

# Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s viacnásobným postihnutím

**Autorky:** PaedDr. Elena Luptáková,  
Mgr. Blažena Hoferiková, PhD.  
Mgr. Slávka Zemanová

**Hodnotiteľky:** Mgr. Eva Kaletová  
Mgr. Katarína Maťašová  
Mgr. Eva Vaščáková

**Recenzentky:** doc. PaedDr. Terézia Harčaríková, PhD.  
Mgr. Michaela Mojžišová

# Obsah

1. Úvod do problematiky .....	4
2. Dosah na vzdelávanie.....	6
2.1. Dosah na vzdelávanie v kognitívnej oblasti.....	7
2.2. Dosah na vzdelávanie v komunikácii.....	7
2.3. Dosah na vzdelávanie v oblasti senzoriky .....	8
2.4. Dosah na vzdelávanie v emocionálnej a sociálnej oblasti.....	9
2.5. Dosah na vzdelávanie v oblasti motoriky.....	9
2.6. Dosah na vzdelávanie v oblasti sebaobsluhy .....	10
2.7. Dosah na vzdelávanie v oblasti hry .....	10
2.8. Formy vzdelávania detí/žiacov s viacnásobným postihnutím .....	10
3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou .....	11
3.1. Metódy špeciálnopedagogickej diagnostiky .....	12
3.2. Metódy psychologickej diagnostiky .....	14
3.3. Metódy logopedickej diagnostiky .....	15
3.4. Metódy liečebno-pedagogickej diagnostiky .....	15
4. Nepriame intervencie .....	16
4.1. Nepriama intervencia zameraná na rodinu .....	16
4.2. Nepriama intervencia zameraná na pedagógov .....	17
4.3. Nepriama intervencia zameraná na triedny kolektív dieťaťa/žiaka.....	17
5. Priame intervencie .....	18
5.1. Prevencia .....	18
5.2. Raná intervencia.....	19
5.3. Poradenstvo .....	22
5.4. Reedukácia .....	23
5.5. Rehabilitácia .....	25
5.6. Terapia.....	26
6. Príklad z praxe.....	29
7. Literatúra.....	31

# Zoznam skratiek

AAK	augmentatívna a alternatívna komunikácia
ABA	Aplikovaná behaviorálna analýza
ASL	American sign language (prekl. americký znakový jazyk)
BSL	British sign language (prekl. britský znakový jazyk)
CNS	centrálne nervová sústava
CPP	centrum poradenstva a prevencie
DMO	detská mozgová obrna
DV	dramatická výchova
ESDM	Early Start Denver Model (prístup včasnej intervencie pre deti s poruchou autistického spektra)
FIE	Feuersteinove inštrumentálne obohacovanie
ILI	individuálna logopedická intervencia
IVP	individuálny vzdelávací program
MŠ	materská škola
NGS	naso-gastrická sonda
PAS	porucha autistického spektra
PECS	Picture Exchange Communicate system (prekl. Komunikačný systém na výmenu obrázkov)
PEG	perkutánná endoskopická gastrostómia
RPV	rytmicko-pohybová výchova
Son Rise	program domáceho vzdelávania detí a dospelých s autizmom
ŠCPP	špecializované centrum poradenstva a prevencie
ŠVVP	špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (program pre deti s autizmom a s príbuznými poruchami komunikácie)
VOKS	Výmenný obrázkový komunikačný systém VP      viacnásobné postihnutie
ZŠ	základná škola
ZZ	zákonný zástupca

# 1. Úvod do problematiky

Jednotlivci s viacnásobným postihnutím tvoria veľmi nejednotnú a heterogénnu skupinu, ktorej vymedzenie nie je jednoduché. Uvedená kategória osôb predstavuje najnáročnejšiu a najzložitejšiu oblasť starostlivosti o ľudí so zdravotným postihnutím.

Existuje niekoľko termínov opisujúcich viacnásobné postihnutie. V slovenskej literatúre sa v oblasti terminológie preferuje najmä spomínaný termín viacnásobné postihnutie alebo aj termín viaceré chyby (Vančová, 2010). V českej literatúre patria podľa Ludíkovej (2005) k najfrekvencovanejším termínom *vícenásobné postižení*, *kombinované postižení* či *kombinované vady*, pričom sa na ne nahliada ako na synonymá a tak sa aj používajú.

V cudzojazyčnej literatúre sa môžeme stretnúť v anglicky hovoriacich krajinách s termínmi *multiple disabilities*, *severe disabilities*, *multiple handicap*, zatiaľ čo v nemčine sa zvyčajne používa termín *Schwerstmehrfachbehinderung* (Renotiárová, Ludíková, 2004).

Viacnásobné postihnutie býva definované ako zdravotné postihnutie, pri ktorom sa súčasne vyskytujú dve alebo viacero postihnutí (mentálne postihnutie, telesné postihnutie, zrakové postihnutie, sluchové postihnutie, narušená komunikačná schopnosť, poruchy autistického spektra, vývinové poruchy učenia, poruchy aktivity a pozornosti, poruchy správania). Ako však uvádza Vašek (2011), viacnásobné postihnutie netvorí jednoduchý súčet dominujúceho a pridruženého postihnutia, ale ide o novú, odlišnú kvalitu postihnutia, ktorá si vyžaduje vysoko individualizovaný prístup a spoluprácu špecialistov z viacerých oblastí (medicínskej, špeciálnopedagogickej, psychologickkej a ďalších) a tak na ňu treba aj nahliadať.

Skupina osôb, ktorá je nositeľom viacnásobného postihnutia, je v populácii pomerne ľahko identifikovateľná. Avšak z hľadiska kombinácií konkrétnych postihnutí u jednotlivcov, z hľadiska druhu, stupňa, typu či formy kombinovaných postihnutí, ako aj z hľadiska ich obdobia vzniku, etiológie, symptomatológie, prognóz a mnohého ďalšieho, ide o značne heterogénnu skupinu. V praxi sa u jednotlivca s viacnásobným postihnutím môžeme stretnúť v rôznych kombináciách s týmito postihnutiami:

**Mentálne postihnutie** (mentálna retardácia) je v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (2021) definované ako zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu, charakterizované najmä poškodením kognitívnych, rečových, motorických a sociálnych schopností, prejavujúcich sa v priebehu vývinového obdobia a patriacich k celkovej úrovni inteligencie. V kombinácii s iným postihnutím sa môžeme stretnúť so všetkými stupňami mentálneho postihnutia – s ľahkým, so stredne ťažkým, s ťažkým aj hlbokým. Mnohí autori sa zhodujú, že práve mentálne postihnutie je najčastejšie prítomné v kombinácii s inými postihnutiami, pričom je v rámci viacnásobného postihnutia spravidla najzávažnejším symptómom a môže sa kombinovať so všetkými ostatnými zdravotnými postihnutiami (Kozáková in Ludíková et al., 2005).

**Telesné postihnutie** predstavuje chybu, poruchu či postihnutie pohybového a nosného ústrojenstva (svalov, kostí, kĺbov, šliach) a nervového ústrojenstva, ktoré sa prejavuje obmedzenými pohybovými schopnosťami jednotlivca (Kollárová, 1993). Telesné postihnutie možno rozčleniť na vrodené (rôzne formy detskej mozgovej obrny, anomálie tvaru a veľkosti lebky, rázštep chrbtice či vrodené anomálie končatín) a získané v dôsledku úrazu (poranenie hlavy, mozgu, miechy, amputácie končatín) alebo choroby (rôzne typy svalovej dystrofie) (Harčariková, 2011). Taktiež môžeme v tejto kategórii spomenúť jednotlivcov, ktorých nepriaznivý zdravotný stav negatívne ovplyvňuje kvalitu ich života a vzdelávací proces v dôsledku závažného ochorenia (onkologického, neurologického, metabolického a iných). Viacnásobné postihnutie môžeme podľa Bendovej (Ludíková et al., 2005) často identifikovať pri spojení somatického postihnutia (telesného postihnutia, ochorenia či zdravotného oslabenia)

s postihnutím zrakovým, sluchovým, mentálnym, rečovým alebo etopedickým. Avšak najčastejšie je viacnásobné postihnutie v somatopedickej oblasti spojené s poškodením centrálnej nervovej sústavy, s čím je vo väčšine prípadov spojená koexistencia mentálneho postihnutia.

**Zrakové postihnutie** označuje poruchu alebo postihnutie, keď má jednotlivec i po použití optimálnej korekcie (optickej, chirurgickej, medikamentóznej) problémy so získavaním a spracovaním informácií zrakovou cestou, napr. čítanie, písanie, orientácia v priestore (Vitásková et al. in Slowík, 2007). V súčasnosti je podľa Lopúchovej (2008) zaužívané rozdelenie jednotlivcov so zrakovým postihnutím na nevidiacich, čiastočne vidiacich, slabozrakých a jednotlivcov s poruchami binokulárneho videnia, pričom konkrétne druhy zrakových porúch ovplyvňujú v rôznej miere kvalitu života aj edukačného procesu. Zrakové postihnutie sa môže vyskytovať s postihnutím mentálnym, telesným, rečovým, ale aj napríklad so sociálnym znevýhodnením. Najčastejšie bývajú príčinou viacnásobného postihnutia v kombinácii so zrakovým postihnutím syndróm CHARGE alebo Usherov syndróm, FAS, DMO a ochorenia ako cytomegalovírus, toxoplazmóza či syfilis u matky počas tehotenstva (Stoklasová in Ludíková et al., 2005).

**Sluchové postihnutie** vzniká, ako uvádza Slowík (2007), následkom orgánovej alebo funkčnej poruchy v ktorejkoľvek časti sluchového analyzátora, sluchovej dráhy a sluchových kôrových centier, pri ktorom dochádza k čiastočnej alebo úplnej strate sluchu či obmedzenej možnosti vnímania sluchových podnetov. Z hľadiska lokalizácie sluchového postihnutia sa môžeme stretnúť s prevodovou (konduktívnou) poruchou sluchu, percepčnou (senzorineurálnou) poruchou sluchu, prevodovo-percepčnou (kombinovanou) alebo centrálnou poruchou sluchu. Podľa stupňa straty sluchu môže ísť o ľahkú, strednú, stredne ťažkú, ťažkú až úplnú stratu sluchu. Sluchové postihnutie sa môže vyskytovať v kombinácii s ktorýmkoľvek iným zdravotným znevýhodnením. Hovorková et al. (2018) uvádza, že porucha sluchu sa môže vyskytovať spolu s inými závažnými ochoreniami, keď hovoríme o tzv. syndrómoch (napr. Alportov, Usherov, CHARGE, Downov, Pendredov).

**Hluchoslepota** predstavuje kombinované postihnutie zraku a sluchu spôsobujúce extrémne ťažkosti v oblasti edukácie, pracovného a spoločenského života, ako aj v oblasti mobility a prístupu k informáciám. Toto postihnutie neznamena len úplnú stratu zraku a sluchu, ale ide o kombináciu rôzneho stupňa postihnutia zraku a sluchu, pričom sa rozlišujú štyri skupiny jednotlivcov, a to: osoby s úplnou hluchotou a slepotou, osoby nevidiace so zvyškami sluchu, osoby nepočujúce so zvyškami zraku a osoby slabozraké s nedoslýchavosťou (Hajdeckerová, Šarišská, 2021).

**Poruchy autistického spektra** predstavujú podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (2021) skupinu porúch charakteristickú kvalitatívnym zhoršením recipročných sociálnych interakcií, spôsobov komunikácie a obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a aktivít, pričom sú tieto kvalitatívne odchýlky prenikavou črtou fungovania jednotlivca vo všetkých situáciách. Medzi poruchy autistického spektra patrí detský autizmus, atypický autizmus, Aspergerov syndróm, nešpecifikovaná pervazívna vývinová porucha, Rettov syndróm, iná dezintegratívna porucha v detstve, iné pervazívne vývinové poruchy a hyperaktívna porucha spojená s mentálnou retardáciou a so stereotypnými pohybmi. Poruchy autistického spektra sa môžu vyskytovať aj v kombinácii s ktorýmkoľvek iným zdravotným postihnutím či znevýhodnením.

**Narušená komunikačná schopnosť** je, ako uvádza Lechta (2010), vtedy, keď niektorá rovina jazykového prejavu alebo niekoľko rovín súčasne pôsobí rušivo vzhľadom na realizáciu komunikačného zámeru, pričom môže ísť o rovinu foneticko-fonologickú (výslovnosť a zvuková stránka reči), morfológicko-syntaktickú (gramatika a stavba viet), lexikálno-sémantickú (slovná zásoba a porozumenie významu slov) alebo pragmatickú (používanie reči na komunikáciu v sociálnom prostredí). Narušená komunikačná schopnosť môže byť dominantným prejavom, ale pri viacnásobnom postihnutí sa najčastejšie vyskytuje ako symptóm iného dominantného postihnutia (symptomatická porucha reči).

Pri viacnásobnom postihnutí sa veľmi často objavujú pridružené aj ďalšie zdravotné znevýhodnenia ako vývinové poruchy učenia, poruchy aktivity a pozornosti či poruchy správania.

Vzhľadom na značnú variabilitu stupňov, typov či foriem viacnásobného postihnutia, ktoré môže vzniknúť z vyššie opísaných druhov zdravotných znevýhodnení, autori odborných publikácií upúšťajú od snahy kategorizovať jednotlivcov s viacnásobným postihnutím a orientujú sa skôr na konkrétne prejavy postihnutia, na proces rozvíjania zachovaných funkcií a zmiernenie prejavov a dôsledkov viacnásobného postihnutia na život jednotlivca.

Avšak na definovanie úrovne podpory a starostlivosti, ktorú bude potrebné poskytovať jednotlivcom s viacnásobným postihnutím, možno spomenúť dve kategórie, ktoré spomína Vančová (2010), vychádzajúc z prejavov postihnutí a ich dôsledkov na rozvoj osobnosti a socializáciu jednotlivcov.

Jednu kategóriu predstavujú jednotlivci s tzv. **ľahkým viacnásobným postihnutím**. U týchto jednotlivcov je cieľom dosiahnuť takú úroveň rozvoja osobnosti, že budú schopní žiť relatívne samostatný a nezávislý život a budú sa vedieť primerane adaptovať alebo integrovať do spoločnosti s minimálnou mierou podpory. Ich výchova a vzdelávanie môže prebiehať aj v podmienkach bežnej školy s použitím kompenzačných, reedukačných a stimulačných postupov.

Druhú kategóriu predstavujú jednotlivci s tzv. **ťažkým viacnásobným postihnutím**. Táto kategória predstavuje heterogénnu skupinu jednotlivcov so závažnými poruchami, narušeniami či obmedzeniami vo viacerých oblastiach: v motorike, senzorike, kognícii, komunikácii a psychosociálnych danostiach. Zameriavajú sa na ňu odlišné edukačné stratégie a postupy ako rehabilitácia, stimulácia, kompenzácia, pričom výchova a vzdelávanie prebieha prevažne v špeciálnych školách a zariadeniach. Cieľom je dosiahnuť takú mieru rozvoja osobnosti dieťaťa/žiaka, že bude môcť samostatne fungovať v niektorých elementárnych a praktických situáciách, s použitím prostriedkov na rozvoj senzomotoriky, komunikácie, sociálnych zručností, sebaobsluhy. Využitie kompenzačných pomôcok, úprava prostredia a striktná individualizácia je v prípade týchto jednotlivcov nevyhnutná.

Ako sme už spomínali vyššie, pri určovaní diagnózy viacnásobného postihnutia a jeho dosahu na vzdelávanie je potrebné vychádzať z výsledkov lekárskeho a psychologického vyšetrenia, odborného vyšetrenia špeciálneho pedagóga a logopéda zo zariadenia poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP).

V každom prípade, vo všetkých oblastiach starostlivosti o jednotlivcov s viacnásobným postihnutím je dôležité prihliadať na individuálne danosti a potreby konkrétneho dieťaťa, pričom je nevyhnutná dobrá znalosť terminológie, etiológie a špecifik konkrétneho viacnásobného postihnutia.

## 2. Dosah na vzdelávanie

Dôsledky viacnásobného postihnutia sa môžu prejaviť narušením celej štruktúry osobnosti dieťaťa, po stránke kvantitatívnej aj kvalitatívnej, a vďaka rôznym početným variáciám ide o veľmi heterogénnu skupinu jednotlivcov. Interakciou alebo prekryvaním participujúcich postihnutí môže dôjsť k značnému obmedzeniu v oblasti tak intelektového fungovania, ako aj adaptívneho správania dieťaťa, ktoré zahŕňa bežné pojmové schopnosti, sociálne i praktické zručnosti. V edukácii sa tieto ťažkosti môžu premietnuť do oslabenia procesov prijímania, spracovania, uchovania a narábania s informáciami pri limitovaných senzorických kanáloch, sťaženej transformácii informácií na skúsenosti v dôsledku mentálneho postihnutia (MP) a narušenej komunikačnej schopnosti (NKS) v dôsledku expresie. K rozvoju oslabených zručností (samostatnosti a prijateľnému sociálnemu správaniu) smeruje edukácia MP žiakov.

Proces učenia môže byť zdĺhavejší a motivácia učiť sa viac emocionálna ako kognitívna. Je potrebné venovať viac úsilia motivácii detí/žiakov. Najjednoduchšou cestou k vzájomnej spolupráci je pochvala

alebo materiálna odmena. Overené je učenie v diáde s osobou, ku ktorej má dieťa/žiak vytvorený pozitívny vzťah a kvôli ktorej je ochotný učiť sa. Priebeh procesu edukácie môže ovplyvniť pomalé psychomotorické a pracovné tempo dieťaťa/žiaka, znížená schopnosť porozumenia a následnej interpretácie, ťažkosti pri riešení úloh a obmedzenia v sociálno-komunikačnej a adaptačnej oblasti. Edukácia prebieha v súlade s rozvíjaním kľúčových kompetencií podľa individuálnych možností dieťaťa/žiaka, s ohľadom na mieru využiteľnosti zachovaných schopností a osobnostných špecifik konkrétného dieťaťa/žiaka (napr. úroveň tolerancie na záťaž, adaptácie). Každá osvojená zručnosť sa prejaví v zlepšení kvality života nielen dieťaťa/žiaka, ale aj najbližšieho okolia.

## 2.1. Dosah na vzdelávanie v kognitívnej oblasti

Zmyslové vnímanie dieťaťa/žiaka s MP býva pomalšie a odlišné. Prejavuje sa to nedostatočnou diferenciaciou i zdĺhavým výberom z rôznych objektov, zníženou schopnosťou zamerať svoju pozornosť na jeden žiadaný objekt alebo pri zameraní sa na jeden jav mu unikajú ostatné (Müller, O. et al., 2001). Vnímanie dieťaťa/žiaka nie je kompaktné, ale simplexné a postupné. Nevníma objekt naraz, preto mu uniká podstata a súvislosti. Rovnako sú zjavné deficity vo vnímaní času a priestoru, polohy a smeru, narušené je vnímanie hĺbky, ako aj konštantnosť a rozmiestnenie. Dieťa/žiak s MP má často ťažkosti aj s integráciou vnímaného.

Pozornosť dieťaťa/žiaka s VP môže byť oscilujúca a krátkodobá, môže rýchlo klesať jeho výkon, následkom čoho nastupuje únava a frustrácia. Niekedy býva narušené zapamätávanie i pamäť, osvojovanie poznatkov môže byť pomalé a v menšom rozsahu, zapamätávanie môže byť útržkovité a náhodné alebo dochádza k nárastu počtu chýb. Zároveň osvojené informácie môže dieťa/žiak rýchlo zabúdať a spomalené potom býva aj samotné ich vybavovanie (Valenta, M., 2007).

Pamäť u detí s VP býva často mechanická a myslenie rigidné, dieťa môže mať zníženú schopnosť z vnímaného vyčleniť podstatu a môže lipnúť na určitom spôsobe riešenia. Ak u dieťaťa/žiaka s VP je prítomné aj MP, narušenie poznávacích funkcií vplyvom MP priamo ovplyvňuje rozvoj myslenia (pri ťažkom MP sa nemusí myslenie vôbec vyvinúť, ale pri ľahkom MP môže dieťa/žiak dosiahnuť úroveň konkrétnych logických operácií).

U detí/žiakov s VP sa môžu vyskytovať deficity vo vnímaní, v reči, v predstavivosti i nadobudnutých skúsenostiach. Niektoré deti s VP majú ťažkosti s analýzou a so syntézou, so schopnosťou vyššej abstrakcie a generalizácie, čo priamo ovplyvňuje úroveň osvojovania prijímaných vedomostí a skúseností s ich následným uplatnením v praxi.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- Zaradenie voliteľných (disponibilných) hodín na navýšenie hodinovej dotácie existujúcim vyučovacím predmetom a/alebo vytvorenie nového predmetu s časovou dotáciou.
- Využívanie názorných materiálov, pomôcok na rozvoj jemnej a hrubej motoriky a všetkých ostatných špeciálnych pomôcok prispôsobených potrebám konkrétného dieťaťa/žiaka.

## 2.2. Dosah na vzdelávanie v komunikácii

Rečový vývin dieťaťa/žiaka s VP môže byť oneskorený a narušená býva formálna aj obsahová stránka reči, v závislosti od druhu a stupňa postihnutia. Ťažšie formy VP, pri ktorých je prítomné aj MP, sa vyznačujú špecifickosťou vo vývine reči, niekedy je komunikačná schopnosť rozvinutá len na úrovni pudových a afektívnych reakcií (vokalizácia) pri hlbokom MP, modulovaných zvukov pri ťažkom MP, zvukov reči pri strednom MP (reč sa výraznejšie rozvíja cca v 4. – 6. roku) až po osvojenie primeranej slovnej zásoby a menšiu nápadnosť ťažkostí v známych komunikačných situáciách pri ľahkom MP.

U niektorých detí /žiakov s VP sú prítomné ťažkosti s rozlišovaním jednotlivých foném, prejavujú sa nedostatky v artikulácii a gramatike, pretože rozvoj fonematického sluchu je nedostatočný. Rozsah slovnej zásoby môže byť nízky a môže dochádzať k nepomeru aktívnej a pasívnej slovnej zásoby. Typické je časté používanie zámen namiesto pomenovania osoby alebo predmetu, prídavné mená alebo slovesá sú používané menej. U detí/žiakov s VP s ľahkým MP je častý výskyt echolálií. Narušené môže byť porozumenie reči, produkcia reči, príp. plynulosť reči. Vo vzdelávaní sa u niektorých detí s VP prejavujú problémy pri práci s textom, s porozumením hovoreného i písomného rečového prejavu, môže pretrvávajúť dlhšie osvojovanie si nových slov.

V prípade závažne narušenej komunikačnej schopnosti u detí/žiakov, keď verbálna reč nedosahuje dostatočnú komunikačnú úroveň, je potrebné v procese edukácie dieťaťa/žiaka používať systém AAK nastavený logopédom.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- V predmetoch SJL, ANJ (podľa individuálnych potrieb detí/žiakov) redukcia/nehodnotenie/oslobodenie od cudzieho jazyka, vizuálne čítanie.
- Vytváranie myšlienkových máp, ktorými sa podporí spracovanie informácie, porozumenie pojmov, hľadanie súvislostí medzi nimi, vedenie zápisu a zlepšenie kvality písomného prejavu.
- Navýšenie časovej dotácie na vypracovanie písomných úloh.
- Špeciálnopedagogická podpora.
- Logopedická intervencia.

## 2.3. Dosah na vzdelávanie v oblasti senzoriky

Dieťa/žiak s VP, ktorý má súčasne aj zrakové postihnutie, potrebuje nevyhnutne vo svojom vzdelávaní úpravu/prispôsobenie priestoru (dôvodmi môžu byť sťažená orientácia, samostatný pohyb v priestore), umiestnenie lavice je potrebné prispôbiť pozícii tabule. Pri práci s textom v predmete SJL a MAT je potrebné vhodné osvetlenie, aplikovanie kompenzačných pomôcok (napr. okuliare, lupa, PC s hlasovým výstupom, diktafón, interaktívna tabuľa, texty písané bodovým písmom). V nácviku zvládania samotného zrakového postihnutia je potrebné zamerať sa na rozvoj kompenzačných mechanizmov (hmat, sluch, čuch a chuť).

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- Modifikácia učiva určitých predmetov podľa individuálnych potrieb dieťaťa/žiaka, napr. geometrie, telesnej výchovy.
- Zaradenie špecifických vyučovacích predmetov (individuálne tyflopédické cvičenia, priestorová orientácia, pohybová výchova).

**Dieťa/žiak s VP, ktorý má súčasne aj sluchové postihnutie**, využíva pri frontálnom vyučovaní odzveranie z úst učiteľa alebo sledovanie posunkového jazyka. Tieto deti/žiaci pri vyučovaní potrebujú upravené priestorové podmienky (napr. osvetlenie, odhlučnenie). Symptómom poruchy sluchu je aj narušené vnímanie a porozumenie reči, narušená komunikačná schopnosť dieťaťa/žiaka sa premieta v rôznej miere vo všetkých vyučovacích predmetoch – u dieťaťa/žiaka sa môže vyskytovať znížená zrozumiteľnosť reči spôsobená ťažkosťami v artikulácii, slabo rozvinutá slovná zásoba, zjednodušená vetná syntax.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- Vizuálne pomôcky (obrázky, grafy, schémy), technické pomôcky (napr. diktafón, interaktívna tabuľa, dataprojektor).



- Predmety špeciálnopedagogickej podpory (ILI, RPV, DV).
- Prítomnosť tlmočníka do posunkového jazyka počas vyučovania, príp. asistenta.

## 2.4. Dosah na vzdelávanie v emocionálnej a sociálnej oblasti

Adaptívne správanie môže byť u detí/žiakov s VP narušené, napr. dieťa/žiak s ľahkým MP sa často prejavuje emočnou a citovou nezrelosťou, ale pri adekvátnej podpore nemusia byť prejavy veľmi nápadné. Emocionalita dieťaťa/žiaka s VP sa môže vyvíjať oneskorene vzhľadom na jeho vek, k špecifickým prejavom môže patriť nadmerná dráždivosť a znížená frustračná tolerancia. U niektorých detí bývajú city nedostatočne diferencované, napr. dieťa/žiak prežíva buď spokojnosť, alebo nespokojnosť, ale jemnejšie odtiene citov sa u neho takmer nevyskytujú, prežívanie vážnych situácií je povrchné alebo nadmerné, nedochádza k primeranej sebaregulácii.

Často sa u detí s VP stretávame so separačnou úzkosťou, pretože ide zväčša o deti/žiakov so silnou fixáciou na matku. U niektorých detí sa objavujú patologické citové prejavy – rýchle zmeny nálad, apatická alebo povznesená nálada. Na dosiahnutie sociálnej integrácie v najvyššej možnej miere je preto vytváranie bezpečného a prijímajúceho prostredia úplnou nevyhnutnosťou.

V rovine osobných aspirácií môžu byť predstavy dieťaťa/žiaka s VP skreslené a nezodpovedajú jeho skutočným schopnostiam. Sú buď prehnane vysoké, alebo príliš nízke, ovplyvnené spôsobom uvažovania a obmedzenou možnosťou pochopiť svoje reálne kompetencie (Vágnerová, M., 2004).

Vôľa ovplyvňuje naše konanie a u dieťaťa/žiaka s VP závisí od jeho individuálnych špecifik, môže byť v niektorých oblastiach oslabená, sebaovládanie môže byť nedostatočne rozvinuté. Špecifickosť osobnostného vývinu dieťaťa/žiaka s VP sa niekedy prejavuje nedostatočnou a nesprávnou interpretáciou sociálnych situácií, v ktorých sa dieťa nachádza, čo môže mať za následok jeho impulzívne a afektívne reakcie. Dieťa/žiak s VP môže mať oslabenú schopnosť prijímania podnetov z okolia. Keď je schopnosť kriticky myslieť vo vývine oneskorená, dieťa/žiak s VP sa môže ocitnúť v situáciách, keď požiadavky okolia nedokáže naplniť.

## 2.5. Dosah na vzdelávanie v oblasti motoriky

Špecifiká motorického vývinu dieťaťa/žiaka s VP sú dané stupňom aj etiológiou postihnutia. Motorická obratnosť sa pohybuje v škále od výrazného obmedzenia aj v elementárnych zručnostiach – sedenie, státie, chôdza s častým vykonávaním jednoduchých a stereotypných pohybov (ťažké MP), neobratnosť a poruchy pohybovej koordinácie pri strednom MP až po nedostatky pri spájaní kinetických prvkov do celku alebo pri pohybovom riešení niektorých situácií (ľahké MP).

Napríklad dieťa/žiak s DMO môže mať ťažkosti s vizuomotorickou koordináciou alebo kontrolou vlastných pohybov. V dôsledku narušenia hybnosti sú jeho možnosti poznávania prostredia a vytvárania adekvátnych predstáv limitované, čím sa stáva dlhodobo odkázané na sprostredkovanie informácií prostredníctvom druhej osoby. Ak je zasiahnutá aj hybnosť horných končatín, pridružujú sa ťažkosti v jemnomotorických úkonoch, manipulácii a sebaobsluže.

Pre takmer všetky činnosti vyžadujúce jemnú motoriku je potrebná vyhranená lateralita – dominantná ruka a podporná ruka, ktorá sa často prvotne prejavuje cca v 3. – 4. roku života dieťaťa, ale k jej ustáleniu dochádza až okolo 6. – 7. roku. Dominantnou rukou dieťa/žiak vykonáva úkon (strihanie, kreslenie, písanie), zatiaľ čo podporná ruka danú činnosť stabilizuje. Kvalitu týchto činností ovplyvňuje aj úchop písacieho/kresliaceho náradia. Daná oblasť môže byť u dieťaťa/žiaka s VP oslabená, limitovaná alebo vôbec nerozvinutá. Ťažkosti sa preto v rôznej intenzite môžu premietnuť do všetkých jemnomotorických a grafomotorických aktivít dieťaťa/žiaka vrátane výtvarných

a sebaobslužných činností.

Dieťa/žiak s obmedzenou mobilitou môže mať problémy pri prekonávaní architektonických bariér, niekedy potrebuje vytvorenie bezpečného a bezbariérového prostredia. Ak sú u dieťaťa s VP prítomné ťažkosti pri motorických činnostiach, ich oslabenie sa môže prejavovať vo vzdelávacom procese naprieč celou edukáciou, napr. lateralita sa vyhraňuje oneskorene, pri učení sa prejavuje nástup únavy, dekoncentrácia, často aj zvýšená dráždivosť a prejavy nadmerného svalového tonusu.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- Umožnenie pobytu v relaxačnom kútiku, ktorý pomôže dieťaťu/žiakovi eliminovať napätie (podľa individuálnych potrieb dieťaťa).
- Využívanie rehabilitačných pomôcok (napr. loptičky, suchý bazén, fit lopta).

## 2.6. Dosah na vzdelávanie v oblasti sebaobsluhy

Stabilné sociálne prostredie, poskytovanie primeraných podnetov a stimulácia aktivizujú v dieťati/žiakovi rozvíjanie sebaobslužných zručností a posilňovanie návykov pri sebaobsluhe.

Deti/žiaci s výraznejšími deficitmi v oblasti motoriky majú znížené možnosti samostatnosti v sebaobslužných úkonoch. Zvyčajne je u nich osobná asistencia nutná pri takmer všetkých vykonávaných úkonoch – pri pohybe, komunikácii, sebaobslužných činnostiach, stravovaní i hygiene.

Najťažší stupeň MP ovplyvňuje motorický a neuropsychický vývin celoplošne a väčšina jedincov s týmto stupňom postihnutia býva imobilných a odkázaných na doživotnú starostlivosť.

## 2.7. Dosah na vzdelávanie v oblasti hry

Hra je pre dieťa predškolského veku prirodzenou a osobnosť formujúcou činnosťou. Nielenže je takmer hlavnou náplňou jeho dňa, ale touto prirodzenou cestou sa dieťa učí manipulácii s predmetmi, rozvíja predstavivosť a tvorivosť, komunikačné, motorické a senzomotorické zručnosti, stimuluje pamäť a pozornosť, učí sa pravidlám i sociálnym situáciám. Všetky činnosti v MŠ dieťa smerujú k vytváraniu prosociálneho správania a vzájomnej interakcie s okolím.

U detí/žiacov s VP môže psychomotorický vývin prebiehať nerovnomerne, čo sa premieťa v hrových činnostiach, môže dochádzať k nerovnováhe aspirácie a výkonu. Hre môže chýbať nápaditosť, dieťaťu spontánna radosť a vôľa hru v rámci kooperácie rozvíjať. Oblasť záujmov dieťaťa môže byť oklieštená. Prejavy negativizmu v správaní často vznikajú u detí s VP z dôvodu uvedomenia si odlišností vlastnej osobnosti a zníženou možnosťou presadiť svoju vôľu. Ak sa sociálne zručnosti dieťaťa priveľmi oneskorujú vo vývine, prehľbuje sa závislosť dieťaťa od druhého, často dospelého človeka.

*Obmedzenia a oneskorenia v komunikácii a mobilite* sú často prekážkou v zapojení sa do spoločných hier a kooperácie. V ťažších formách VP patrí k symptómom obmedzená slovná zásoba, ťažko zrozumiteľná artikulácia a znížené porozumenie (niektoré deti nehovoria vôbec alebo používajú posunky), ako aj obmedzená schopnosť manipulácie s objektmi. Tieto prekážky znižujú dieťaťu možnosť spoznávať okolie prirodzeným spôsobom. Ťažkosti v komunikácii ho môžu demotivovať v úsilí nadväzovať sociálnu interakciu.

## 2.8. Formy vzdelávania detí/žiacov s viacnásobným postihnutím

Edukácia detí/žiacov s VP môže prebiehať v špeciálnych školách a zariadeniach – prevažne ich využívajú deti/žiaci s VP v kombinácii so stredným MP alebo ťažkým MP. Na vyučovaní sa podieľajú

špeciálni pedagógovia a asistent učiteľa (často psychopéd a surdopéd, tyflopéd alebo somatopéd, logopéd). K dosiahnutiu úrovne rozvoja osobnosti uplatniteľnej aspoň v niektorých elementárnych a praktických situáciách sa využíva stimulácia senzomotoriky, komunikácie, sociálnych zručností, sebaobsluhy ap. Dominuje senzomotorické a reflexné učenie. Využitie kompenzačných pomôcok, úprava prostredia a striktná individualizácia sú v tomto prípade nevyhnutné (Vančová, 2010).

Vzdelávanie v bežnej triede ZŠ – špeciálna edukácia je vhodná pre deti/žiacov s VP v kombinácii s ľahkým MP prostredníctvom nevyhnutnej špeciálnopedagogickej alebo psychologickej podpory. Prevažuje verbálno-kognitívne a sociálne učenie. Proces rozvoja osobnosti je podporovaný kompenzačnými, reedukačnými a stimulačnými postupmi.

Špeciálna trieda v ZŠ – zabezpečuje vzdelávanie detí/žiacov s VP podľa zdravotného znevýhodnenia, pre ktoré je špeciálna trieda zriadená.

*Návrh na prijatie žiaka v kategórii ŠVVP v materskej škole, v základnej škole, v strednej škole a v špeciálnej škole spolu s IVP a so správami z odborných vyšetrení (zo psychologickej, špeciálnopedagogickej a z logopedickej diagnostiky v CPP/ŠCŠPP) sú súčasťou dokumentácie žiaka v kategórii ŠVVP.*

V edukácii v bežnej základnej škole deti/žiaci s VP postupujú podľa školského vzdelávacieho programu, ak ten nezodpovedá potrebám alebo schopnostiam jednotlivého dieťaťa/žiaka, žiak sa vzdeláva podľa IVP.

Dosiahnutie profesijnej úrovne a samostatnosti jedinca s VP je veľmi individuálne. Ak ide o jedinca s VP v kombinácii s MP, nie je jeho uplatnenie v pracovnom živote vždy dostupné. S určitou podporou je však možné dosiahnuť istý stupeň pracovnej angažovanosti, pracovná aktivita je obohacujúcou a stimulujúcou náplňou aj pre jedinca s VP a MP (chránené dielne). Pokojné miesto a vhodné podmienky, ktoré zohľadňujú pracovné tempo a nižšiu flexibilitu, senzomotorickú koordináciu a presnosť, koncentráciu pozornosti a myslenie, vytvárajú dobré predpoklady na získanie sociálneho kontaktu a zvládnutie profesijnej roly jedinca.

### **3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou**

Komplexná diagnostika detí s viacnásobným postihnutím je proces vyžadujúci si multidisciplinárny prístup. V optimálnom prípade je to spolupráca špeciálneho pedagóga, psychológa, liečebného pedagóga, logopéda, fyzioterapeuta, prípadne odborného lekára.

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, vplyve diagnózy na jeho výkony a taktiež má zachytiť a poukázať na silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka/študenta. 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.

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky vyjadří na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadří sa, ktoré podporné opatrenia pomôžu dieťaťu/žiakovi prekonávať prekážky vo vzdelávaní, a tým sa plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania, 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.

### 3.1. Metódy špeciálnopedagogickej diagnostiky

Špeciálnopedagogická (a v mnohých prípadoch aj psychologická) diagnostika sa vyznačuje istými špecifikami, predovšetkým tým, že sa realizuje ako autentická funkcionálna diagnostika. Najmä v prípadoch ťažkého viacnásobného postihnutia alebo u detí v ranom veku nie je celkom možné použiť štandardizované metódy. Nie je možné postupovať podľa vopred určených diagnostických kritérií, ktoré porovnávajú výkony jednotlivca s populačnou normou, ale sledujeme prejavy a fungovanie dieťaťa v situáciách súvisiacich s bežným životom – sebaobsluha, sociálne kontakty, hra, komunikácia a pod. (Vančová, 2010).

V procese špeciálnopedagogickej diagnostiky zisťujeme, aká je úroveň jednotlivých oblastí psychomotorického vývinu, ktoré funkcie sú oslabené a do akej miery, ktoré sú využiteľné v rámci kompenzácie, aké zručnosti má dieťa osvojené a ako ich vie použiť. Cieľom špeciálnopedagogickej diagnostiky je identifikácia špeciálnych edukačných potrieb dieťaťa/ žiaka s následným určením vhodného spôsobu rozvoja a podpory.

Špeciálnopedagogickej diagnostike dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím v ranom a predškolskom veku je potrebné venovať viac stretnutí (minimálne 2 až 3, podľa individuálneho stavu dieťaťa). Počas prvého stretnutia v rozhovore s rodičom zisťujeme anamnestické údaje, informácie o záveroch odborných lekárskejších vyšetrení a ďalšie informácie – aké zručnosti má dieťa/žiak osvojené, aké sú jeho obľúbené aktivity, spôsob komunikácie, špecifiká sebaobsluhy a pod. Po úvodnom stretnutí sa možno rozhodnúť, ktorá z diagnostických metód bude vhodná pre potreby ďalšieho vyšetrenia – vzhľadom na vek dieťaťa/žiaka, jeho mentálnu úroveň, pridružené zmyslové alebo pohybové poškodenia. Čas a úlohy je potrebné prispôbiť individuálne.

V špeciálnopedagogickej diagnostike detí/žiacov s viacnásobným postihnutím využívame voľné pozorovanie, ale aj cielejšie štruktúrované pozorovanie a dostupné diagnostické škály.

V ranom a predškolskom veku: *Strassmeierova* škála – je vhodná pre deti s oneskoreným alebo nerovnomerným psychomotorickým vývinom. Škála sleduje dosiahnutú úroveň zručností v sociabilite, sebaobsluhy, reči, jemnej a hrubej motorike, myslení. Úlohy je potrebné niekedy individuálne prispôbovať. *Inventár zručností Oregon project* – bol vytvorený pôvodne pre deti so zrakovým postihnutím, avšak je dobre využiteľný aj v diagnostike detí s viacnásobným postihnutím. Sleduje stupeň vývinu v nasledujúcich oblastiach – kognitívne zručnosti, jazykové zručnosti, socializácia, zrak, kompenzačné zručnosti, sebaobsluha, jemná a hrubá motorika. *Edukačne – hodnotiaci profil dieťaťa s PAS ve veku 0 až 7 let* sa v praxi osvedčuje nielen pre potreby diagnostiky detí s poruchami autistického spektra, ale aj pre deti s oneskoreným alebo narušeným vývinom reči či inými neurovývinovými poruchami. Mnohé z úloh tejto škály sú použiteľné aj na diagnostiku detí/ žiacov s VP, niektoré možno modifikovať alebo si pripraviť upravené pomôcky či materiál. Taktiež zisťuje úroveň sociálnych zručností, komunikačných zručností – expresívnu i receptívnu reč, imitáciu, jemnú motoriku, zmyslové vnímanie, abstraktno-vizuálne myslenie. Ďalej *Vývinový dotazník podľa Allenovej a Marotzovej* - je dostupný v knižnej publikácii *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. V zahraničí je k dispozícii vývinová škála dánskej psychologičky Lilli Nielsenovej, ktorá sa dlhodobo venuje edukácii detí so zrakovým a s viacnásobným postihnutím – *Lilli Nielsen functional schema* - pre deti vo veku 0 až 48 mesiacov.

Na potreby diagnostiky detí s VP v školskom veku možno využiť aj publikáciu Petra Hanáka *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Špeciálnopedagogická diagnostika detí a žiacov s viacnásobným postihnutím je podrobne rozpracovaná v skriptách Alice Vančovej *Pedagogika viacnásobne postihnutých*.

Pri využívaní škál je potrebné zohľadniť, že deti s VP zvyčajne zaostávajú vo vývine v niektorých

alebo aj vo všetkých oblastiach. Preto je pri diagnostike užitočné začať úlohami pre mladší fyzický vek a náročnosť zvyšovať len postupne, prípadne niektoré úlohy modifikovať. Väčšina uvedených škál je pomerne obsažná, v praxi sa osvedčuje nezadávať úplne všetky úlohy aj z dôvodu, že dieťa s viacerými oslabeniami či už v ranom, predškolskom, ale aj mladšom školskom veku sa nedokáže sústrediť primerane dlhý čas. Taktiež niektoré zručnosti, ktorých úroveň uvedené škály sledujú, si dieťa vzhľadom na limity vyplývajúce z viacnásobného postihnutia nemusí osvojiť vôbec.

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

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

V ranom veku alebo pri výraznom oneskorení psychomotorického vývinu naznačujúcim stredné až ťažké mentálne zaostávanie je špeciálnopedagogická diagnostika zameraná takto:

*V oblasti sociálnych a komunikačných zručností je dôležité zaznamenávať:*

- ako dieťa reaguje na nové prostredie, podnety, nové osoby a na zmeny celkovo,
- ako skúma prostredie, aké hračky alebo predmety ho zaujmú, ako s nimi manipuluje,
- reakcie dieťaťa na pokus o nadviazanie sociálneho kontaktu, či samo kontaktuje rodiča alebo inú osobu a akým spôsobom,
- aké sú schopnosti dieťaťa pozorovať prostredie a ľudí okolo seba, ochota získať pozornosť, zdieľať pozornosť, schopnosť imitácie (úsmev, pohyb, zamávanie a pod.),
- spôsob a úroveň komunikácie (verbálna, neverbálna alebo či vôbec funguje nejaký spôsob komunikácie), ako vyjadruje svoje potreby a požiadavky, resp. či ich vôbec vyjadruje,
- aká je schopnosť dieťaťa predvídať známe činnosti denného života v známom kontexte.

*V oblasti motoriky a zmyslového vnímania je dôležité zaznamenávať:*

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

Pri všetkých pozorovaných aktivitách je nevyhnutné rozlišovať, či dieťa nesplní požiadavku alebo nevykonáva niektorú aktivitu preto, že ju nevie napodobniť, resp. nerozumie, čo sa od neho očakáva,

alebo je limitované napríklad telesným alebo zmyslovým obmedzením.

*Sebaobslužné činnosti, príjem jedla a tekutín, hygienické návyky* – v tejto oblasti najviac informácií poskytuje obvykle rodič. Je dôležité zistiť, do akej miery je dieťa v sebaobslužných činnostiach samostatné a v čom potrebuje čiastočnú alebo úplnú asistenciu inej osoby. Týka sa to obliekania a vyzliekania, používania toalety, resp. nácviku používania toalety, spôsobu príjmu jedla. V oblasti sebaobsluhy môžu deti s viacnásobným postihnutím vykazovať výrazné rozdiely. Je potrebné zistiť, či dieťa vie jesť samostatne – rukou, či vie používať lyžicu, pije z pohára, fľaše, špeciálne upraveného pohára, či dokáže jesť pevnú stravu alebo mixovanú, či nemá ťažkosti s prehĺtaním, so žutím, prípadne nemá iné špecifiká príjmu potravy (napríklad PEG – perkutánnu endoskopickú gastrostómiu, NGS – nasogastrickú sondu). V prípade špecifického spôsobu príjmu potravy možno v rámci bazálnej stimulácie sprostredkúvať dieťaťu chuťové podnety.

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

- *Reč, komunikačné zručnosti* – zisťujeme, na akej úrovni je vývin verbálnej reči, resp. aká je úroveň celkových komunikačných zručností, či ide o funkčnú komunikáciu, ktorá môže byť verbálna alebo aj neverbálna, či dieťa a jeho prostredie využívajú formy alternatívnej komunikácie a akej. Ak je u dieťaťa rozvinutá verbálna reč, hodnotíme aktívnu slovnú zásobu, porozumenie reči, vyjadrovanie, priliehavosť komunikácie.  
*Kognitívne zručnosti* – zisťujeme úroveň zmyslového vnímania, najmä jemnejšiu zmyslovú diferenciaciu, ako je rozlišovanie vlastností predmetov (farba, tvar, veľkosť), rozlišovanie a identifikáciu zvukov, hlasov, identifikáciu známych zvukov. Hodnotíme schopnosť priradovania a triedenia podľa spoločných vlastností, zaraďovanie do skupín, posudzujeme úroveň porozumenia symbolov (manipulácia so zobrazenými predmetmi, pracovné listy, obrázky). V predškolskom veku (ak to mentálna úroveň dieťaťa dovoľuje) diagnostikujeme aj predmatematické predstavy.
- *Motoriku, jemnú motoriku, grafomotoriku, vizuomotorickú koordináciu* – u dieťaťa hodnotíme spôsob manipulácie s predmetmi menších rozmerov, spôsob úchopu, manipuláciu s predmetmi dennej potreby, hračkami. Podľa individuálnych schopností dieťaťa posudzujeme aj manipuláciu s modelovacími hmotami, výtvarným materiálom, papierom, používanie nožníc, úchop písacieho materiálu, aktivity s jednoduchými stavebnicami, kockami. Hodnotíme úroveň manipulácie s ceruzkou, kresbový prejav – čmáranie, spájanie bodov na ploche, vyfarbovanie plochy.

U detí s viacnásobným postihnutím môžu byť rozdiely výrazne nerovnomerné a môžu sa týkať rôznych oblastí vývinu, preto je dôležitosť individuálneho posúdenia osobitne zdôrazňovaná.

## 3.2. Metódy psychologickkej diagnostiky

V prípade detí s viacnásobným postihnutím sú metódy psychologickkej diagnostiky podobné špeciálnopedagogickým. Psychológ pri vyšetrení vychádza z údajov získaných z podrobnej rodinnej a osobnej (zdravotnej) anamnézy, aplikuje metódu pozorovania a používa diagnostické testy. Pre deti v ranom a predškolskom veku je možné použiť štandardné vývinové škály, napr. *Bayley Scales of Infant and Toddler 3rd Edition; Munchener Funktionelle Entwicklungdiagnostik, Vinlandská škála sociálnej zrelosti* a iné. Je aj možnosť využitia škál (pozri štandard rané poradenstvo, diagnostická časť). U detí predškolského a školského veku, ktoré sú schopné spolupracovať, možno aj pri testových skúškach využiť cielené metrické vyšetrenie intelektu: *WISC III*, od 6 do 17 rokov, v rámci ktorého je možné nezávisle vyhodnotiť verbálne a neverbálne schopnosti dieťaťa, *LIPS -R – Leiter International*

*Performance Scale – R.*, od 2 do 24 rokov, *Kaufman ABC*, niektoré modifikované úlohy zo *Stanford – Binet, IV. revízia*, *SON-R 2½-7* (Snijdersov-Oomenov neverbálny test inteligencie) – určený pre deti predškolského veku. Cieľom psychologickéj diagnostiky je zistiť aktuálny mentálny vek dieťaťa a určiť zónu jeho najbližšieho vývinu, aby bola následná intervencia efektívna a dieťa nepreťažovala.

### 3.3. Metódy logopedickej diagnostiky

Proces diagnostiky detí, u ktorých absentuje verbálna reč alebo je slabo rozvinutá, sa odlišuje od štandardného vyšetrenia vo výbere diagnostických metód a v spôsobe vedenia diagnostiky. Vhodnými testami sú *TEKOS*, *diagnostický model podľa Laheyovej*, neštandardizované diagnostické materiály a obrázky. Súčasťou vyšetrenia môže byť *video-/audiozáznam komunikácie* a interakcie s dieťaťom. Súčasťou diagnostiky je opísanie silných a slabých stránok komunikácie dieťaťa a ak je to potrebné, aj výber vhodného systému AAK.

Po ukončení diagnostického procesu logopéd zaznamenáva všetky zistené informácie o osvojených zručnostiach a schopnostiach dieťaťa a o jeho špeciálnych vzdelávacích potrebách v správe z logopedického vyšetrenia alebo v spoločnej správe zo špeciálnopedagogického, psychologického, z liečebno-pedagogického vyšetrenia. V závere správy je potrebné sformulovať odporúčania týkajúce sa vhodných edukačných postupov a metód stimulácie a kompenzácie, ako aj odporúčania vhodného spôsobu predprimárneho vzdelávania (ak ide o dieťa raného veku) alebo primárneho vzdelávania (ak ide o dieťa predškolského veku).

### 3.4. Metódy liečebno-pedagogickej diagnostiky

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

Zacieľuje sa v diagnostike na anamnestické vyšetrenie, vývinovú diagnostiku, problémovú a procesúálnu 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, terapie Snoezelen.

Metódy liečebnopedagogickej diagnostiky sa vyznačujú istými špecifikami, najmä v prípade dieťaťa/žiaka s VP v kombinácii s hlbokým až ťažkým mentálnym postihnutím. V úvodnom stretnutí sa uskutočňuje podrobný anamnestický rozhovor so zákonným zástupcom, hodnotenie interakcie dieťaťa a rodiča, väzbového správania.

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*, *Vinelandská 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 zapracuje do liečebnopedagogickej správy, s odporúčaním následnej intervencie, s formulovaním prognózy

dieťaťa/žiaka s VP, príp. zapracuje všetky získané informácie do komplexnej diagnostickej správy v rámci MDT.

## 4. Nepriame intervencie

Dôležitou súčasťou starostlivosti o dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím sú nepriame intervencie. Patria sem postupy pomáhajúce riešiť prípad bez toho, že sa pracuje priamo s dieťaťom. Na dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím pôsobia tieto postupy sprostredkovane a vykonávajú sa v jeho prospech. Vychádzame z toho, že základom úspešnej starostlivosti o dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím je vzájomná spolupráca školy, rodiny, zariadenia poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP), odborníkov z radov lekárov a ďalších spolupracujúcich organizácií.

### 4.1. Nepriama intervencia zameraná na rodinu

Práca s rodičom predstavuje najdôležitejšiu časť nepriamych intervencií v starostlivosti o dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím. Veľakrát predstavuje osobu prvého kontaktu, ktorá sa na zariadenie poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) obracia so žiadosťou o vyšetrenie dieťaťa/žiaka. Rodičia často nevedia, čo môžu od CPP/ŠCPP očakávať, hľadajú pomoc a podporu.

Pri prvom, úvodnom kontakte s rodičom je potrebné sa zamerať na opis problému, s ktorým sa rodič na zariadenie poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) obracia. Vstupným rozhovorom sa získavajú informácie o anamnéze dieťaťa/žiaka a o doteraz poskytnutej starostlivosti, ako aj závery z lekárskeho vyšetrení, ktoré sú u detí/žiakov s viacnásobným postihnutím nevyhnutnou súčasťou diagnostického procesu. Dôležité je viesť rozhovor s rodičom citlivo a podľa možností ho nechať hovoriť čo najviac. Vytvára sa tým priestor na získanie cenných informácií o zákonných zástupcoch, mieru vyrovnania sa s postihnutím dieťaťa/žiaka, o rodinnom pozadí. Ideálne je, ak sa stretnutia zúčastnia obaja rodičia. Zo strany odborného zamestnanca sa očakáva, že rodičov bude informovať o nasledujúcich krokoch v poradenskom procese, zodpovie otázky rodičov a predstaví služby, ktoré vie zariadenie poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) zabezpečiť ich rodine.

V druhom kroku sa zvyčajne realizuje diagnostické vyšetrenie dieťaťa/žiaka, po ktorom nasleduje konzultácia výsledkov vyšetrenia s rodičom. Zákonní zástupcovia získavajú objektívne informácie o charaktere a miere postihnutia, aktuálnej vývinovej úrovni dieťaťa/žiaka, z ktorej vychádzajú jeho schopnosti, zručnosti a vedomosti, a zodpovedajúcej podpore a možnostiach dieťaťa/žiaka. Úlohou odborného zamestnanca je rodičom vysvetliť a pomôcť pochopiť osobitosti a potreby dieťaťa/žiaka. Na základe výsledkov vyšetrenia sa zostavuje plán starostlivosti o dieťa v zariadení poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP), prípadne sú rodičovi sprostredkované kontakty na iné odborné pracoviská, ktoré môžu jeho dieťaťu pomôcť.

Podpora rodičom/zákonným zástupcom sa poskytuje priebežne, aj v období medzi jednotlivými vyšetreniami dieťaťa/žiaka. Je dôležité dať rodičovi možnosť kontaktovať zariadenie poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) kedykoľvek cíti potrebu konzultovať nejaký problém alebo sa chce poradiť aj v iných oblastiach ako edukácia dieťaťa/žiaka. Môže ísť o sociálnoprávne poradenstvo, konzultáciu týkajúcu sa kompenzačných pomôcok či odporúčanie vhodných výchovných štýlov a odborných prístupov. V rámci nepriamych intervencií odborní zamestnanci poskytujú služby nielen zákonnému zástupcovi, ale aj rodine ako celku. Môže ísť o prácu s inými členmi rodiny, rodinné poradenstvo, krátkodobé riešenie problémov alebo dlhodobú spoluprácu orientovanú na psychosociálnu podporu či terapiu. Rovnako dôležité je v prípade potreby intervencie zamerať sa na prijatie, vyrovnanie sa s postihnutím dieťaťa zo strany rodiča, rodiny, orientovať sa na podporu vzťahov v rodine a posilnenie väzieb. Je dôležité dať rodičom a rodine pocit, že na to nie sú sami, pomôcť im vyrovnáť sa s postihnutím dieťaťa a zmierniť pocit neistoty či krivdy, ktorý mnohí prežívajú.



Nepriame intervencie rodičovi/zákonnému zástupcovi môžu byť poskytnuté aj prostredníctvom účasti v podporných skupinách pre rodičov detí s rovnakým druhom postihnutia či na prednáškach na témy týkajúce sa detí s viacnásobným postihnutím. Môže ísť aj o poskytovanie informácií o voľnočasových a záujmových aktivitách alebo krúžkoch vhodných pre deti s viacnásobným postihnutím, ktoré sú dostupné v okolí a ktoré by dieťa mohlo navštevovať.

Je veľmi dôležité, aby mali tieto intervencie dlhodobý charakter a aby sa medzi rodičom a poradenským pracovníkom vytvoril pocit dôvery potrebný na zmysluplnú spoluprácu smerujúcu k napredovaniu dieťaťa.

## **4.2. Nepriama intervencia zameraná na pedagógov**

Nepriame intervencie smerom k pedagógom a ku škole sa realizujú predovšetkým formou metodickéj podpory. Tá prebieha osobne na pôde školy alebo zariadenia poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP), veľmi často však aj telefonicky či mailom, keď treba operatívne riešiť alebo konzultovať vzniknutú situáciu.

V prípade integrácie dieťaťa/žiaka v bežnej základnej škole je jednou z prvých úloh odborného zamestnanca vysvetliť pedagógom, ktorí budú vzdelávať dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím, charakter postihnutia a jeho dosah na vzdelávanie.

Odborný zamestnanec pomáha nastaviť podmienky potrebné na zabezpečenie vzdelávania dieťaťa/žiaka, konzultuje implementáciu navrhovaných podporných opatrení, organizáciu výučby, personálne zabezpečenie či výber kompenzačných a edukačných pomôcok vzhľadom na možnosti školy. Poskytuje aj metodickú podporu a konzultácie pedagógom pri tvorbe IVP, pri výbere vhodných metód a foriem práce, k úpravám obsahu a výstupom vzdelávania, ku klasifikácii a k vhodným spôsobom hodnotenia.

Nepriame intervencie orientované na pedagógov a vedenie školy majú rovnako ako u rodičov detí/žakov s viacnásobným postihnutím dlhodobý charakter. Po úvodných stretnutiach, na ktorých sa rieši najmä vytvorenie optimálnych podmienok na rozvoj a napredovanie dieťaťa/žiaka, sa poskytovanie služieb zariadením poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) škole nekončí. Poradenský pracovník sa spolu s pedagógmi a asistentmi podieľa aj na riešení konkrétnych situácií a problémov vyskytujúcich sa pri výučbe v priebehu vzdelávania dieťaťa alebo sa zúčastňuje stretnutí rodičov dieťaťa s vedením školy v rámci prehodnotenia podmienok vzdelávania konkrétneho dieťaťa.

## **4.3. Nepriama intervencia zameraná na triedny kolektív dieťaťa/žiaka**

Pri vzdelávaní dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím, najmä v podmienkach bežnej základnej školy, je veľmi dôležité pracovať aj s triedou dieťaťa/žiaka. Takéto dieťa/žiak je v mnohom iné, sú naň kladené odlišné nároky a možnosť byť súčasťou triedneho kolektívu má preň veľký význam. Hlavnou úlohou odborného zamestnanca je spolu s triednym učiteľom pomôcť žiakom v triede pochopiť odlišnosť spolužiaka, poskytnúť im informácie o možnostiach komunikácie s ním a aj o dôvodoch rôznych úprav prostredia, vzdelávania či prítomnosti asistenta učiteľa v triede. Rovnako sa odborný zamestnanec podieľa na riešení kolíznych situácií, ktoré môžu v súvislosti s prítomnosťou dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím v triede nastať, a tak prispieva k prijatiu dieťaťa/žiaka do kolektívu.

## 5. Priame intervencie

### 5.1. Prevencia

Prevencia v starostlivosti o deti/žiacov so zdravotným znevýhodnením je odborná činnosť zameraná na predchádzanie, resp. zmiernenie negatívnych dôsledkov vyplývajúcich z druhu a zo stupňa postihnutia a znižovanie rizík rôznych negatívnych vplyvov.

Cieľom prevencie v starostlivosti o deti/žiacov s viacnásobným postihnutím je spomalenie alebo zabránenie zhoršovaniu súčasného stavu a predchádzanie vzniku ďalších ťažkostí v sociálnej, osobnostnej a vzťahovej oblasti, v mobilite a sebaobsluže.

Medzi negatívne dôsledky a možné riziká vyplývajúce z viacnásobného postihnutia môže patriť výrazné obmedzenie možnosti samostatného pohybu, priestorové a často aj sociálne bariéry do istej miery znemožňujú dieťaťu/žiakovi s viacnásobným postihnutím zapájať sa do rôznych aktivít spoločenského života. Tieto ťažkosti sa časom môžu stupňovať aj v súvislosti s tým, ako dieťa/žiak rastie a fyzické presúvanie sa stáva náročnejším (cestovanie v MHD alebo verejnou dopravou, návšteva verejných kultúrnych alebo športových priestorov, ako sú kiná, kúpaliská, múzeá a pod.). Zároveň sa s narastajúcim vekom prehlbujú rozdiely medzi dieťaťom a jeho rovesníkmi. Rozdiely môžu byť nielen vo fyzickom vzhľade, ale aj v správaní, emocionalite, záujmoch a spôsobe komunikácie. Uvedené vplyvy môžu viesť k sociálnej izolácii nielen dieťaťa, ale aj celej rodiny.

Obmedzené možnosti verbálne komunikovať môžu byť príčinou straty záujmu o zdieľanie zážitkov, recipročnú komunikáciu, resp. akýkoľvek sociálny kontakt. Ťažkosti dieťaťa/žiaka vo vyjadrovaní svojich potrieb alebo požiadaviek často vedú k pasivite a minimalizácii možností rozhodovať o sebe. Zvyšujú závislosť dieťaťa/žiaka aj v oblastiach, v ktorých by mohol byť samostatný (napr. rozhodovať o spôsobe trávenia voľného času, výbere jedla, oblečenia, hračiek, záujmovej alebo edukačnej činnosti).

Hyperprotektívna starostlivosť zo strany rodičov alebo iných osôb zvyšuje závislosť a mieru nesamostatnosti v oblasti sebaobsluhy a mobility. Bráni dosiahnutiu aspoň čiastočnej autonómie dieťaťa/žiaka. Zároveň môže dochádzať k prehliadaniu potrieb a záujmov ďalších členov rodiny (partnera, súrodencov dieťaťa a pod.).

Dieťa/žiak s viacnásobným postihnutím si vyžaduje starostlivosť, ktorá kladie na rodičov zvýšené nároky. Fyzická aj psychická náročnosť a malé možnosti zmeny môžu viesť u rodičov k syndrómu vyhorenia alebo k zdravotným ťažkostiam.

Preventívna činnosť je orientovaná na dieťa/žiaka s viacnásobným postihnutím, ale aj na podporu samotnej rodiny, obzvlášť osôb, ktoré sa najviac podieľajú na starostlivosti o dieťa/žiaka.

Preventívne opatrenia vo vzťahu k dieťaťu/žiakovi:

- napriek obmedzeniam v mobilite vytvárať pre dieťa/žiaka čo najviac možností na zmenu fyzického aj sociálneho prostredia (zmena zmyslových a somatických, ale aj sociálnych podnetov),
- poskytnúť dieťaťu/žiakovi možnosť pozorovať bežné denné fungovanie rodiny alebo iného sociálneho prostredia (detské a materské centrá, detské ihriská, trieda špeciálnej materskej školy a pod.) a umožniť mu tak účasť (pasívnu a podľa možností aj aktívnu) na tomto dianí,
- snažiť sa o nadviazanie kontaktov s rovesníkmi už od predškolského veku, kým ešte rozdiely medzi jednotlivými deťmi nie sú také výrazné. Podporovať a starať sa o rozvoj týchto vzťahov,

aby boli funkčné aj v kritických vývinových obdobiach. Rozdielnosť si deti postupom času uvedomia, ale ak majú s dieťaťom s postihnutím dlhšie trvajúci vzťah, je vyšší predpoklad tolerancie a prijatia narastajúcich odlišností,

- využiť dostupné možnosti na zapojenie sa do rôznych spoločenských a iných aktivít na úrovni širšej rodiny, komunity, školy alebo školského zariadenia a iných zariadení poskytujúcich starostlivosť o deti/žiacov s viacnásobným postihnutím,
- čo najvčasnejšie zaviesť vyhovujúce náhradné formy komunikácie (ak je to potrebné u konkrétneho dieťaťa), predchádzať strate záujmu o komunikáciu,
- vytvárať príležitosti na podporu autonómie a rozhodovania o sebe primerane schopnostiam dieťaťa/žiaka (spôsob trávenia voľného času, výber jedla, hračiek, záujmových aktivít a pod.),
- v sebaobslužných činnostiach poskytovať asistenciu tam, kde je to potrebné. Pri činnostiach, ktoré dieťa zvládne samo, dopriať podľa možností dostatok času, aby ich mohlo svojím individuálnym tempom zvládnuť. Nácvik a priebežný tréning sebaobslužných činností.
- Preventívne opatrenia vo vzťahu k rodine:
- edukácia rodičov, preskúmanie a prípadná zmena postojov k výchove dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím,
- sprostredkovanie kontaktov medzi rodinami s deťmi/so žiakmi so zdravotným znevýhodnením, podpora činnosti podporných rodičovských skupín,
- organizácia prednášok alebo workshopov aj k témam, ako sú duševné zdravie, psychohygiena, relaxácia a pod.,
- poskytovanie kontaktov na občianske združenia a organizácie, ktoré rôznymi formami pomáhajú deťom so zdravotným znevýhodnením a ich rodinám.

## 5.2. Raná intervencia

Raná starostlivosť o deti s viacnásobným postihnutím vyžaduje intervencie viacerých odborníkov. Multidisciplinárny prístup je v tomto prípade obzvlášť nevyhnutnosťou, vzhľadom na kombináciu rôznych medicínskych diagnóz a z toho vyplývajúcich požiadaviek na terapeutické, rehabilitačné, stimulačné a edukačné postupy. Na starostlivosti participujú zdravotnícke zariadenia, služby včasnej intervencie, zariadenia poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) v rezorte školstva, špeciálne alebo bežné materské školy. V multidisciplinárnom prístupe spolupracujú: špeciálny pedagóg, psychológ, logopéd, liečebný pedagóg, fyzioterapeut a odborný lekár. Často sú nevyhnutné aj intervencie viacerých špeciálnych pedagógov, najmä ak ide o deti s ťažkým viacnásobným postihnutím. Podľa individuálnych potrieb je poskytovaná intervencia psychopéda, surdopéda, tyflopéda a somatopéda.

Špeciálnopedagogické intervencie v ranom a predškolskom veku sú zamerané na rozvoj zmyslového vnímania, motoriky, senzomotoriky, sociálnych a komunikačných zručností, schopnosti imitácie, prípadne nácvik sebaobslužných zručností. Pokiaľ to mentálna úroveň dieťaťa dovoľuje, orientujú sa aj na rozvoj ďalších kognitívnych procesov – rozvoj zrakovej a sluchovej diskriminácie, pozornosť, poznávanie vlastností predmetov, ich priraďovanie podľa rôznych vlastností, triedenie, kategorizáciu, predmatematické predstavy. Obsah a postup špeciálnopedagogických intervencií možno v ranom veku orientačne rozdeliť do dvoch kategórií, na intervencie vhodné pre vekovú kategóriu 0 až 3 roky (alebo deti s výrazným oneskorením celkového mentálneho vývinu) a pre vekovú kategóriu 4 až 7 rokov (pri miernejšom oneskorení vývinu).

Raný vek (0 až 3 roky) alebo aj staršie deti s výrazným oneskorením mentálneho vývinu - Stimulačné a podporné aktivity sú zamerané na:

- rozvoj úmyselných pohybov vytvorením tzv. reagujúceho prostredia (metóda aktívneho učenia Lilli Nielsenovej),

- rozvoj samostatného, aktívneho a cieleného uchopovania predmetov,
- podporu aktívnej manipulácie s predmetmi a hračkami, podporu všetkých exploračných prvkov,
- podporu získavania zmyslových skúseností prostredníctvom manipulácie s predmetmi a hračkami, ktoré majú rôzne vlastnosti (veľkosť, farba, tvar, povrch, hmotnosť, materiál, zvuky),
- umožnenie poznávania, rozlišovania, porovnávania týchto vlastností,
- rozvoj koordinácie oko – ruka, ruka – ústa, koordináciu oboch rúk pri činnosti, podporu exploračnej aktivity pri manipulácii s hračkami a predmetmi,
- zrakovú stimuláciu v prípade predpokladu poškodenia zraku rôzneho druhu a stupňa (podľa obsahového štandardu Raná starostlivosť o deti so zrakovým postihnutím, s individuálnou úpravou),
- rozvoj schopnosti manipulovať aj s viacerými predmetmi súčasne – vysýpanie a vykladanie hračiek a predmetov z nádoby, vkladanie alebo púšťanie či hádzanie predmetov do nádoby, vysúvanie predmetov, vkladanie menších predmetov do väčších, rozkladanie na časti a spájanie častí do celku,
- podporu chápania jednoduchých príčinnno-dôsledkových vzťahov, poskytovanie skúseností vlastnej aktivity a jej výsledku,
- rozvoj jemnejších a diferencovanejších pohybov prstov a rúk,
- manipuláciu s predmetmi menších rozmerov (gulôčky, fazuľa, cestoviny, prírodný a úžitkový materiál), rozvoj komunikácie na úrovni podpory výmeny komunikačných rolí na neverbálnej aj verbálnej úrovni, podporu porozumenia komunikačných situácií, ktoré prebiehajú v blízkosti dieťaťa, podporu vokalizácie, používania gest, slov na označovanie predmetov a osôb.

Vhodné intervenčné metódy a postupy sú bazálna stimulácia a *Snoezellen*, *metóda aktívneho učenia* podľa Lilli Nielsenovej.

Predškolský vek (3 – 7 rokov) s miernejším oneskorením mentálneho vývinu -

Stimulácia kognitívnych zručností je zameraná na:

- kategorizáciu predmetov podľa spoločných vlastností, jednoduché triedenie na dve skupiny (napr. kocky – lopty, misky – hrnčeky...). Ak dieťa porozumie inštrukcii a aktivite, možno pridať triedenie do troch a viac skupín,
- diferenciaciu, priradovanie a triedenie podľa farieb (najprv na dve skupiny, ak dieťa činnosť zvládne, možno pridať priradovanie a triedenia podľa troch, štyroch a viac farieb),
- porovnanie a triedenie predmetov podľa veľkosti (na dve skupiny s výrazným rozdielom – veľké – malé, neskôr možno pridať jemnejšiu diferenciaciu, triedenie na tri a viac skupín),
- priradovanie tvarov – začíname jednoduchými výrazne odlišnými tvarmi: kocka – guľa, resp. kruh – štvorec, po zvládnutí možno pridať tretí tvar – trojuholník. Postupne možno pridávať ďalšie tvary,
- vkladanie do tvarovo zhodných otvorov, párovanie, triedenie na skupiny, vyhľadávanie napr. v pracovnom liste,
- nácvik pomenúvania farieb a tvarov podľa individuálnych schopností.

Pred nástupom primárneho vzdelávania a pokiaľ to intelektová úroveň dieťaťa dovoľuje, možno začať s **rozvojom predmatematických zručností**. V tejto oblasti je obzvlášť nevyhnutné posúdiť vhodnosť každej aktivity individuálne. Pri rozvíjaní predmatematických zručností je potrebné venovať pozornosť elementárnemu kvantitatívnemu uvažovaniu, manipulácii s rôznym množstvom konkrétnych predmetov, postrehovaniu rozdielov v množstve, porovnávaní (pomocou multisenzorického prístupu, t. j. zapojenia viacerých zmyslov).

Podľa individuálnych možností dieťaťa je potrebné stimulovať:

- porozumenie pojmov veľa – málo, viac – menej, nič – jeden,
- určovanie počtu prvkov skupiny podľa individuálnych schopností (spočítať niekoľko konkrétnych predmetov – vhodné sú cukríky, pastelky, kocky...),
- vytváranie skupín s daným počtom prvkov,
- kategorizáciu predmetov podľa rôznych kritérií, určenie odlišného predmetu, ktorý nepatrí do skupiny predmetov s rovnakými vlastnosťami. Po zvládnutí úloh s konkrétnymi predmetmi možno pristúpiť k riešeniu podobných úloh v pracovných listoch,
- orientáciu v priestore a na ploche s porozumením a používaním príslušných priestorových pojmov.

## ĎALŠIE STIMULÁCIE V RANOM VEKU (0 – 7 ROKOV)

### Stimulácia jemnej motoriky a grafomotoriky

Spôsoby rozvíjania jemnej motoriky a grafomotoriky závisia najmä od druhu a stupňa pohybového obmedzenia celej hornej končatiny (rameno, predlaktie, zápästie, prsty). Podľa individuálnych možností dieťaťa možno využiť nasledovné aktivity:

- manipulácia s jednoduchými vkladačkami alebo puzzle (jedno- až štvorkusové) z rôznych materiálov (drevené, plastové),
- hry s vodou, pieskom, prírodným materiálom (hrach, šošovica, ryža, fazuľa) – naberanie na lyžicu, miešanie (rukami, lopatkou), nasýpanie do nádob, vysýpanie, presýpanie,
- manipulácia s jednoduchými stavebnicami – napr. Lego Duplo, Mega bloks,
- navliekanie koliesok alebo iných tvarov rôznej veľkosti na tyče rôzneho priemeru,
- podľa individuálnych schopností navliekanie väčších korálikov na drôt, hrubšiu šnúрку,
- ak dieťa dosahuje vývinovú úroveň približne 3 rokov, možno postupne aktivity obohacovať o manipuláciu s modelovacími hmotami, papierom (krčenie, trhanie, lepenie),
- ak to motorická úroveň dovoľuje, podporujeme rozvoj trojprstového úchopu, ak má dieťa v dôsledku telesného postihnutia tréning účelného úchopu (podľa individuálnych možností),
- manipulácia s písacím materiálom (výber písadla musí svojím tvarom a veľkosťou zodpovedať špecifikám úchopu dieťaťa),
- tréning vizuomotorickej koordinácie – spájanie bodov na ploche a pod.,
- nácvik čmárania, napodobňovanie čiary, kruhu, kríža, ďalších geometrických tvarov, vyfarbovanie plochy – podľa individuálnych schopností,
- spontánna výtvarná činnosť,
- prvky arteterapie.

**Stimulácia vývinu komunikačnej schopnosti** – pri jej rozvoji je potrebná úzka spolupráca s logopédom a postup podľa jeho pokynov. Špeciálnopedagogická podpora vývinu reči sa zameriava:

- v ranom veku na rozvoj sociálnej komunikácie, porozumenie jednoduchým sociálnym situáciám, uvedomenie si seba, podporu reakcie na vlastné meno, vyjadrenie súhlasu/ nesúhlasu, podnecovanie do využitia ukazovania, príp. jednoduchého gesta ako symbolu,
- na rozvoj porozumenia jednoduchým často používaným inštrukciám súvisiacim s denným režimom,
- na rozvoj porozumenia významu slov s použitím reálnych predmetov – predmety dennej potreby, obľúbené hračky, potraviny, známe zvieratá alebo činnosti bežného života,
- na podporu používania slov alebo znakov, ktoré má dieťa v slovnej zásobe,
- na podporu porozumenia jednoduchým príbehom, porozumenia jednoduchej dejejovej

postupnosti (usporiadanie 3 obrázkov podľa časovej nadväznosti – podľa individuálnych schopností dieťaťa).

Kompenzácia verbálnej reči pomocou systémov AAK:

- posunkové znakové systémy si môže vytvoriť individuálne každé dieťa a jeho sociálne prostredie. Môžu to byť znaky z posunkového jazyka pre nepočujúcich, znaky z komunikačného systému „znak do reči“ (autorkou je Libuše Kubová), znaky, ktoré využíva aj aplikovaná behaviorálna analýza a pod., znaky ASL (American sign language), BSL (British sign language),
- sluchová stimulácia a náhradné komunikačné systémy pre deti so sluchovým postihnutím (podľa obsahového štandardu pre ranú starostlivosť o deti so sluchovým postihnutím s individuálnou úpravou),
- obrázkové komunikačné systémy, pri ktorých je symbolom slova obrázok (VOKS – výmenný obrázkový komunikačný systém, ktorý je obdobou PECS – Picture Exchange Communicate system),
- elektronické komunikačné zariadenia – počítač so špeciálnym ovládaním (očná navigácia), tabuľkové komunikátory (GoTalk) s hlasovým výstupom, tabletové komunikátory, špeciálne programy pre motoriku a komunikáciu, program Boardmaker (určený na vytváranie a tlačenie komunikačných tabuliek).

Nácvik sebaobsluhy a hygieny:

- nácvik samostatného jedenia – najprv rukou (nakrájané kúsky ovocia, pečivo), vkladanie do úst, prikladanie k ústam a odhrýzanie (pri nácviku je potrebné zohľadniť možné špecifiká vyplývajúce z poškodenia CNS, napr. hypotónia orofaciálnej oblasti alebo ťažkosti pri saní, žutí, prehltaní),
- nácvik manipulácie s lyžicou, naberanie na lyžicu, koordinácia ruka – ústa, opakovanie procesu. Pri nácviku samostatného jedenia u detí s obmedzenou pohyblivosťou rúk (paréza horných končatín, spasticita) možno využiť pomôcky pri stolovaní – protišmyková podložka, špeciálne upravená lyžica, hrnček s náustkom a dvomi uškami atď.,
- nácvik samostatného pitia (fľaša, hrnček),
- spolupráca pri obliekaní, vyzliekaní, samostatné obliekanie, obúvanie, vyzúvanie – podľa možností dieťaťa vyplývajúcich napr. z telesného postihnutia,
- umývanie rúk, tváre, tela, čistenie zubov, česanie – taktiež podľa možností a rozsahu pohybov rúk,
- toaletný tréning – primerane zrelosti CNS dieťaťa a so zohľadnením pridružených diagnóz (napr. inkontinencia vyskytujúca sa pri vrodených vývinových chybách).

Pri nácviku každej sebaobslužnej činnosti je nevyhnutná postupná algoritmizácia – rozdelenie činnosti na jednotlivé čiastkové kroky – napr. úchop lyžice, naberanie na lyžicu, tréning obliečenia len jednej časti odevu, a až po zvládnutí pristúpiť k ďalšej a pod. Jednotlivé kroky sa najprv podľa potreby precvičujú osobitne a potom sa spájajú do celku.

### 5.3. Poradenstvo

Poradenstvo v intervencii detí/žiakov s viacnásobným postihnutím je poskytované rodičom, pedagógom bežných materských/základných škôl, podľa potreby aj špeciálnych materských/základných škôl a zamestnancom iných zariadení, ktoré poskytujú starostlivosť deťom/žiakom so zdravotným znevýhodnením raného, predškolského a školského veku (DSS, CDR).

Poradenstvo rodičom sa týka najčastejšie nasledujúcich oblastí:

- Poskytovanie informácií o špecifikách viacnásobného postihnutia, o jeho vplyve na celkový vývin dieťaťa/žiaka, procesy učenia, výchovu a vzdelávanie. Identifikácia schopností a možností dieťaťa/žiaka, ale aj limitujúcich faktorov.
- Poskytovanie informácií o efektívnych metódach a stratégiách využívaných v edukácii detí/žiakov s viacnásobným postihnutím. Je dôležité rodičom vysvetliť základné princípy, spôsob fungovania a očakávané výsledky všetkých metód, ktoré chceme v starostlivosti o dieťa/žiaka používať. Taktiež zdôvodniť, prečo považujeme jednotlivé edukačné aktivity za dôležité a čo je ich konkrétnym cieľom.
- Odporúčanie ďalších odborných vyšetrení a/alebo intervencií potrebných na celkový rozvoj dieťaťa, poskytovanie kontaktov alebo sprostredkovanie ďalšej starostlivosti.
- Orientácia rodiny na jej vlastné zdroje (vnútorné, vonkajšie) pri edukácii, podpora rodičovských kompetencií a sebadôvery rodiny.
- Vhodný výber zariadenia predprimárneho vzdelávania (špeciálna materská škola, bežná materská škola – podľa špeciálnych edukačných a sociálnych potrieb dieťaťa, ale aj jeho potrieb týkajúcich sa sebaobsluhy, mobility a hygieny).
- Vhodný výber primárneho vzdelávania (špeciálna základná škola, špeciálna trieda v bežnej základnej škole alebo vzdelávanie formou individuálneho začlenenia v bežnej základnej škole).
- Vhodný systém náhradnej komunikácie – AAK (ak u dieťaťa nenastáva dostatočný progres vo vývine funkčnej verbálnej komunikácie).
- V školskom veku podpora dostupnej miery samostatnosti dieťaťa/žiaka aspoň v niektorých oblastiach (napr. v sebaobsluhy alebo trávení voľného času), hľadanie možností, v čom a akým spôsobom môže byť dieťa s viacnásobným postihnutím samostatné.
- Výber ďalších možností edukácie po ukončení povinnej školskej dochádzky. V prípade detí/žiakov s ľahkým viacnásobným postihnutím možnosť kariérového poradenstva pri výbere vhodného učilišťa alebo strednej odbornej školy. V prípade detí s ťažkým viacnásobným postihnutím pomoc pri výbere vhodného zariadenia sociálnej starostlivosti (s denným alebo týždenným pobytom) alebo stacionára, podľa individuálnych možností a potrieb dieťaťa a rodiny.

Poradenstvo pedagógom bežnej (alebo aj špeciálnej) materskej alebo základnej školy:

- Konzultácie, metodická pomoc pri tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu, pri úprave foriem a obsahu vzdelávania, spôsobe overovania vedomostí a hodnotení dieťaťa/žiaka.
- Poradenstvo pri aplikácii vzdelávacích postupov a implementácii odporúčaní uvedených v správach zo špeciálnopedagogického, z logopedického a zo psychologického vyšetrenia.
- Poradenstvo pri vytváraní vhodných podmienok na edukáciu dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím (materiálno-technické vybavenie, úprava prostredia triedy, personálne zabezpečenie).
- Inštrukciá k používaniu kompenzačných a edukačných pomôcok a k využívaniu alternatívnych komunikačných systémov v procese edukácie.
- Poradenstvo a supervízia samotného procesu edukácie dieťaťa/žiaka s viacnásobným postihnutím, podľa potreby.

## 5.4. Reeducácia

Špeciálnopedagogické metódy, didaktické metódy podľa Vaška (Vašek In Vančová, 2010) možno v edukačnom procese využiť aj u detí s viacnásobným postihnutím:

- metóda viacnásobného opakovania informácie a činnosti,
- metóda nadmerného zvýraznenia informácií,
- multisenzorické sprostredkovanie informácie, zapojenie všetkých zmyslov do poznávania,
- metóda postupnej symbolizácie – názornosť, manipulácia s reálnymi predmetmi, následne manipulácia so symbolmi, postup od konkrétneho k abstraktnému,
- metóda algoritmizácie obsahu, štruktúrovanie aktivít,
- metóda zapojenia kompenzačných technických prostriedkov,
- metódy náhradnej komunikácie.

Ďalšie metódy využívané v praxi pri učení s deťmi/so žiakmi s viacnásobným postihnutím:

## **Štruktúrované učenie**

Predstavuje edukačnú stratégiu založenú na kognitívno-behaviorálnom prístupe, ktorá bola vytvorená pôvodne pre deti s poruchami autistického spektra. Je dobre využiteľná aj v edukácii detí s hyperaktivitou, mentálnym zaostávaním, narušeným vývinom reči, mentálnym zaostávaním v kombinácii s autizmom alebo mentálnym zaostávaním v kombinácii so symptomaticky narušeným či obmedzeným vývinom reči. Základnými princípmi sú individuálny prístup, vizualizácia, štrukturalizácia (štruktúra priestoru, času – denný režim, štruktúrovanie úloh alebo edukačných aktivít). Metódu štruktúrovaného učenia možno využiť v procese rozvoja komunikačných a sociálnych zručností zavedenia funkčnej komunikácie, nácviku sebaobslužných činností a rozvoja kognície a osvojovania vedomostí (Čadilová, Žampachová, 2008).

## **Montessoriovská pedagogika**

Základným princípom pedagogicko-filozofického konceptu Márie Montessori je rešpektujúci prístup k dieťaťu s umožnením slobody v poznávaní a učení sa. Montessoriovský prístup rozlišuje senzitivne vývinové obdobia – citlivé na vývin istých schopností a osvojovanie si zručností súvisiacich s týmito schopnosťami. Podľa týchto období je dôležité pripraviť dieťaťu podnetné prostredie (Mária Montessori ho nazýva pripravené prostredie), v ktorom môže rozvíjať a trénovať zručnosti podľa svojho výberu a svojej pripravenosti. V práci s deťmi/so žiakmi s viacnásobným postihnutím možno využiť jednotlivé prvky podľa schopností dieťaťa/žiaka – niektoré aktivity denného života (participácia na príprave jedla, starostlivosť o prostredie), nácvik adekvátnej manipulácie s predmetmi dennej potreby, ako je napr. nalievanie a prelievanie tekutiny z nádoby do nádoby, presýpanie, naberanie na lopatku, miešanie, utieranie stola, umývanie a utieranie nádob, pripínanie štipcov, skladanie obrúskov, uterákov, vreckoviek (všetky uvedené aktivity rozvíjajú koordinovanú činnosť oboch rúk). Manipulácia so špeciálnymi montessoriovskými pomôckami – senzomotorický materiál, slúži ako podpora poznávania, zmyslového vnímania, diferenciacie, porovnávanie, predmatematických zručností.

## **Prvky aplikovanej behaviorálnej analýzy (prístup ABA)**

Metóda je založená na behaviorálnom prístupe analýzy správania. Najčastejšie sa využíva v edukácii detí s poruchami autistického spektra. Niektoré prvky sú využiteľné v práci s deťmi/so žiakmi s kombináciou autizmu a mentálneho postihnutia alebo narušeného vývinu reči s mentálnym postihnutím. Cieľom aplikovanej behaviorálnej analýzy je dosiahnutie zmeny v správaní – osvojenie a podpora adaptívneho a prosociálneho správania, redukcia nežiaducich foriem správania (sebapoškodzovanie, agresívne prejavy, poškodzovanie iných ľudí a prostredia), vytvorenie vhodných a funkčných komunikačných vzorcov a následne osvojovanie si nových zručností a vedomostí (Richman, 2008).



## Metóda aktívneho učenia podľa Lilli Nielsenovej

Základným princípom aktívneho učenia je vytvorenie takých podmienok, v ktorých môže aj dieťa/žiak s obmedzeniami v pohybovom a kognitívnom vývine samostatne získavať skúsenosti a osvojovať si primerané zručnosti. Prostredie je špeciálne upravené tak, aby poskytovalo čo najviac zmyslových a pohybových podnetov a zároveň umožňovalo mnohonásobné opakovanie pohybov a činností. Ďalším dôležitým princípom aktívneho učenia je minimalizácia zásahov dospelého do aktivity dieťaťa/žiaka, okrem jednoduchého povzbudzujúceho komentovania prebiehajúcej činnosti. Podľa Lilly Nielsenovej je dôležité podporovať u dieťaťa v ranom veku osvojenie nasledujúcich zručností: sebaobslužné zručnosti, konštruktívna hra, vkladanie a vykladanie predmetov z nádob, rozoberanie predmetov, ukladanie predmetov na seba, rozoznávanie množstva.

Dieťaťu/žiakovi sa poskytuje podnetný materiál, pomocou ktorého poznáva, rozlišuje a porovnáva rôzne vlastnosti. Pomôcky využívané v koncepte aktívneho učenia – predmety dennej potreby, predmety vyrobené z rôznych materiálov (drevo, kov, rôzne druhy papiera a textilu, prírodný materiál a pod.), predmety stimulujúce taktilné vnímanie (rôzne povrchy, hmotnosť, teplota, veľkosť, tvar, farba, množstvo), predmety vydávajúce zvuky (zvukové hračky, kovové predmety, hrkálky, rolničky, prírodný materiál). Deti/žiaci s telesným postihnutím, ktorí potrebujú nahradiť alebo podporiť obmedzené pohybové schopnosti, môžu využiť aj špeciálne zhotovené alebo upravené pomôcky – podpornú lavicu, little room (malú izbu), activity book, hmatovú dosku, pružinovú dosku či závesnú sieť „hopsa dres“ (Nielsen, 1998).

## 5.5. Rehabilitácia

Deti/žiaci s VP, u ktorých je prítomné aj telesné postihnutie, sú často v odbornej fyzioterapeutickej starostlivosti. Fyzioterapeut na základe odporúčania lekára posudzuje a určuje potreby fyzioterapeutickej a rehabilitačnej starostlivosti dieťaťa/žiaka, plánuje fyzioterapeutickú starostlivosť a reintegráciu dieťaťa/žiaka do prirodzeného prostredia, zhodnocuje stav dieťaťa/žiaka a určuje fyzioterapeutické postupy v závislosti od zistených potrieb. Fyzioterapeut na základe odporúčania lekára podľa materiálno-technického zabezpečenia školy alebo poradenského zabezpečenia vykonáva pasívne cvičenia, aktívne asistované, aktívne rezistované cvičenia, cvičenia s využitím mechanoterapie, termoterapie, svetloliečby, kineziotejpingu a hydrokinezioterapie.

Z rehabilitačných metód u detí/žiacov s viacnásobným postihnutím, u ktorých je prítomné aj telesné postihnutie, sa praxi najviac využívajú:

**Vojtova metóda** – je zameraná na deti s DMO. Jej základom sú dva pohybové prvky – reflexné plazenie a reflexné otáčanie. Oba tieto prvky sa vybavujú za pomoci tzv. spúšťacích zón. Pri ich podráždení tlakom alebo ťahom vykoná dieťa fixované v určitej polohe reflexne fyziologický pohyb, ktorému sa kládie odpor.

**Metóda manželov Bobathovcov** – vychádza z tézy, že centrálné poruchy hybnosti prebiehajú pod vplyvom prudko sa vyvíjajúceho mozgu, a z predpokladu, že mnohé pohybové problémy detí s DMO sú spôsobené vplyvom patologických tonusových reflexov a hlbokých šijových reflexov, ktoré dieťa nemôže prekonať vinou poruchy CNS. Ak sa tieto reflexy podarí utlmiť, môže sa rozvinúť normálna motorika.

**Phelsova metóda** – na zlepšenie vzpriameného postoja a chôdze využíva dlahy, závažia a pod.

**Pohlova metóda** – aktívnemu cvičeniu predchádza relaxácia, ktorá sa vykonáva pasívnymi pohybmi a jemnou palpáciou jednotlivých svalových skupín.

**Schwarzova metóda** – ako podnet na pohyb dieťaťa využíva rôzne lákadlá. Dieťa sa ich pokúša dosiahnuť, a tým urobí pohyb.

**Fayová metóda** – necvičí jednotlivé svaly, ale celé pohybové vzorce.

**Kabátova metóda** – cvičia sa celé pohybové reťazce. Cviky sa prevádzajú zásadne v diagonálnych rovinách, proti maximálnemu odporu.

**Orofaciálna stimulácia** – terapeut pri nej stimuluje neuromotoriku tváre, líc, pier, jazyka, podnebia a hltana. Tým sa snaží doceliť pozitívne pokroky v dýchaní, saní, žuvaní, hryzení, hltaní a pití a sekundárne aj v reči.

**Hiporehabilitácia** – stimulované sú taktilné vnímania, úchopy a pohyby horných a dolných končatín. Používa sa prevažne pri liečbe DMO a sklerózy multiplex. Využíva sa prenášanie pohybov koňa na pacienta. Pacientovi sa týmto umožňuje lepšie držanie tela, správna koordináciu pohybov a pod.

Pohybová výchova detí/žiacov s VP je začlenená aj v procese ich vzdelávania. Do vzdelávacej oblasti **ZDRAVIE A POHYB** na primárnom stupni vzdelávania je zahrnutý špecifický predmet *rozvíjanie pohybových zručností pre prípravný až 4. ročník* a na nižšom sekundárnom stupni vzdelávania je zahrnutý špecifický predmet zdravotná telesná výchova. Ich cieľom je získať základné pohybové zručnosti, zdokonaľiť správne držanie tela, koordináciu pohybov a osvojiť si rôzne pohybové zručnosti.

## 5.6. Terapia

Deti/žiaci s VP sú väčšinou v starostlivosti viacerých odborných zamestnancov. Ideálne je, keď sú súčasťou multidisciplinárneho tímu v zariadení poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP) alebo školského podporného tímu, pričom v centre odbornej intervencie je dieťa/žiak.

Jednotlivé odborné intervencie sú poskytované deťom/žiakom s viacnásobným postihnutím podľa toho, aké ťažkosti (aký druh postihnutia) sú v popredí hendikepu konkrétneho dieťaťa/žiaka.

### Psychologická terapia

Terapeutická intervencia u detí/žiacov s VP je potrebná pri prijatí vlastného postihnutia v období dospievania a formovania identity dieťaťa/žiaka.

U detí/žiacov s poruchou autistického spektra psychológ môže aplikovať vo svojej starostlivosti prístupy ABA, TEACCH, Son Rise, ESDM a terapiu hrou.

Ak sa dieťa/žiak s VP alebo jeho rodina ocitnú v kríze a nedokážu svojpomocne adekvátne riešiť svoju problémovú situáciu, psychológ im poskytuje krízovú intervenciu. Jej cieľom je vytvorenie takých strategických foriem pomoci, ktoré eliminujú ohrozenie dieťaťa/jeho rodiny a vytvoria priestor na ich aktivizáciu a stabilizáciu a obnovia vnútornú rovnováhu. V krízovej intervencii ide v prvom kroku o poskytnutie okamžitej pomoci, ktorá zahŕňa emocionálnu podporu, sociálno-právnu pomoc a poskytnutie takej sociálnej strategickej siete, ktorá uspokojí potreby dieťaťa/jeho rodiny a ich momentálnej krízovej situácie.

### Terapia špeciálneho pedagóga so zameraním na mentálne postihnutie

Individuálna terapia špeciálneho pedagóga so zameraním na mentálne postihnutie sa zacielfuje na stimuláciu a rozvoj najviac oslabených funkcií – môžu to byť kognitívne procesy (vnímanie, pozornosť, pamäť, jednoduché myšlienkové operácie), senzomotorika, jemná motorika či grafomotorika.

Zároveň sa orientuje na možnosti kompenzácie v tých oblastiach, v ktorých je ďalší rozvoj výrazne limitovaný symptomatikou viacnásobného postihnutia. V rámci tejto terapie sú podľa individuálnych potrieb dieťaťa/žiaka využívané koncepty uvedené v podkapitole reedukácia a terapia.

## **Terapia špeciálneho pedagóga so zameraním na telesné postihnutie**

Starostlivosť je zameraná na realizovanie nápravy a terapeutických činností, s cieľom v čo najväčšej miere odstrániť alebo zmierniť dosah telesného postihnutia na bežný život dieťaťa/žiaka. Na dosiahnutie tohto cieľa špeciálny pedagóg so zameraním na telesné postihnutie využíva ergoterapeutické cvičenia, grafomotorické cvičenia, dychové cvičenia, hudobno-dramatické činnosti, ako aj výučbu alternatívnych foriem čítania a písania u detí/žiakov s telesným postihnutím.

K ďalším oblastiam terapie patrí rozvíjanie hrubej motoriky, jemnej motoriky a orientácie v priestore, zlepšovanie a zdokonaľovanie pri manipulácii s predmetmi, nácvik samostatnosti pri sebaobslužke, stolovaní, hygiene, pohybové aktivity zamerané na ovládanie a držanie tela, rozvíjanie komunikačnej schopnosti v spolupráci s logopédmi a využívanie alternatívnych a augmentatívnych komunikačných systémov.

## **Ďalšie možnosti špeciálnopedagogickej terapie**

Špeciálny pedagóg uplatňuje a využíva spôsob terapie podľa typu postihnutia dieťaťa/žiaka a jeho veku. Môže aplikovať metódy ako bazálna stimulácia, montessoriovské aktivity, EEG Biofeedback, stimulácia zmyslových orgánov a hybnosti, orofaciálna stimulácia, logopedické terapie, terapia Snoezelen, arte-, muziko-, dramato-, biblio- a ergoterapie, zooterapie, u detí/žiakov s ľahkým viacnásobným postihnutím Elkoninovu metódu fonematického uvedomovania.

Bazálna stimulácia je pedagogicko-ošetrovateľský koncept zameraný na podporu vnímania, pohybových schopností a komunikácie. Autorom konceptu je nemecký profesor špeciálnej pedagogiky Dr. Andreas Fröhlich. V koncepte bazálnej stimulácie je ošetrovateľská alebo špeciálnopedagogická činnosť štruktúrovaná tak, aby podporila schopnosti dieťaťa/žiaka a stimulovala rozvoj nedostatočne rozvinutých častí (Friedlová, 2015).

Koncept má vypracovaný súbor techník, prostredníctvom ktorých stimulujeme:

- a) *Vnímanie vlastného tela (telesnej schémy)* – somatická stimulácia. Patria sem masáže a polohovanie, vibračná stimulácia, vestibulárna stimulácia a masáž stimulujúca dýchanie. Postupy somatickej masáže, vibračnej a vestibulárnej stimulácie majú svoju presnú štruktúru, ktorú je potrebné dodržať, aby splnili svoj účel. Ich presné vykonanie sa možno naučiť v základnom kurze bazálnej stimulácie.
- b) *Vnímanie podnetov z okolieho prostredia* – optická, akustická, olfaktorická, orálna a taktilno-haptická stimulácia. Dôležitá je vyváženosť a zastúpenie podnetov pre všetky zmyslové receptory – vizuálne podnety (farebné, pestré, výrazne kontrastné), akustické podnety (ľudský hlas, spev, hudba, zvuky bežného života, hlasy blízkych osôb, hudobných nástrojov, nahrávky, rozprávky a pod.). Taktilno-haptická stimulácia je zacielená predovšetkým na ruky, dlane a hmatové receptory na nich sústredených. Preferovaná je stimulačná masáž ruky má presne stanovenú štruktúru a postupnosť jednotlivých krokov, ktorú je možné naučiť sa v nadstavbovom kurze bazálnej stimulácie. V taktilno-haptickej stimulácii sa ďalej využívajú hmatovo zaujímavé hračky, predmety dennej potreby či obľúbené predmety dieťaťa/žiaka. Pre deti/žiakov, ktorí neprijímajú potravu perorálne, ale špecificky (PEG, sonda), je obzvlášť významná čuchová a najmä chuťová stimulácia. Podporiť a zlepšiť funkcie, ako sú

sanie, prehĺtanie a žutie, pomáha orálna a orofaciálna stimulácia (Friedlová, 2015). Koncept je aj jednou z foriem alternatívnej komunikácie. Má niekoľko spôsobov, ktorými možno komunikovať na bazálnej úrovni – iníciaľný dotyk, kontaktné dýchanie, špecifické druhy dotyku na začiatok aj ukončenie terapie a pod. Bazálnu stimuláciu možno kombinovať aj s terapiou Snoezellen.

Jednotlivé prvky a techniky je dôležité aplikovať vždy individuálne. Základné kritériá, ktorými je potrebné riadiť sa pri aplikácii techník, sú diagnóza a vek dieťaťa/žiaka, úroveň psychomotorického vývinu, skúsenosti a predošlé zážitky. Je dôležité ďalej zohľadniť aktuálny stav (potreby, disponovanosť, emočné ladenie dieťaťa/žiaka), spôsob komunikácie a pridružené ochorenia alebo zmeny v zdravotnom stave.

Koncept Snoezellen je forma terapie aj edukácie využívaná najmä v starostlivosti o deti/žiacov a dospelých s ťažkým stupňom mentálneho alebo viacnásobného postihnutia. Intervencia prebieha v špeciálne zariadených multisenzorických miestnostiach, ktoré poskytujú širokú škálu zmyslových podnetov – vizuálnych, akustických, taktilných, čuchových aj vestibulárnych. Pôsobenie týchto podnetov podporuje vnímanie, pozornosť, cielené pohyby, uvedomenie si seba samého a okolitého prostredia. Ďalším benefitom pobytu v miestnosti Snoezellen je prežívanie príjemných zážitkov, čo navodzuje emocionálnu pohodu, uvoľnenie a relaxáciu (Vančová, 2010).

### **Terapia špeciálneho pedagóga so zameraním na zrakové postihnutie**

Odborná terapia sa u detí/žiacov s VP, u ktorých je prítomné poškodenie zraku, zameriava na rozvoj funkčného zraku. Špeciálny pedagóg sa zaciľuje na zrakovú stimuláciu prostredníctvom špeciálnych cvičení, prístupov, prístrojov, upraveného prostredia a kompenzačných pomôcok. Terapia je zameraná na rozvoj komunikačnej schopnosti a zručnosti v oblasti sebapoznania, sebarealizácie, sociálnej interakcie (využívanie iných komunikačných kanálov, poznanie vlastnej neverbálnej komunikácie ako takej a identifikácia neverbálnej komunikácie u komunikačného partnera).

Terapia zahŕňa aj pleoptické a ortoptické cvičenia na dosiahnutie binokulárneho videnia a predchádzanie, resp. zmiernenie tupozrakosti a rozvoj funkčného zraku prostredníctvom zrakovej stimulácie. Terapeutická činnosť nadväzuje na zistenie silných stránok dieťaťa/žiaka so zreteľom na zvyšovanie kompetencií v samostatnosti a nezávislosti vo vzdelávacom procese v čo najväčšej miere, pri získavaní nových vedomostí a zručností v spolupráci s rodičmi, pedagógmi a podporným tímom v škole. Realizuje sa prostredníctvom metodického vedenia kolektívu pedagógov v školách pre optimálny prístup k dieťaťu/žiakovi. Zahŕňa pomoc pri tvorbe a adaptácii vzdelávacích materiálov pre dieťa/žiaka s postihnutím v oblasti zraku, ako aj pomoc pri tvorbe individuálnych vzdelávacích programov.

### **Terapia špeciálneho pedagóga so zameraním na sluchové postihnutie**

Individuálna terapeutická činnosť sa u detí/žiacov so zníženými sluchovými funkciami zameriava na rozvoj funkčného sluchu, stimuláciu sluchovej perciepcie a diferenciacie, sluchovú analýzu a syntézu, sluchovú pamäť, priestorovú orientáciu, nácvik odzerania z úst hovoriaceho a rozvíjanie auditívno-verbálnej komunikácie. U detí/žiacov s úplnou stratou sluchu, so zvyškami sluchu alebo s kombinovaným zdravotným postihnutím, u ktorých nie je efektívne osvojenie si hovorenej reči, sa terapia zaciľuje na iný komunikačný systém, ako napríklad posunkový jazyk alebo AAK.

U detí/žiacov s kochleárnym implantátom špeciálny pedagóg v spolupráci s logopédom rozvíjajú primárne ich hovorenú reč ako komunikačnú kompetenciu.

U všetkých detí/žiacov so sluchovým postihnutím sa terapeutická činnosť špeciálneho pedagóga

zameriava na posilňovanie zrakovej diferenciácie a odzerania a nácvik čítania s porozumením. Možno sem zahrnúť aj vedenie kurzov posunkového jazyka pre rodičov/ZZ, pedagógov a sprostredkovanie priamych kontaktov s úspešnými mladými ľuďmi so sluchovým postihnutím i s dospelými nepočujúcimi (napr. formou živej knižnice).

## Logopedická terapia

Cieľom terapeutickú činnosť logopéda je eliminovať, zmierniť, prekonať a predísť narušenej komunikačnej schopnosti a jej negatívnym dôsledkom na život dieťaťa/žiaka s VP. Komplexná terapeutická činnosť využíva špecializované logopedické metódy a programy zacielené na odstraňovanie jednotlivých druhov NKS, u detí s ťažkým stupňom NKS sa zacieluje na nácvik komunikácie prostredníctvom systémov AAK.

## Liečebno-pedagogická terapia

Liečebný pedagóg realizuje terapeutický postup podľa typu problému u dieťaťa/žiaka s VP. Využíva jednotlivé terapeutické postupy (terapia hrou, pracovná terapia, expresívne terapie – arteterapia, biblioterapia, muzikoterapia, dramaterapia, psychomotorické terapie, zooterapie) na odstránenie, resp. zmiernenie deficitov v správaní, prežívaní, v sociálnych vzťahoch, pri problémoch v oblasti komunikácie, pri emočných ťažkostiach, poruchách koncentrácie a pozornosti a aj u detí/žiakov s oneskoreným a nerovnomerným vývinom či dlhodobým ochorením. Vo vzdelávacom prostredí ide najmä o montessoriovskú terapiu a FIE (Feuersteinove inštrumentálne obohacovanie).

## 6. Príklad z praxe

*Michal – 5. trieda, 12 rokov a 1 mesiac*

Príklad dobrej praxe vychádza z reálnej kazuistiky chlapca s vrodeným rúžštepom chrčbtice, hydrocefalom a neskôr diagnostikovanou pervazívnou vývinovou poruchou. Prvý stupeň základnej školy absolvoval ako integrovaný žiak s viacnásobným postihnutím bez mentálneho postihnutia v bežnej základnej škole. V škole pracoval s asistentom učiteľa. U Michala bolo vo veku 11 rokov, z dôvodu dlhodobých vzdelávacích ťažkostí, zrealizované komplexné psychologické vyšetrenie, ktorým bol zaznamenaný pokles intelektových schopností dieťaťa do pásma ľahkej mentálnej retardácie.

Anamnestické údaje: Dieťa z 1. rizikovej gravidity, pôrod sekciou v 40. týždni tehotenstva. U dieťaťa zistený v oblasti lumbálnej chrčbtice rúžštep – meningomyelokéla (nasledovala plastika MMC) a hydrocefalus (po operácii shunt). Michal bol dispenzarizovaný v detskej neurologickej, ortopedickej, oftalmologickej a logopedickej ambulancii. Niekoľkokrát do roka absolvoval rehabilitačný pobyt v centrách Adeli a Harmony. Rodičia s dieťaťom rehabilitovali pravidelne aj v domácom prostredí, absolvovali s ním kraniosakrálnu masáž a hipoterapiu. Michal pochádza z úplnej, podporujúcej rodiny, má mladšiu sestru. Pohybuje sa prostredníctvom invalidného vozíka, motorika horných končatín je tiež obmedzená. V správaní sú v rámci autistického profilu prítomné špecifické prejavy – v komunikácii preferuje určité témy a lipne na nich, kladie stereotypné otázky, konverzácia sa ťažšie usmerňuje a riadi. Rád číta encyklopédie a potom zo získaných informácií skúša druhých ľudí.

V starostlivosti ČŠPP je od 4 rokov, keď sa rodičia obrátili na poradenské zariadenie so žiadosťou o vyšetrenie z dôvodu zaškolenia dieťaťa do materskej školy formou individuálnej integrácie, vzhľadom na prítomné telesné postihnutie. Už pri vstupnom vyšetrení vystúpili do popredia isté kvality osobnosti dieťaťa: tendencia zotrávať/vracať sa k obľúbeným témam v konverzácii či neznášanlivosť kontaktu s istými materiálmi (plastelína, piesok, kinetický piesok). Vedomosti dieťaťa

boli na veľmi dobrej úrovni, Michal poznal farby, geometrické tvary, čísla a písmená, mal široké encyklopedické vedomosti z oblastí, ktoré ho zaujímali (autá, poisťovne, banky, ovocie, mobilní operátori). Motorika bola obmedzená prítomným telesným postihnutím. Michal sa vedel presúvať štvornožky, inak používal invalidný vozík. Hornými končatinami zvládol základné manipulačné úkony, no jemnomotorické a grafomotorické činnosti už nezvládal. Adaptácia v materskej škole, ktorú navštevoval na pol dňa, prebiehala ťažšie. Michal mal problém v kontakte s deťmi, bol citlivý na hluk, preferoval solitárne aktivity a riadené činnosti nie vždy dokončil alebo ich urobil podľa seba.

U dieťaťa bol zrealizovaný odklad povinnej školskej dochádzky, vzhľadom na prítomné zdravotné postihnutie a osobnosť dieťa. V danom roku začal pravidelne navštevovať poradenské zariadenie, cieľom návštev boli intervencie zamerané na rozvoj jemnej motoriky, grafomotoriky, komunikačných zručností a správania dieťaťa.

Následne bol po komplexnom psychologickom a špeciálnopedagogickom vyšetrení zaškolený v prvom ročníku základnej školy formou individuálneho začlenenia, s podporou asistenta učiteľa ako žiak s telesným postihnutím. Na začiatku školského roka prebehlo na pôde školy trojstranné stretnutie (poradenské zariadenie, škola, rodič), na ktorom boli vysvetlené špecifiká dieťaťa a dohodnuté podmienky vzdelávania. Škola v tom čase nedisponovala školským špeciálnym pedagógom a veľkým problémom bolo aj to, že priestory školy neboli bezbariérové. Individuálny vzdelávací plán bol vypracovaný triednym učiteľom v spolupráci so zamestnancami poradenského zariadenia.

Vzhľadom na dlhodobu pretrvávajúce špecifické prejavy v správaní, bol Michal po komplexnom vyšetrení v poradenskom zariadení odoslaný na diferenciálne diagnostické vyšetrenie, ktorým bola potvrdená prítomnosť pervazívnej vývinovej poruchy – detský autizmus. Michal mal v tom čase 7 rokov.

Na základe nových diagnostických záverov bol individuálny vzdelávací program dieťaťa prehodnotený a chlapec postupoval od druhého polroka prvého ročníka ako žiak s viacnásobným postihnutím bez mentálneho postihnutia. V rámci vzdelávacieho procesu bolo odporúčané využívať metódu štruktúrovaného učenia, s dodržaním základných princípov individualizácie, vizualizácie a štrukturalizácie. S prihliadnutím na telesné obmedzenia dieťaťa, využíval v rámci vyučovacieho procesu na prácu počítač a pomoc asistentky učiteľa. Prvý ročník základnej školy zvládol bez výraznejších problémov. Najväčšie ťažkosti sa objavili v matematike. Nemal problém so sčítaním a odčítaním spamäti, ale s porozumením základných matematických pojmov a operácií.

V druhom ročníku sa problémy v matematike s narastajúcim učivom a pridanými slovnými úlohami prehĺbili, navyše začali v školskom prostredí do popredia vystupovať ťažkosti v komunikácii a samostatnom fungovaní dieťaťa (schopnosť komunikovať v bežných sociálnych situáciách primerane veku, schopnosť rešpektovať druhú osobu ako komunikačného partnera, adekvátne reagovať na predkladané požiadavky, prispôbiť sa aktuálnej novovzniknutej situácii).

Pracovníci poradenského zariadenia pravidelne navštevovali Michalovu školu, cieľom bolo diagnostické pozorovanie dieťaťa v triede a následná metodická konzultácia so zamestnancami školy, čo sa týka prístupu k dieťaťu. Michal zároveň naďalej pokračoval v poradenskom zariadení v intervenciách zameraných na rozvoj oslabených oblastí.

Z dôvodu prehlbujúcich sa nedostatkov v jednotlivých vyučovacích predmetoch bolo na konci druhého ročníka zrealizované kontrolné psychologické vyšetrenie s výsledkom, že aktuálny výkon schopností je u Michala disharmonicky profilovaný – kým verbálna zložka zasahuje do pásma nižšieho priemeru, nonverbálna zložka je výrazne znížená, v tom čase do pásma zjavného defektu (vplyvom organického narušenia CNS). V psychologickom správe sa uviedlo, že u Michala ide o výrazné narušenie exekutívnych funkcií a vzhľadom na to, že u dieťaťa nejde o mentálny defekt, ale o autistický

profil kognitívneho vývinu, bolo odporúčané pokračovať v štúdiu na bežnej základnej škole. Škole sa v tomto čase podarilo získať finančné prostriedky a vytvoriť bezbariérové priestory v časti školy, kde sa Michal vzdelával.

V treťom ročníku, po kontrolnom špeciálnopedagogickom vyšetrení bolo učivo vo všetkých predmetoch zredukované na základný variant tak, aby spĺňalo minimálne štandardy pre daný ročník bežnej základnej školy. Zároveň do školy nastúpil školský špeciálny pedagóg, ktorý začal s Michalom pracovať. Asistentka učiteľa spolu s matkou dieťaťa intenzívne spolupracovali na výrobe pomôcok na vyučovanie (prehľady učiva, pomôcky na matematiku, tabuľky s gramatickými pravidlami).

Napriek intenzívnej spolupráci škola – rodič – poradenské zariadenie u Michala nedošlo ani vo štvrtom ročníku k stabilizovaniu výsledkov vo vzdelávacom procese. So stúpajúcimi nárokmi učiva sa vedomostné nedostatky u dieťaťa prehľbovali, najmä v oblasti matematiky. Aby pracoval, musel byť zo strany pedagogických zamestnancov výrazne motivovaný a podporovaný. Do popredia vystúpili rýchla unaviteľnosť a nepozornosť dieťaťa, pri náročnejších úlohách nepracoval vôbec. Vedel memorovať obsah prebraného učiva, no absentovalo praktické využitie informácií.

Z vyššie opísaných dôvodov škola požiadala poradenské zariadenie o opätovné kontrolné psychologické vyšetrenie, z ktorého vyplynulo, že aktuálna využiteľnosť kognitívnych predpokladov chlapca je znížená do pásma ľahkého mentálneho postihnutia. Po konzultácii školy, poradenského zariadenia a rodičov dieťaťa sa aktuálna situácia vyhodnotila tak, že Michal bude naďalej vzdelávaný v základnej škole ako žiak s viacnásobným postihnutím, s mentálnym postihnutím. Toto rozhodnutie vyplynulo zo skutočnosti, že Michal je už zvyknutý na prostredie školy, spolužiakov, asistentku a medzičasom mu boli v škole vytvorené bezbariérové podmienky na vzdelávanie.

V súčasnosti Michal skončil 5. ročník, postupuje podľa individuálneho vzdelávacieho programu zohľadňujúceho zdravotné znevýhodnenia dieťaťa a napreduje vlastným tempom podľa aktuálneho stavu, do školy chodí rád.

Za dosiahnutím súčasného optimálneho stavu dieťaťa a prispôbením vzdelávania jeho aktuálnym schopnostiam stojí určite intenzívna spolupráca poradenského zariadenia, školy a rodičov dieťaťa. Rovnako k tomuto stavu prispieva intenzívna starostlivosť o dieťa formou intervencií a poradenských stretnutí na pôde zariadenia, pričom sa v rámci intervencií a diagnostiky prihliadalo na aktuálny stav dieťaťa a vychádzalo sa z odborných záverov lekárskeho vyšetrení. Napriek prítomnému viacnásobnému postihnutiu je u Michala predpoklad ďalšieho rozvoja, ak bude naďalej vzdelávaný v podnetnom a pozitívne ladenom prostredí a všetky zainteresované strany budú hľadať spoločné riešenie problémov v záujme dieťaťa, s ohľadom na jeho možnosti.

## 7. Literatúra

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

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

ČADILOVÁ, V. - ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. 1. vydanie. Praha: Portál, 2008. 405 s. ISBN 978-80-7367-475-5

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

- HAJDECKEROVÁ, H. - ŠARIŠSKÁ, J. [s. a.] Hluchoslepota. [Online.] [Citované 2021 05-18.] Dostupné na internete: <https://www.nrozp.sk/soc-rehabilitacia/hluchoslepota/93-hluchoslepota>
- HARČARÍKOVÁ, T. 2008. Pedagogika jednotlivcov s poruchami učenia. 1. vydanie. Bratislava.
- MABAG spol. s r. o., 2008. 94 s. ISBN 978-80-89113-57-8
- 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
- HOVORKOVÁ, S. et al. 2018. Máme dieťa s poruchou sluchu 1. Bratislava: Nadácia Pontis, 2018. 547 s. ISBN 978-80-89895-11-3
- KOLLÁROVÁ, E. 1993. Základy somatopédie. 1. vydanie. Bratislava: UK, 1993. 97 s. ISBN 8022307157
- LECHTA, V. et al. 2010. Základy inkluzívnej pedagogiky: dieťa s postihnutím, narušením a ohrozením vo škole. 1. vydanie. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7
- LOPÚCHOVÁ, J. 2008. Pedagogika zrakovo postihnutých. 1. vydanie. Bratislava. MABAG spol. s r. o., 2008. 100 s. ISBN 978-80-89113-53-8
- LUDÍKOVÁ, L. et al. 2005. Kombinované vady. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
- LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIEROVÁ, M. 2004. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2
- Medzinárodná klasifikácia chorôb. [Online.] [Citované 2021-05-18.] Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>
- MÜLLER, O. 2001. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 289 s. ISBN 8024402319
- NIELSEN, L. 1998. Učení zrakově postižených dětí v raném věku. 1. vydanie. Praha: ISV nakladatelství, 1998. 119 s. ISBN 80-85866-26-9
- RICHMAN, S. 2008. Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza. 2. vydanie. Praha: Portál, 2008. 122 s. ISBN 978-80-7367-424-3
- SLOWÍK, J. 2007. Speciální pedagogika. 2. vydanie. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8
- STRASSMEIER, W. 2011. 260 cvičení pro děti raného věku: Soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované. 3. vydanie. Praha: Portál, 2011. 291 s. ISBN 978-80-7367-880-7
- TARCSIOVÁ, D. 2008. Pedagogika sluchovo postihnutých. 1. vydanie. Bratislava: Mabag, 2008. 102 s. ISBN 978-80-89113-52-1
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023
- VALENTA, M. 2007. Psychopedie: teoretické základy a metodika. 3. dopl. a upr. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 9788073200992



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

VAŠEK, Š. 2011. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapienta, 2011. 228 s. ISBN 978-80-89229-21-5

Vzdelávací program pre žiakov s poruchami aktivity a pozornosti. [Online.] [Citované 2021-05-24.] Dostupné na internete: <https://www.statpedu.sk/files/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vzdelavacie-programy-ziakov-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/zakladne-vzdelavanie-primarne-vzdelavanie-nizsie-stredne-vzdelavanie/vp-ziakov-poruchou-aktivity-pozornosti-2017.pdf>

Vzdelávací program pre žiakov s viacnásobným postihnutím pre primárne a nižšie stredné vzdelávanie. [Online.] [Citované 2021-05-25.] Dostupné na internete: <https://www.statpedu.sk/files/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vzdelavacie-programy-ziakov-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/zakladne-vzdelavanie-primarne-vzdelavanie-nizsie-stredne-vzdelavanie/vppreziakovsviacnasobnympostihnutim.pdf>

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. [Online.] [Citované 2021-05-25.] Dostupné na internete: <https://www.statpedu.sk/files/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vp-deti-so-zz-schvalene-maj-2017.pdf>