu zdravotníctva poskytnuté rodinou v podobe správ z neurologického a FBRL vyšetrenia. Individuálne začlenenie bolo možné len vďaka ochote cirkevnej materskej školy prijať dieťa s telesným postihnutím, aj napriek počiatočným obavám.

Záver: Faktormi umožňujúcimi efektívnu prácu s rodinou a následné individuálne začlenenie dieťaťa boli:

- dôvera rodičov v kompetentnosť odborných zamestnancov zariadenia ŠCPP a profesionálny prístup fyzioterapeutky, ktorá rodinu sprevádzala už od jedného roka dieťaťa;
- dobrá informovanosť rodičov o prejavoch a dôsledkoch diagnózy, orientovanie sa rodičov dieťaťa v samotnej diagnóze, prijatie z nej vyplývajúcich limitov, reálne očakávania od dieťaťa nielen zo strany rodičov, ale aj učiteľiek MŠ – k čomu prispeli zainteresovaní odborní zamestnanci CVI a ŠCPP svojou pravidelnou komunikáciou s rodinou a podporou vývinu chlapca v domácom prostredí;
- ochota cirkevnej materskej školy uvažovať o začlení dieťaťa s telesným postihnutím a hľadať spoločne s rodinou a CVI možnosti poskytnutia asistencie dieťaťu, aj napriek prekážkam na strane zriaďovateľa (neposkytnutie finančného príspevku na pozíciu asistenta učiteľa).

Prekážkou individuálneho začlenenia bola na druhej strane neochota na strane štátnych MŠ uvažovať a diskutovať o prijatí dieťaťa s telesným postihnutím a hľadať možnosti nad rámec zaužívaných postupov.

Leo mal v septembri daného školského roka 4 roky a 11 mesiacov a MŠ začínal navštevovať 3. rok ako začlenený. Proces individuálneho začlenenia bol hodnotený ako úspešný všetkými stranami –

Leo veľmi pekne participoval na dianí v triede, vytvoril si veľa priateľstiev, stal sa súčasťou kolektívu triedy. Pani učiteľky hodnotili, že triedu obohacuje a svojimi odlišnosťami otvára tému prijatia inakosti.

7. Použitá literatúra

Atlas skúseností multidisciplinárneho prístupu v rámci pedagogickej a poradenskej praxe [online]. [Citované 2021-08-04].

Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2021/07/Rana-starostlivost-a-zaclenenie-dietata.pdf> ČADOVÁ et al. Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním,

1. vydání, čz 2012/696, Olomouc, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0 [online]. [Citované 2021-08-01]. Dostupné na internete: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1411386333.pdf>

ČADOVÁ, E. Katalog podpůrných opatření dílčí část pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení nebo závažného onemocnění. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80244-4687-5. [Online]. [Citované 2021-08-04].

Dostupné na internete: <http://katalogpo.upol.cz/wp-content/uploads/katalog-tp.pdf>

FISCHER, S. - ŠKODA, J. - SVOBODA, Z. - ZILCHER, L. 2014. Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální. Brno: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7

FOWLER, S. 2008. Multisensory Rooms and Environments. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 249 p. ISBN 978-18-431046-2-9

FRANKO, V. 2012. Sociálna rehabilitácia – pohľad zdravotne postihnutých a organizácií na sociálnu rehabilitáciu. [Online]. [Citované 2021-07-06].

Dostupné na internete: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/telesne-postihnutie>

FRIEDLOVÁ, K. 2015. Bazální stimulace pro pečující, terapeutů, logopedů 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. ISBN 978-80-904668-9-0

GRŇA, P. Nauč sa žiť. Aktívny vozík. 50 s. [Online]. [Cit. 2021-08-25] Dostupné: http://www.aktivnyvozik.sk/images/brozura%20ako%20zit/Ako_Zit_s%20obrazkovou_prilohou.rar

HARČARÍKOVÁ, T. 2014. Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených v kontextoch edukácie. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2014. 197 s. ISBN 978-80-7464-631-7

HARČARÍKOVÁ, T. 2014. Žiak mladšieho školského veku s telesným postihnutím, znevýhodnením a onemocnením. In: Inkluzivní vzdělávání žáků mladšího školního věku se speciálními vzdělávacími potřebami. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2014. s. 139 – 179. ISBN 978-80-7464-674-4

HARČARÍKOVÁ, T.- KOLLÁROVÁ, E. 2016. Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2016. 165 s. ISBN 978-80-89726-81-3

HARČARÍKOVÁ, T. 2017. Aplikácia vzdelávacích programov pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Štátny pedagogický ústav, Bratislava, 2017 [online]. [Citované 2021-09-04]. Dostupné na: [file:///F:/VUDPAP/aplikacia-vp-deti-so-zdravotnym-znevychodnenim-predprimarne-vzdel%20\(1\).pdf](file:///F:/VUDPAP/aplikacia-vp-deti-so-zdravotnym-znevychodnenim-predprimarne-vzdel%20(1).pdf)

- HARČARÍKOVÁ, T. 2011. Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – teoretické základy. 1. vydanie. Bratislava: IRIS, 2011. 366 s. ISBN 978-80-89238-59-0
- HARČARÍKOVÁ, T. 2007. Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 168 s. ISBN 978-80-89113-30-9
- HARČARÍKOVÁ, T. 2008. Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Bratislava: Mabag, 2008. 102 s. ISBN 978-80-89113-54-5
- Harčarikova, T. 2007. *Edukácia detí s telesným postihnutím v prípravnom ročníku základnej školy pre telesne postihnutých ako jedna zo špecifických foriem špeciálnopedagogickej intervencie. In Špeciálnopedagogická diagnostika, včasná intervencia a špeciálnopedagogické poradenstvo pre znevýhodnené osoby (s postihnutím, narušením, nadaním a talentom), Bratislava: MABAG, s. r. o., 2007, s. 215 – 231.* ISBN 978-80-89113-38-5
- HORŇÁKOVÁ, M. (ed.). 2010. Včasná intervencia orientovaná na rodinu. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. 260 s. ISBN 9788022329156
- HRIVŇÁKOVÁ, Š. - JAŠŠOVÁ, M. - KOZELNICKÁ, E. Sprievodca pre kariérového poradcu v Centre pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie. Bratislava: VÚDPaP. [Online]. [Citované 2021-08-20]. Dostupné na internete:
<https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2020/12/Sprievodca-pre-karieroveho-poradcu-v-CPPPaP.pdf>
- JANEC, M. 1991. Starostlivosť o deti s vrodenými chybami. Martin: Osveta. 1991. 314 s. ISBN 80-217-0279-6
- JANKOVSKÝ, J. 2001. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Triton: Praha, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7
- JANKŮ K. - HARČARÍKOVÁ, T. 2016. Multidimenzionalita tělesného postižení z pohľadu komplexní rehabilitační péče. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016. 146 s. ISBN 978-80-7464-886-1
- KARST, C. 2008. Frühförderung: Eine Farce oder einereelle Möglichkeit?! Saarbrücken: Vdm Verlag, 2008. 140 s. ISBN 978-3639001471
- KOLLÁROVÁ, E. 1993. Základy somatopédie. 1. vydanie. Bratislava: UK, 1993. 97 s. ISBN 80-223-071-5-7
- KRAUS, J. 2005. Dětská mozková obrna. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8
- KRAUS, J. - ŠANDERA, O. 1975. Tělesně postižené dítě. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. 206 s., zborník
- KRHUTOVÁ, L. 2005. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. 1. vydanie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci a Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. 280 s. ISBN 80-244-1168-7
- LESNÝ, I. - ŠPITZ, J. 1989. Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy. Praha: SPN, 1989. 229 s., ISBN 80-04-22922-0
- LEVITT, S. 2004. Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay. 4. edition published by Blackwell

Publishing, 2004. 303 s. ISBN 1–4051–0163–6

MERTIN, V. - KREJČOVÁ, L. 2013. Výchovné poradenství. 2. přeprac. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. ISBN 978-80-7478-356-2

MICHALÍK, J. et al. 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

MULIČÁKOVÁ, A. - USTOHALOVÁ, T. 2007. Psychomotorické hry v škole. Prešov: MPC, 2007. [Online]. [Citované 2021-08-21].

Dostupné na internete: 29_psychomotoricke_hry_v_skole.pdf

NIEHOFF, D. 2007. Basale Stimulation und Kommunikation. 2. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, 2007. 152 s. ISBN 987-34-2704-863-3

NOVOSAD, L. 2011. Tělesně postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9

OPATŘILOVÁ, D. - VÍTKOVÁ, M. 2011. Speciálně pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami mimo školu. Masarykova univerzita v Brně, 2011. 258 s. ISBN 978-80-210-5693-0

OPATŘILOVÁ, D. 2010, Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno, 2010, ISBN 978-80-210-5266-6

OPATŘILOVÁ, D. - NOVÁKOVÁ Z. 2012. Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením, 2012, ISBN 978-80-210-5880-4

OPATŘILOVÁ, D. 2013. Žáci se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v základních školách, 2013, ISBN 978-80-210-6304-4

PIPEKOVÁ, J. 2010. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0

PIPEKOVÁ, J. - VÍTKOVÁ, M. 2001. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7

RENOTIÉROVÁ, M. 2003. Somatopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2003. ISBN 80- 244- 0532-6

SCHWANECHE, F. 2004. Snoezelen Möglichkeiten und Grenzen in verschiedenen Anwendungsbereichen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 2004. 160 s. ISBN 3886173100

Šlapal, R. 2007. Vývojová neurologie pro speciální pedagogy. Brno. Paido. 2007, s. 53. ISBN 978- 80-7315-160-7

STEHLÍK, A. et al. 1977. Dítě s mozkovou obrnou v rodině. Praha: AVICENUM 1977, 242 s. ISBN 08-033-77

ŠTÁTNA ŠKOLSKÁ INŠPEKCIA. 2012. Kompenzačné a špeciálne učebné pomôcky pre deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Interný metodický materiál ŠŠI, Bratislava, 2012

- STRASSMEIER, W. 2011. 260 cvičení pro děti raného věku: soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. 291 s. ISBN 978-80-7367880-7
- THURMAIR, M. - NAGGL, M. 2010. Praxis der Frühförderung: Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. 4. überarb. Auflage. München: Ernst Reinhard Verlag, 2010. 308 s. ISBN 97-834-970219-5-6
- TICHÝ, J. et al. 1994. Neurologie. Praha: Karolinum. 1994. 128 s., ISBN 80-7184-750-X VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vydanie. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3 VÁGNEROVÁ, M. - STRNADOVÁ, I. - KREJČOVÁ, L. 2009. Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte. Praha: Karolinum, 2009. 333 s. ISBN 97-880-2461616-2
- VAŠEK, Š. 2007. Speciálnopedagogická diagnostika. 5. vydanie, Bratislava: Sapiientia, 2007. 186 s. ISBN 978-80-892290-5-5
- VAŠEK, Š. 2003. Základy speciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapiientia. 2003, 210 s. ISBN 80-968797-0-7
- VÍTKOVÁ, M. 2003. Integrativní školní (speciální) pedagogika. Brno: Paido, 2003, ISBN 80-86633-07-1
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) 2004. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
- VÍTKOVÁ, M. 2001. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001
- VÍTKOVÁ, M. 2006. Somatopedické aspekty. 2. vydanie. Brno: Paido Brno, 2006. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-134-0
- VP PRE DETI A ŽIAKOV S TELESNÝM POSTIHNUTÍM [online]. [Citované 2021-08-04].
- Dostupné na internete: https://www.statpedu.sk/files/sk/svp/statny-vzdelavaci-program/vp-deti-ziakov-so-zdravotnym-znevychodnenim/vp-deti-ziakov-telesnym-postihnutim/vp_tp_isced1_2.pdf
- WÓJCIK, M. Integracja Sensoryczna w edukacji i terapii dzieci niepełnosprawnych. 1. międzynarodná konferencia: Využitie Snoezelen a terapie senzorickej integrácie v procese učenia. Bratislava: 7. 10. 2011
- Zákon 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov [citované 2021-08-04]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/Z>