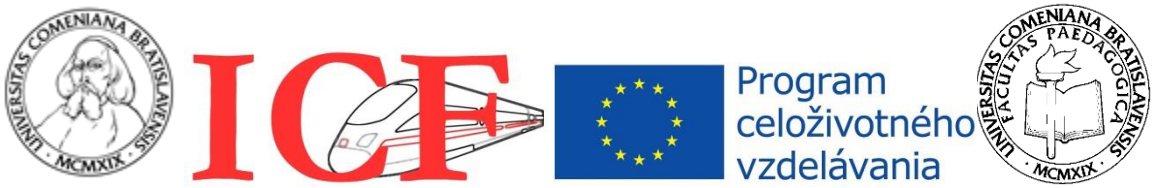


Petra Mitašíková, (Ed.)

Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie a pilotného tréningu k projektu ECI 2.0 - konanej v Bratislave 6. 9. 2013 s názvom:

Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii.

Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu

Bratislava

2014

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Medzinárodnú vedecko-odbornú konferenciu a pilotný tréning k projektu ECI 2.0 - Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii - Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu organizovali:

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE, Pedagogická fakulta, Katedra liečebnej pedagogiky, Občianske združenie Perspektíva, Občianske združenie Asociácia liečebných pedagógov PRO LP

Konferencia bola spolufinancovaná s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia reprezentuje výlučne názory autorov a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tomto dokumente.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Petra Mitašíková, (Ed.)

Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii. Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu

Zborník z vedecko-odbornej konferencie a pilotného tréningu k projektu ECI 2.0

Univerzita Komenského v Bratislave 2014

195 strán

Garanti vedecko-odbornej konferencie:

Prof. Marta Horňáková, PhD.

Katedra liečebnej pedagogiky,

Lekárska fakulta SZU v Bratislave

PaedDr. Oľga Matušková

Ambulancia Včasnej diagnostiky a terapie psychomotorického vývinu detí pri I.DK LF UK a DFNsP, Limbova 1, 833 40 Bratislava

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

Katedra liečebnej pedagogiky,

Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta v Bratislave

Recenzenti:

Prof. MuDr. Jozef Mikloško, PhD., Ústav prenatálnej a perinatálnej medicíny, psychológie a sociálnych vied, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

doc. PaedDr. PhDr. Miroslav Gejdoš, PhD., Katolícka univerzita v Ružomberku

Vydavateľ: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-223-3685-7

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

OBSAH

Úvodné slovo… 7

Projekt ECI 2.0: Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii 10

Informácie o projekte ICF-TRAIN 19

Vyšetrenia psychomotorického vývinu v systéme včasných intervencií 24

Včasná intervencia – jej miesto v slovenskom zdravotníctve 36

Interdisciplinárna terénna podpora včasnej intervencie a sprevádzanie rodín -„ Viedenský model" 48

Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung „Das Wiener Modell“ 61

Raná péče v České republice 74

Čo ma najviac zaujalo na štúdiu včasnej intervencie na univerzite v USA 77

Včasná intervencia v kontexte inklúzie 81

Moc bezmocnosti 92

Podpora reziliencie rodín s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie 98

Výzvy ranej intervencie s rodinami s deťmi s poruchou sluchu v Centre špeciálno-pedagogického poradenstva 120

Včasná intervencia u detí s Fetálnym Alkoholovým Syndrómom 130

Význam podpory dojčenia vo včasnej intervencii 138

Spolupráca s rodičmi pri liečbe dieťaťa s hyperkinetickou poruchou 147

Základné formy liečebnopedagogickej terapie hrou vo včasnej intervencii 153

Využitie princípov pedagogiky Marie Montessori v liečebnopedagogickej praxi 165

Liečebno-pedagogická intervencia u detí predškolského veku umiestnených v detskom domove 172

Muzikoterapia u detí s PAS v predškolskom veku 175

Podpora vzťahu rodič – dieťa s viacnásobným postihnutím v ranom veku prostredníctvom psychomotorickej terapie 183

Príprava dieťaťa a jeho rodiča na vyšetrenie a chirurgický výkon 189

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

EDITORIAL

Petra Mitašíková

Myšlienka zostaviť zborník z konferencie „Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii“ s podtitulom „Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu detí“ sa stala skutočnosťou. Odbornej verejnosti predkladáme zborník z konferencie, ktorá sa konala 6. septembra 2013 v priestoroch Domu Quo Vadis v Bratislave. Organizáciu podujatia zastrešili: Mgr. Zuzana Marošová, Mgr. Dagmar Vatolíková, PhD. a Mgr. Monika Longauerová z Občianskeho združenia Perspektíva, Mgr. Petra Mitašíková, PhD. a Mgr. Zuzana Lucká, PhD. z Univerzity Komenského v Bratislave z Katedry liečebnej pedagogiky a PaedDr. Monika Stupková, PhD. a Mgr. Janka Skraková – Novotová z Občianskeho združenia PRO LP . Všetkým organizátorom ešte raz vyjadrujem poďakovanie. Organizovanie vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou spolu s pilotným tréningom k projektu ECI 2.0 vyžadovalo mnoho úsilia a času, kým sa nám podujatie spoločnými silami podarilo pripraviť.

Konferencia bola spolufinancovaná s podporou Európskej Komisie prostredníctvom Projektu ECI2.0 – Early Childhood Intervention – European Competence Initiative, v ktorom spolupracuje Katedra liečebnej pedagogigiky PdF UK v Bratislave s Občianskym združením Perspektíva (bližšie je tento projekt predstavený v príspevku Mgr. Zuzany Marošovej a Mgr. Moniky Longauerovej) a Projektu IFC TRAIN (prezentovaný príspevkom Mgr. Ivany Lištiakovej, PhD) taktiež v tomto zborníku.

K účasti na konferencii k téme „Európska iniciatína za kompetentnosť vo včasnej intervencii“ – sme sa rozhodli pozvať formou pozvaných prednášok zástupcov – odborníkov na danú oblasť z troch krajín. Okrem pozvaných slovenských odborníkov sa konferencie zúčastnila aj Mag. A Bettina Lukesch, MSc. z Rakúska a kolegyňa Mgr. Karla Němcová z Českej republiky, ktoré priblížili stav a smerovanie včasnej intervencie vo svojich krajinách. Zborník je koncipovaný na jednej strane ako prehľad situácie vo včasnej intervencii a na druhej strane je informačne bohatý a inšpiratívny v oblasti reálnych možností ranej starostlivosti v rámci rôznych problematík.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

S radosťou Vám predkladáme zborník, do ktorého svojimi príspevkami prispeli odborníci na včasnú intervencie naslovo vzatí, ktorým je táto téma srdcu blízka. Veríme, že zborník sa stane jedným z hodnotných stimulov k podnieteniu diskusie na tému: Quo vadis včasná intervencia?

Petra Mitašíková, PhD.

editorka

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

Katedra liečebnej pedagogiky

E-mail: *petra.mitasikova@gmail.com*

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ÚVODNÉ SLOVO...

Dagmar Vatolíková

Situácia na Slovensku v súčasnosti neposkytuje legislatívnu možnosť poskytovania sociálnych služieb v plnom rozsahu občanom vo všetkých vekových kategóriách. V zariadeniach sociálnych služieb sa poskytujú služby prevažne deťom od veku 3 rokov. Starostlivosť o deti od jeho narodenia do dovŕšenia 3 rokov je zabezpečovaná zdravotným systémom, ktorý poskytuje hlavne zdravotnú starostlivosť. Oddelenie patologických novorodencov I. Detskej kliniky Lekárskej fakulty UK a Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou sú pracoviská, ktoré poskytujú vysokošpecializovanú zdravotnú starostlivosť pre 400 – 450 novorodencov a dojčatám vo veku od 0 do 3 rokov, po prepustení z hospitaliztácie sa do dlhodobého sledovania zaraďuje okolo 250 detí. Vznikol Úsek včasnej diagnostiky pri I. detskej klinike LF UK a DFNsP.

Závažný patologický stav u dieťaťa má často okrem samotného zdravotného znevýhodnenia aj mimoriadne vážny dopad na sociálne znevýhodnenie celej rodiny. Práve potreby dieťaťa a rodiny si vyžadujú najvyššiu pozornosť. Žiaľ v súčasnosti na Slovensku absentuje komplexná starostlivosť, ktorá by bola zameraná na potreby dieťaťa a celej rodiny. V tejto oblasti zaostávame za okolitými krajinami, kde pracujú multidisciplinárne tímy a vytvárajú podmienky pre intervenciu nielen pre dieťa, ale aj rodinu priamo v mieste bydliska. Prostredníctvom terénnych služieb prichádzajú do rodiny odborníci, ktorí zabezpečujú intervenciu priamo v prirodzenom prostredí dieťaťa.

Včasná intervencia ako sociálna služba má nesporne svoje miesto v sociálnom zákone, čo je jedným z predpokladov, aby sme sa kvalitou priblížili k štandardom v EÚ. Za oveľa dôležitejšie však pokladám potrebu priblíženia sa k najzraniteľnejšiemu pacientovi- klientovi hneď po jeho narodení a poskytnutiu kvalitnej podpory celej rodine. Toto nemôže ostať iba na pleciach nemocníc, konkrétne DFNsP a Úseku včasnej diagnostiky pri I. detskej klinike LF UK, ale koncepčne ani na pleciach dobrovoľníckych organizácií, neziskových organizácií alebo občianskych združení. Tieto zariadenia sú často iniciátori myšlienok, avšak táto problematika je príliš vážna a vyžaduje si pevný legislatívny rámec aj v Zákone o sociálnych službách. Je

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

niekoľko organizácií, ktoré sa usilujú realizovať podporu rodinám a ich deťom, preto je potrebné spojiť schopnosti a snahu vytvárania siete služieb a spolupracovať v oblasti včasnej intervencie. Prirodzenou potrebou je aj vznik Asociácie včasnej intervencie, ktorá by združovala pracoviská poskytujúce poradenstvo a intervenciu zameranú na deti od ich narodenia a ich rodinu.

Medzinárodná konferencia „ Current European Initiatives in Early Childhood Intervention“, ktorá sa uskutočnila 6.septemtra 2013 v Bratislave významne prispela kvalitnými odbornými príspevkami, ktoré predniesli domáci aj zahraniční odborníci zaoberajúci sa problematikou včasnej intervencie.

Občianske združenie Perspektíva sa spolu s UK PdF zúčastňuje na realizácií medzinárodného projektu ECI 2.0, Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii, výstupom ktorého budú moduly pre odborníkov aj laikov vo včasnej intervencii so snahou ich využitia v praxi. Multidisciplinárny a medzirezortný prístup je cestou ku kvalitnej sociálnej službe o oblasti včasnej intervencie.

Ďakujem odborníkom, ktorí písomne podporili vznik Asociácie , patria medzi nich :

primárka Oddelenia patologickách novorodencov DFNsP Bratislava MUDr. Dolníková,

vedúca lekárka Ambulancie dlhodobého sledovania rizikových novorodencov MUDr.Vicianova

PaeDr. Oľga Matušková – liečebný pedagóg Včasnej intervencie a terapie psychomotorického vývinu detí

Prof. Marta Horňáková Vedúca katedry LP na SZÚ a garant odboru Slovenskej zdravotníckej univerzity a predseda PRO LP

PhDr. Štefan Tvarožek - riaditeľ Gaudeamus- Zariadenia komunitnej rehabilitácie na Mokrohájskej v Bratislave.

K úspešnému priebehu konferencie, realizácii projektu a vzniku Asociácie včasnej intervencie významne prispeli aj členovia projektového tímu Perspektíva OZ: Mgr. Dagmar Vatolíková, PhD., Mgr. Monika Longauerová, Mgr. Zuzana Marošová.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Kontaktné údaje:

Mgr. Dagmar Vatolíková, PhD.

liečebná pedagogička

Gaudeamus – zariadenie komunitnej rehabilitácie, Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava

Perspektíva, Občianske združenie pre telesne postihnuté deti a mládež,

Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava

E-mail: perspektiva@mokrohajska.sk

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

PROJEKT ECI 2.0: EURÓPSKA INICIATÍVA ZA KOMPETENTNOSŤ VO VČASNEJ INTERVENCII

Marošová Zuzana

Longauerová Monika

ABSTRAKT

Príspevok sa zameriava na predstavenie projektu „Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii. Ponúka prehľad o zameraní, cieľoch a výstupoch projektu, ako aj o možnostiach jeho praktického využitia.

Kľúčové slová: *včasná intervencia, odborné vzdelávanie a tréning v oblasti včasnej intervencie, stimulácia raného vývinu, spolupráca s rodičmi, podpora rodičovských kompetencií*

ABSTRACT

Project ECI 2.0: European Competence Iniciative – Early Childhood Intervention

Article focuses on the presentation of the project „European Competence Initiative – Early Childhood Intervention". It provides an overview of the aim, objectives and outcomes, as well as the possibilities of their practical use.

Key words: *early childhood intervention, vocational education and training in the area of early childhood intervention, stimulation of early development, cooperation with parents, support parenting competences*

Úvod

Projekt **EURÓPSKA INICIATÍVA ZA KOMPETENTNOSŤ VO VČASNEJ INTERVENCII** (ECI 2.0) podporila Európska únia prostredníctvom Programu celoživotného vzdelávania a podprogramu Leonardo Da Vinci – Prenos inovácií. Počas necelých dvoch rokov trvania projektu (12/2011 – 10/2013) spolupracovali na projektových aktivitách a úlohách

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

partnerské organizácie z piatich európskych krajín: Turecko, Rakúsko, Luxembursko, Litva, Slovensko (Tab.1).

Tab.1: Partneri projektu

PARTNERI PROJEKTU		
Partnerská organizácia	Zodpovedná osoba	Webová stránka
BISEV /koordinátor/ Turecko	Ipet Mutlu	http://www.bisev.net
ANADOLU Turecko	Dr. Ibrahim H. Diken	http://www.anadolu.edu.tr
MEB-ORGM Turecko	Veysel Öztürk	http://orgm.meb.gov.tr
EURLYAID Luxembursko	Ana Serrano Jacques Schlösser	http://www.eurlyaid.eu
SINN Rakúsko	Prof. Dr. Manfred Pretis	http://www.sinn-evaluation.at
INFOSOC Rakúsko	Willi Stadler	http://www.infosoc.at
SIAULIAI Litva	Prof. Stefanija Ališauskienė	http://www.su.lt
PERSPEKTÍVA Slovensko	Mgr. Dagmar Vatolíková, PhD.	http://www.mokrohajska.sk
UNIVERZITA KOMENSKÉHO, Slovensko	Prof. Marta Horňáková	http://www.fedu.uniba.sk

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Informácie o projekte a v rámci projektu vytvorené produkty sú dostupné online na webovej stránke projektu http://www.early-intervention.eu (Obr.1) v piatich jazykoch (angličtine, nemčine, turečtine, litovčine a slovenčine).

Obr.1: Webová stránka projektu http://www.early-intervention.eu

Východiská

Svojím zameraním na podporu vzdelávania a tréning odborníkov pracujúcich v oblasti včasnej intervencie projekt ECI 2.0 nadviazal na projekty realizované v nedávnej minulosti i súčasnosti.

Významné sú najmä projekty **EBIFF** a **PRECIOUS** (http://www.ebiff.org, http://www.precious.at/). Ich cieľom bolo prispieť k porovnateľnosti a dostupnosti odbornej prípravy vo včasnej intervencii v Európe. Za týmto účelom vzniklo **Kurikulum pre odborné vzdelávanie vo včasnej intervencii**, ktoré zadefinovalo spoločný základ poznatkov, zručností a ďalších osobných či odborných kompetencií potrebných pre prácu s deťmi s oneskoreným alebo ohrozenými vývinom a ich rodinami. Konkrétnejšie Kurikulum určuje niekoľko kľúčových oblastí obsahu vzdelávania vo včasnej intervencii: 1/ rozpoznanie, porozumenie, 2/ napojenie na rodinu, 3/ tímová práca, 4/ individuálne intervenčné metódy, 5/ špecifické funkčné kompetencie, 6/ osobné kompetencie, 7/ prax, prenos do praxe, 8/ magisterské práce. V každej kľúčovej oblasti sú popísané relevantné základné a komplementárne vzdelávacie obsahy. Základné obsahy sú povinné pre všetkých odborníkov vo včasnej intervencii, komplementárne

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

si môže zvoliť odborník sám podľa svojej špecializácie a náplne práce. Hodnotiaci nástroj, dostupný online na webových stránkach projektu, slúži na posúdenie kompatibility dosiahnutej úrovne individuálneho vzdelania či obsahu vzdelávania ponúkaného školiacou inštitúciou s Kurikulom. Jeho absolvovanie umožňuje uchádzať sa o získanie **Európskeho certifikátu pre včasnú intervenciu**.

Ďalším súvisiacim projektom je **ICF-TRAIN** (http://www.icf-training.eu/), ktorý aktuálne ešte prebieha. Snahou riešiteľov projektu je zvýšiť dostupnosť Medzinárodnej klasifikácie funkčných schopností, disability a zdravia pre deti (MKF pre deti, angl. ICF-CY) ako spoločného jazyka pre odborníkov vo včasnej intervencii a to prostredníctvom online vzdelávania a hodnotenia.

Napriek snahám, ktoré boli vyvinuté vo vyššie spomínaných a iných projektoch, nie je doposiaľ vo väčšine európskych krajín odborná príprava pracovníkov vo včasnej intervencii dostatočná. Nedostatky možno nájsť najmä v oblasti práce s malými deťmi vo veku 0 – 3 roky, s rodinami a v rodinách a v rámci transdiciplinárneho tímu. Predovšetkým v nových členských štátoch chýbajú tréningy zamerané na praktické zručnosti pre prácu s rodinami a v rodinách.

Ciele

Vyššie popísané skutočnosti viedli predkladateľov projektu ECI 2.0 k voľbe cieľov zameraných na **zvýšenie praktických kompetencií odborníkov v oblasti včasnej intervencie**. Týmto projekt z dlhodobého hľadiska prispel aj k **podpore kompetencií rodičov** detí so zdravotným znevýhodnením, s oneskoreným alebo ohrozenými vývinom. Učí ich, ako pomôcť svojmu dieťaťu napredovať vo vývine, predísť ďalším poškodeniam a posilniť plnú participáciu dieťaťa.

Vďaka partnerskej spolupráci viacerých európskych krajín prichádzalo v rámci projektu k prenosu poznatkov a zručností z krajín s rozvinutejším systémom včasnej intervencie (Rakúsko, Luxembursko) do krajín, kde sa systém včasnej intervencie iba vyvíja (Slovensko, Litva, Turecko).

Naplnenie cieľov projektu bolo zabezpečené prostredníctvom prenosu niektorých kľúčových oblastí z Kurikula pre odborné vzdelávanie vo včasnej intervencii (EBIFF) do priamo použiteľných praktických tréningových materiálov a zdrojov pre profesionálov a nepriamo aj

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

pre rodičov detí so znevýhodnením alebo ohrozením. Tréning prebiehal v pilotnej fáze formou seminárov alebo online tréningu. Rovnako bol proces tréningu odborníkov podporený monitorovaním spätnej väzby účastníkov a kvality vzdelávania, tiež možnosťou zhodnotiť individuálne vzdelávacie portfólio prostredníctvom online hodnotenia (EBIFF).

Výstupy

Prakticky orientované ciele projektu viedli k vytvoreniu praktických projektových výstupov:

1/ tréningové materiály pre efektívnu spoluprácu s rodinami

slúžia pre tréning praktických zručností odborníkov vo včasnej intervencii so zameraním na nadviazanie spolupráce s rodinou dieťa so znevýhodnením či ohrozením a zvyšovanie kompetencií rodičov pri podpore vývinu ich dieťaťa,
obsah materiálov tvorí šesť podporných moduly a video ukážky,

2/ online tréning

poskytuje priestor pre ďalšie vzdelávanie a komunikáciu medzi odborníkmi z rôznych krajín,

3/ online hodnotiaci nástroj

vytvorený na základe Európskeho Kurikula (EBIFF),
umožňuje hodnotenie individuálneho odborného vzdelania pracovníkov vo včasnej intervencii alebo obsah vzdelávania poskytujúci školiacou inštitúciou vo vzťahu k všeobecnému európskemu rámcu,

4/ multimediálna tréningová online knižnica

obsahuje teoretické, praktické odborné články, dokumenty a multimediálne zdroje.

Všetky výstupy sú dostupné online na webovej stránke projektu http://www.early-intervention.eu. Prvý z nich je dostupný aj vo forme tlačenej publikácie, ktorej náklad si určila každá partnerská krajina osobitne.

Tréningové materiály pre efektívnu spoluprácu s rodinami

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Tréningové materiály tvorí šesť podporných modulov, úvod k modulom a video ukážky, ktoré vytvorili odborníci na tureckej univerzite ANADOLU. Moduly sú zamerané na podporu jednotlivých oblastí raného vývinu detí vo veku 0 – 3 roky. Popisujú možnosti stimulácie a hrové aktivity v interakcii rodič – dieťa zaradené do bežných denných činností rodiny:

Modul 1: Vývin samostatnosti a sebaobsluhy,
Modul 2: Sociálno-emocionálny vývin,
Modul 3: Kognitívny vývin,
Modul 4: Motorický vývin,
Modul 5: Vývin expresívnej reči,
Modul 6: Vývin receptívnej reči.

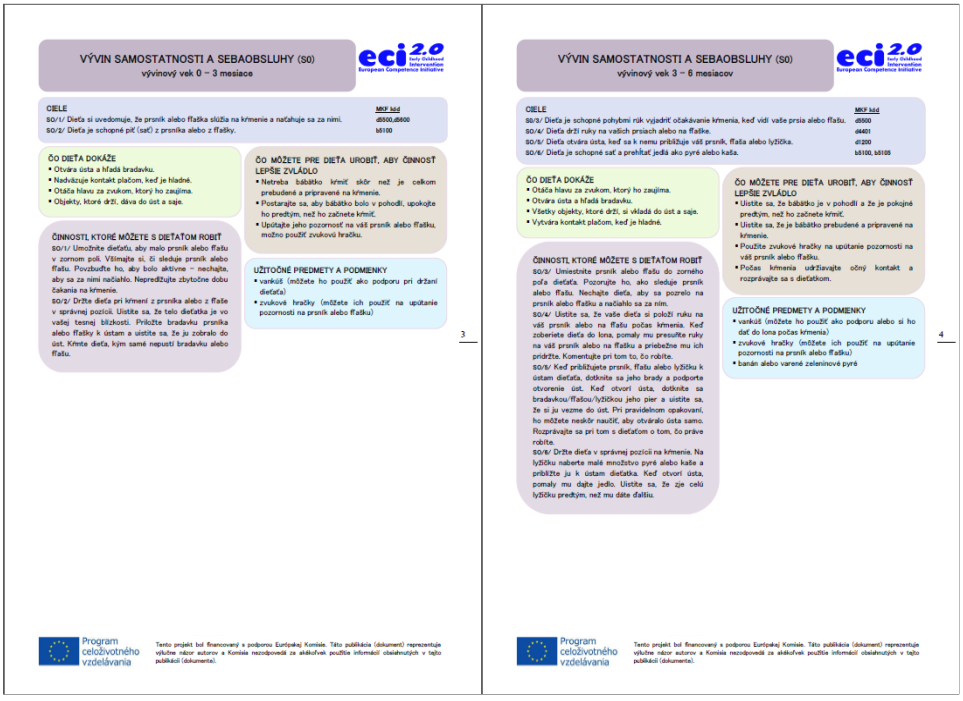
Cieľom riešiteľov projektu bolo pripraviť praktické a priamo použiteľné materiály pre odborníkov i rodičov detí so zdravotným znevýhodnením alebo ohrozeným vývinom. Pre odborníkov majú predkladané materiály význam najmä vo vzťahu k tréningu praktických odborných zručností, predovšetkým so zameraním na nadviazanie spolupráce a dialógu s rodinou dieťa, stimuláciu vývinu dieťaťa v jednotlivých oblastiach a posilňovanie rodičovských kompetencií. Pre rodičov môžu byť moduly konkrétnym sprievodcom pri hľadaní stimulačných hier a činností, ako aj prostriedkom porozumenia zákonitostí priebehu raného vývinu. Materiály vedú rodičov k akceptovaniu individuálneho vývinového tempa dieťaťa. U dieťaťa s oneskoreným vývinom prebieha vývin s podobnou postupnosťou ako u dieťaťa s bežným vývinom, iba tento proces prebieha pomalšie. Spomalený vývin sa nedá urýchliť, dá sa však podporiť.

Moduly sú rozčlenené na 3 – 6 mesačné vývinové obdobia od 0 do 3 rokov, pričom sa berie do úvahy vývinový, nie fyzický vek dieťaťa. Všetky moduly majú rovnakú štruktúru: 1/ ciele s príslušnými MKF kódmi, 2/ čo dieťa dokáže, 3/ činnosti, ktoré môžete s dieťaťom robiť, 4/ čo môžete pre dieťa urobiť, aby činnosť lepšie zvládlo, 5/ užitočné predmety a podmienky (Obr. 2, Obr. 3).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Obr. 2: Ukážka z podporného modulu

Obr. 3: Ukážka z podporného modulu



Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Moduly sú doplnené video ukážkami, ktoré prakticky znázorňujú popísané hry a cvičenia. Video ukážky sú tiež roztriedené podľa vývinových oblastí (Obr. 4).

Obr. 4: Video ukážka

V prípade ďalších otázok alebo záujmu o knižné vydanie podporných modulov môžete kontaktovať odborníkov zodpovedných za slovenské vydanie:

Univerzita Komenského - Pedagogická fakulta, Katedra liečebnej pedagogiky
Račianska 59, 813 34 Bratislava
http://www.fedu.uniba.sk

Perspektíva, Občianske združenie pre telesne postihnuté deti a mládež
Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava
http://www.mokrohajska.sk
perspektiva@mokrohajska.sk

Kontaktné údaje:
Mgr. Marošová Zuzana,
liečebná pedagogička
Gaudeamus – zariadenie komunitnej rehabilitácie, Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava
Perspektíva, OZ pre telesne postihnuté deti a mládež, Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava
marosova.z@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Mgr. Longauerová Monika

psychologička

Gaudeamus – zariadenie komunitnej rehabilitácie, Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava

Perspektíva, OZ pre telesne postihnuté deti a mládež, Mokrohájska 3, 845 12 Bratislava

longauerova@azet.sk

Literatúra:

http://www.early-intervention.eu

http://www.ebiff.org

http://www.precious.at/

http://www.icf-training.eu/

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

INFORMÁCIE O PROJEKTE ICF-TRAIN

Ivana LIŠTIAKOVÁ

Projekt ICF-Train sa venuje vzdelávaniu odborníkov v oblasti včasnej intervencie so zapojením online systému, ktorý používa Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia pre deti a mládež (ICF-CY). Prebieha od 1. októbra 2012 do 30 septembra 2014 (Číslo projektu: 2012-1-AT1-LEO05-06975). Je spolufinancovaný Európskou komisiou pod Programom celoživotného vzdelávania Leonardo da Vinci Transfer inovácií. Zapojili sa do neho inštitúcie z viacerých európskych krajín: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, rakúska organizácia SINN v Grazi, ktorú vedie Prof. Manfred Pretis, firma INFOSOC, ktorá sa stará o webovú podporu, Fakulta psychológie na CEFES v Liège v Belgicku, Európska asociácia včasnej intervencie EURLYAID, ANADOLU Univerzita v Turecku, Univerzita Porto v Portugalsku, Vysoká zdravotnícka škola MSH v Hamburgu v Nemecku a Centrum včasnej intervencie v Nordstedt v Nemecku. Projekt koordinuje Inštitút včasnej intervencie VINCO v Kapfenbergu v Rakúsku.

Názov ICF-Train pozostáva z dvoch častí, na ktoré je projekt zameraný:

ICF – Medzinárodná klasifikácia funkčnosti, dizability a zdravia,
Train – tréning odborníkov.

ICF je skratka pre International Classification of Functionality, Disability and Health (MKF = Medzinárodná klasifikácia funkčnosti, dizability a zdravia). V projekte bol vypracovaný slovenský preklad verzie klasifikácie pre deti a mládež (**ICF-CY**). V súčasnosti projektový tím komunikuje s kanceláriou WHO na Slovensku o uznaní tohto prekladu za oficiálny a žiada kanceláriu o vstup do jednaní s WHO o uverejnení prekladov na svetovej stránke WHO. Verzia

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

pre deti a mládež je použitá aj v online systéme hodnotenia a dokumentácie, ktorý bol v projekte vyvinutý.

Jedným z cieľov projektu je zvýšiť povedomie a používanie klasifikácie s čím je spojená aj potreba vyškoliť odborníkov v jej používaní. Za týmto účelom sa 15. – 17. júla 2013 uskutočnil v Bratislave trojdňový medzinárodný vedecký seminár, v ktorom odborníčka z Portugalska, Dr. Susana Castro, predstavila klasifikáciu a v praktických prípadových štúdiách so zapojením účastníkov kurzu demonštrovala použitie MKF pre deti a mládež.

Organizácie a odborníci zapojení do projektu sa venujú predovšetkým deťom a rodinám v oblasti včasnej intervencie, preto sú produkty projektu orientované týmto smerom. Je ich však možné preniesť aj do iných sfér priamej práce s klientmi v poradenskom, podpornom alebo terapeuticko-intervenčnom procese. Produkty preto odporúčame pre odborníkov rôznych pomáhajúcich profesií: liečebných pedagógov, špeciálnych pedagógov, psychológov, a pod.

Ciele projektu ICF-Train	**Produkty** projektu ICF-Train
zvýšiť používanie MKF v praxi vyškoliť odborníkov v používaní MKF vytvoriť online systém, ktorý používanie MKF uľahčí a sprehľadní	slovenský preklad ICF-CY (MKF pre deti a mládež) online Systém plánovania a dokumentácie ICF-CY tréningový portál pre odborníkov informačné materiály pre rodičov

Prečo používať MKF (ICF)?

Medzinárodná klasifikácia funkčnosti, dizability a zdravia predstavuje spoločný jazyk v hodnotiacich správach klientov naprieč jazykmi a krajinami. V globalizujúcej sa spoločnosti, pri migrácii rodín v multikultúrnom európskom a celosvetovom priestore, môže používanie jednotného popisného systému uľahčiť prechod rodín do iného systému starostlivosti.

Zjednocujúci jazyk medzi rôznymi odborníkmi môže prispieť k zlepšeniu starostlivosti o klienta, lepšej komunikácii medzi sektorom zdravotníctva, školstva a sociálnym

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

systémom, ako aj k zefektívneniu administratívnej činnosti spojenej s poskytovaním starostlivosti.

MKF a produkty projektu ICF-Train používajú **deskriptívny jazyk –** zaujímajú nehodnotiaci postoj a pozývajú do spolupráce rodinu a celý tím odborníkov.

Číselné kódy v klasifikácii majú tiež len popisnú funkciu. Cieľom ich používania je zjednodušené, stručné a presné odovzdanie pozorovaného, diagnostikovaného a prediskutovaného stavu klienta v správe pre iných odborníkov a tiež na účely výskumu, napr. efektivity intervenčných stratégií.

Cieľom nie je nálepkovanie klientov, ani odstupňovanie ťažkostí. MKF vychádza zo silných stránok klienta a okrem telesných štruktúr a funkcií sa zameriava aj na oblasť aktivít a participácie.

Prečo používať online Systém plánovania a hodnotenia ICF-CY?

Výhody systému spočívajú v možnosti **spolupráce** viacerých odborníkov v intervenčnom tíme. Všetci členovia tímu majú prístup k údajom z anamnézy, diagnosticky, pozorovaní a tiež priebehu rôznych intervenčných stratégií kolegov. Tiež môžu pridávať údaje z intervencií, ktoré sami poskytnú a pridávať komentáre k zisteniam kolegov. To je obzvlášť dôležité vo včasnej intervencii, kedy je spolupráca odborníkov a rodičov nevyhnutná pre progres dieťaťa.

Systém je **transparentný** voči rodičom. Pozýva ich do spolupráce. Majú možnosť kedykoľvek nahliadnuť do záznamov intervenčného tímu. To odborníkov núti, aby používali objektívny deskriptívny jazyk a buduje kultúru vzájomnej úcty a partnerskej spolupráce odborníkov a rodičov.

Online forma môže prispieť k vyššiemu zapojeniu sa otcov detí do starostlivosti včasnej intervencie. Keďže môžu proces sledovať online, kedykoľvek môžu aktívne, no jednoducho vyhľadať správu o činnosti odborníkov, ktorí s dieťaťom pracujú. Zrozumiteľnosť, prehľadnosť a dostupnosť týchto informácií zvyšuje zaangažovanosť rodičov a tiež vidia, že ich informácie alebo obavy týkajúce sa vývinu dieťaťa sú odborníkmi brané vážne a sú súčasťou formálnej dokumentácie, napr. v spoločne vytvorenom Individuálnom pláne podpory rodiny.

Čo Systém plánovania a dokumentácie ICF-CY umožňuje?

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Systém plánovania a dokumentácie ICF-CY je určený pre odborníkov pracujúcich s rodinami, ako online systém administrácie, ktorý umožňuje tímovú spoluprácu. Okrem toho je určený pre ďalších odborníkov ako tréningový nástroj v používaní ICF-CY (MKF pre deti a mládež). Tréningová databáza údajov je vytvorená anonymizovaním údajov z procesu práce s rodinami. Osobné údaje sú v systéme chránené menom a heslom a tiež tým, že užívateľské práva môže udeľovať len kľúčová osoba, t.j. odborník priamo pracujúci s rodinou. Ďalším ochranným prvkom je aj to, že do správy, hodnotenia alebo záznamu z pozorovania sa nikdy nepíšu mená klientov ani iných relevantných osôb a ani iné údaje, podľa ktorých by bolo možné rodinu identifikovať.

Prvá časť obsahuje sekciu základných údajov o rodine a deťoch, osobné údaje, anamnestické údaje, výsledky diagnostických vyšetrení. Odborník zaznamená obavy rodičov, z ktorých sa neskôr bude vychádzať pri stanovení cieľov intervencie.

Druhá časť je orientovaná na proces/progres intervencie a umožňuje (Pretis, 2014):

spravovanie základných údajov (mená detí, dátum narodenia. dôležité referenčné osoby, obavy rodičov, ...),

zber údajov z pozorovaní (aké silné stránky a obavy odborníci spoločne s rodičmi spozorovali),

vykonanie hodnotenia v tímoch založené na ICF-CY = MKF pre deti a mládež (hodnotenie situácie, ktoré silné stránky boli spozorované, ktoré zručnosti/kompetencie by mali byť nadobudnuté), pričom sa použijú MKF kódy,

grafickú prezentácia hodnotenia a možnosť urobiť porovnanie pred a po intervencii,

popis všeobecných cieľov, zručností, ktoré je potrebné nadobudnúť a popis intervencií,

tvorbu konkrétnych, funkčných tzv. SMART cieľov. Tieto ciele sú špecifické – merateľné – dosiahnuteľné – realistické – časovo ohraničené (Pretis, Stadler, 2013),

tvorbu alebo tlač Individuálneho plánu podpory rodiny, spoločné odsúhlasenie plánu s rodinou,

dokumentáciu intervenčných jednotiek (čo sa v každej podpornej jednotke/stretnutí/úseku deje, aké metódy, stratégie odborník využil),

vyhodnotenie (evalváciu) úspešnosti intervencie (v ktorých oblastiach môžeme vidieť zmeny).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Veríme, že produkty projektu a vzdelávacie aktivity s nimi spojené budú prínosom pre prax aj výskum v pomáhajúcich profesiách. Viac informácií o projekte a pilotné spustenie online Systému plánovania a dokumentácie ICF-CY nájdete na webovej stránke projektu: www.icf-training.eu.

Zdroje:

PRETIS, M. 2014. The electronic application of the ICF-CY as a planning and documenting system in the course of the EU project *www.icf-training.eu*. Information for parents for early intervention centres, inclusive kindergarten and other preventive services. Poster.

PRETIS, M. – STADLER, W. 2013. *Information for the ICF-CY planning and documentation system*. Working documents in the course of the pilot runs.

www.icf-training.eu

Kontaktné údaje:

Mgr. Ivana Lištiaková, PhD.

liečebná pedagogička, riešiteľka projektu ICF-Train

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Račianska 59, 813 34 Bratislava, pracovisko: Šoltésovej 4, Bratislava

E-mail: ivana.listiakova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VYŠETRENIA PSYCHOMOTORICKÉHO VÝVINU V SYSTÉME VČASNÝCH INTERVENCIÍ

Oľga Matušková

ABSTRAKT

Kľúčovým predpokladom efektivity včasných intervencií je získať dostatok informácií o potrebách dieťaťa, naplnenie ktorých mu s najväčšou pravdepodobnosťou umožní optimálne realizovať jeho vývinový potenciál. Vyšetrenie psychomotorického vývinu predstavuje komplexný proces systematického získavania informácií a ich analýz a má za úlohu lepšie pochopiť dieťa, jeho kompetencie, zdroje, interakcie s prostredím v ktorom žije. Efektivita vyšetrení v konečnom dôsledku závisí od toho, či rodinám s deťmi ktoré to potrebujú, sú poskytnuté optimálne preventívne a/alebo liečebno-terapeutické intervencie prispievajúce k zlepšeniu alebo ku korekcii funkčných schopností a adaptácie.

V našom prehľadovom príspevku predstavujeme vyšetrenia psychomotorického vývinu detí ako súčasť včasných intervencii z pohľadu liečebného pedagóga, pracujúceho v zdravotníckom zariadení.

Kľúčové slová: *včasné intervencie – vyšetrenie psychomotorického vývinu*

ABSTRACT

Developmental Assessment In Early Childhood Intervention

High-quality early intervention relies upon the key assumption – gain enough information about the developmental needs of the child, fulfillment of which is most likely to allow reach the full child´s developmental potential. The early childhood developmental assessments is a comprehensive process of gathering and analyzing information about children in an attempt to better understand and support learning and development, young children's behaviors, skills, competencies, preferences, and interactions linked to the following intervention strategies. The efficient and effective developmental assessment depends on whether children at risk or with

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

disabilities were provided preventive and/or curative therapeutic interventions contributed to the improvement or to correct their ability to functional adaptation.

We are introducing the developmental assessment as a part of early intervention from point of view of the curative educator working at children hospital.

Key words: *early intervention–developmental assessment*

Úvod

Včasné detstvo je obdobím najrýchlejšieho vývinu centrálnej nervovej sústavy a najvyššej schopnosti adaptácie na prostredie. Vo veku do troch rokov života sú motorické i psychické funkcie ešte málo diferencované, vyvíjajú sa vzájomne poprepájané a prejavujú sa vo fungujúcom prežívaní dieťaťa. Psychomotorický vývin všetkých funkcií je vzájomne podmienený a kumulatívny vzhľadom k neskôr sa vyvíjajúcim vyšším funkciám. Zmeny spôsobené vonkajšími vplyvmi, negatívnymi ale i pozitívnymi, môžu významne ovplyvniť priebeh celoživotného učenia, správania sa a fyzického i psychického zdravia. Ak dokážeme včas identifikovať biologické, psychologické, sociálne riziká v podmienkach vývinu dieťaťa – skôr ako sa plne prejavia poruchy, a umožníme dieťaťu včasný prístup k vývin podporujúcim intervenciám, dokážeme významne zvýšiť šancu dieťaťa optimálne rozvinúť svoj vývinový potenciál a dosiahnuť pozitívnu adaptáciu i napriek možnej prítomnosti poruchy.

Systém včasných intervencií

V prvých rokoch života majú najvýznamnejší formatívny vplyv na priebeh vývinu rané sociálne interakcie v prostredí, v ktorom dieťa vyrastá. Ak existujú prekážky v prirodzenom priebehu interakcií medzi rodičom a dieťaťom, či už na strane dieťaťa alebo rodiča a napĺňanie vývinových potrieb dieťaťa je ohrozené, vzniká v rodine potreba zvýšenej vývinovej starostlivosti o dieťa.

Na podporu optimálneho vývinu detí raného veku sa už niekoľko desaťročí vo svete vytvára a užíva systém včasných intervencií, ktorých význam je už dnes nespochybniteľný.

Včasnými intervenciami nazývame také služby, programy a opatrenia, ktoré podporujú realizáciu vývinového potenciálu malých detí so špeciálnymi potrebami a zvyšujú ich funkčné kompetencie a adaptabilitu. Špeciálne vývinové potreby pre ktoré dieťa vyžaduje zvýšenú

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

vývinovú starostlivosť, vznikajú pri prítomnosti identifikovaných rizík v podmienkach vývinu dieťaťa, pri oneskorenom dosahovaní typických vývinových medzníkov, pri prítomnosti špecifických prejavov, tzv. prekurzorov vývinových porúch, ale i pri prítomnosti závažných obáv a pochybností rodičov o priebeh vývinu dieťaťa.

Úlohy včasných intervencií sú rôzne tak, ako sú rôzne požiadavky a výzvy prostredia na dieťa a jeho rodinu. Hlavnou úlohou je protektívne vplývať na priebeh vývinu pôsobením na dieťa a jeho rodinu: kompenzovať vplyv rizikových faktorov, oslabovať vplyv existujúcich odchýlok na vykonávanie veku primeraných aktivít a tým zvyšovať možnosti dieťaťa zapájať sa do veku primeraných životných situácií, predchádzať sekundárne vzniknutým problémom, znižovať úzkosť rodičov, posilňovať kompetencie rodiny, ale i pripravovať spoločnosť na inkluzívne reagovanie na individuálne vývinové potreby týchto detí a ich rodín. Efektívne včasné intervencie sú tie, ktoré pomôžu dieťaťu dosiahnuť maximálne možné uplatnenie telesných, duševných a sociálnych možností dieťaťa i za prítomnosti rizík, odchýlok, porúch.

Keďže psychomotorický vývin je kumulatívny, komplexný a dynamický, bio-psycho-sociálne podmienený a osobnosť dieťaťa v ranom veku zahŕňa mnohé vývinové línie vzájomne poprepájané vo fungujúcom prežívaní dieťaťa, efektívnosť jednotlivých včasných intervencií závisí od ich spoločného vplyvu, od ich komplexnosti, interdisciplinárnosti, preventívno-liečebného charakteru, od toho ako včasne začali byť poskytované dieťaťu a rodine, ako sa vzájomne dopĺňajú a podporujú v ich vzájomnom spolupôsobení.

Kľúčovým predpokladom efektivity včasných intervencií je mať dostatok informácií o vývinových potrebách dieťaťa, naplnenie ktorých mu s najväčšou pravdepodobnosťou umožní dosiahnuť pozitívnu adaptáciu vo svojom prostredí a čo najvyšší stupeň nezávislosti, ktorý môže dieťa dosiahnuť.

Vyšetrenie psychomotorického vývinu

Vyšetrením psychomotorického vývinu zisťujeme vývinové potreby detí v ranom veku (0-3 roky), kedy funkcie dieťaťa sú ešte málo diferencované a vyvíjajú sa prepojené vo vzájomne sa podmieňujúcom procese psychomotorického vývinu. Definovať vývinové potreby dieťaťa je možné, ak poznáme bio-psycho-sociálne podmienky v ktorých sa vývin uskutočňuje a vieme posúdiť aktuálny vývinový stav a celkové správanie dieťaťa, a to nielen k populačnej norme, fyziologickému vývinu a správaniu, ale i k predchádzajúcemu stupňu vývinu, ak dieťa

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

sledujeme dlhodobo. Priebežne hodnotená vývinová úroveň funkčných oblastí (motoriky, komunikácie, sociálno-emocionálnej, kognitívnej) dieťaťa je určujúca vzhľadom k plánovaniu intervencií, celkovému priebehu jednotlivých aktivít i k hodnoteniu efektivity použitých metód. Z tohto pohľadu pokladáme vývinové vyšetrenie psychomotorických funkcií za integrálnu a neoddeliteľnú súčasť každej intervencie a za nevyhnutnú prax všetkých poskytovateľov včasných intervencií určených pre deti raného veku.

Vyšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa definujeme ako proces systematického získavania a analýz informácií s cieľom lepšieho pochopenia dieťaťa, jeho kompetencii, zdrojov, interakcií s prostredím, vývinových zmien a potrieb. Vykonáva sa za účelom identifikovať deti so zvýšenou potrebou vývinovej starostlivosti pre rôznu mieru vývinového rizika a/alebo pre už vzniknuté vývinové odchýlky od fyziologickej normy, definovať ich vývinové potreby a odporučiť vhodné (resp.korigovať už poskytované) podporné postupy v rámci liečebno-preventívnych intervencií na zlepšenie funkčných kompetencií dieťaťa. Psychomotorické funkcie malého dieťaťa vyšetrujeme vždy s určitým zámerom. Pri skríningovom vyšetrení psychomotoriky vyhľadávame deti s rizikom alebo s už vzniknutou vývinovou odchýlkou, ktoré budú mať úžitok z ďalšieho podrobnejšieho vyšetrenia. Aktuálny vývinový stav psychomotorických funkcií, ako i priebeh získavania skúseností z každodenného života, zisťujeme pri podrobnom vývinovom vyšetrení funkčnosti, zameranom na skúmanie prejavov dieťaťa - čo dieťa už vie a čo je schopné robiť, aký je rýchly pokrok, ako je dieťa začlenené do denných rutín a interakcií doma, v detskom kolektíve a pod., s cieľom vytýčiť ďalší nasledujúci krok vo vývin podporujúcich intervenciách. Diagnostické vyšetrenie je zamerané na čo najpresnejšie určenie problému vo vývine, tj. na identifikáciu odchýlky od fyziologickej normy, určenie závažnosti odchýlky, popísanie oneskorenia alebo poruchy a jej miesta v celkovej funkčnosti.

Získať dostatok užitočných informácií o vývinových potrebách dieťaťa je podmienené erudovanosťou odborníka vybaveného teoretickými znalosťami, praktickými skúsenosťami, disponujúceho metódami a prostriedkami zodpovedajúcimi účelu vyšetrenia, ale najmä jeho schopnosťou vytvoriť pracovnú koalíciu s rodičmi, príp. opatrovateľmi dieťaťa.

Spolupráca s rodinou

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Vytvorenie pracovnej koalície s rodičmi dieťaťa je jedným z najdôležitejších predpokladov nielen získania užitočných a diagnosticky významných informácií pri vývinovom vyšetrení, ale je i predpokladom maximalizácie potenciálu dieťaťa podporením optimálnych sociálnych interakcií rodičov a dieťaťa. Jedným z najdôležitejších faktorov zvyšujúcich rezilienciu malých detí, je prítomnosť stabilného, podporujúceho vzťahu s dospelou osobou poskytujúcou citlivú, láskavú starostlivosť, reagujúcu na preferencie, náladu a biorytmy dieťaťa. Nepriaznivý zdravotný stav malého dieťaťa však vyvoláva vždy zmeny v primárnej interakcií rodič/dieťa. Dieťa môže vysielať málo čitateľné signály, rodičia ich nemusia dostatočne čítať a rozumieť im. Pritom práve jemne vyladené vzájomné interakcie sú predpokladom optimálneho rozvoja vývinového potenciálu dieťaťa. Všetky odchýlky, či na strane dieťaťa alebo jeho rodičov, ovplyňujú vzájomné sociálne interakcie a proces vytvárania vzťahovej väzby, a tak vplývajú na ďalší priebeh vývinu, učenia ale i celkového zdravia.

Prítomnosť rodičov je dôležitá vo všetkých fázach priebehu intervencií.

Pri odoberaní anamnézy zisťujeme obavy a pochybnosti rodičov, ich potreby, získavame informácie k identifikácii rizikových a protektívnych faktorov, o typickom správaní dieťaťa v rôznych podmienkach a situáciach. Čím je dieťa menšie, tým viacej reakcií a správania sa uskutočňuje v domácom prostredí v rámci rodinných vzťahov a rodič dokáže pri správne formulovaných otázkach podať informácie o typických reakciách dieťaťa, a pomôcť tak vytvoriť presný obraz o funkčných kompetenciách dieťaťa.

Zisťovanie a venovanie pozornosti obavám rodičov je účinnou metódou zisťovania primeranosti správania dieťaťa vzhľadom k populačnej norme. Ak je štandardom pre vývinové skríningové testy senzivitiva voči vývinovým problémom a špecifita k neprítomnosti vývinových problémov vyššia ako 70% , tak rodičovské obavy spĺňajú túto kriteriálnu validitu, ako potvrdili viaceré zahraničné štúdie[1], a možno ich odporúčať pri identifikácií vývinových odchýlok ako doplňujúci zdroj informácií.

[1] GLASCOE FP, DWORKIN PH.: The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. Pediatrics.1995;95: 829 – 836

Dostupné:http://www.psychologie-aktuell.com/fileadmin/download/ptam/2-011_20110622/07_Glascoe.pdf

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Pri vyšetrení funkčnosti vývinových prejavov dokáže často až rodič vyprovokovať dieťa k aktivite. Pri štandardizovaných postupoch rodičia môžu významne zvýšiť spoluprácu s dieťaťom tým, že držia dieťa v sede na svojich kolenách a tak mu poskytujú "emočnú podporu". Spoločné interakcie rodiča s dieťaťom pri vyšetrení vytvárajú príležitosť podporovať, prípadne korigovať ich existujúci stav. Vývinovo primerané sociálno-komunikačné interakcie formujú afekty a mobilizujú "ambície" dieťaťa, obohacujú jeho skúsenosti a uľahčujú presun na vyššiu funkčnú vývinovú úroveň. Poznanie charakteristík interakcií rodič/dieťa má významný vplyv na poznanie možností dieťaťa spolupracovať pri následných podporných a stimulujúcich intervenciách (pocit vlastného významu, motivácia kompetencie, komunikatívnosť, pozitívne nastavenie voči poznávaniu nového a pod.), ale tiež umožňuje posúdiť potrebu podporných interakčných intervencií pre rodičov (so zameraním na responzívnu flexibilitu rodičov, nerozdelenú pozornosť na potreby dieťaťa, dostupnosť, empatiu, adekvátnosť, citlivosť pri uspokojovaní potrieb dieťaťa, bezpečné hranice, štrukturovanie skúseností dieťaťa a pod.).

Vyšetrenie psychomotoriky má vzhľadom k rodičom i edukatívnu funkciu. Pri vyšetrení prezentované podnecujúce predmety, testové úlohy administrované vo vývinovej postupnosti, kladené otázky, požiadavky a reakcie dieťaťa môžu pomôcť rodičom vytvoriť si predstavu primeranej náročnosti požiadavok a výkonov očakávaných v danom veku dieťaťa.

Pri formulácií výsledkov vyšetrenia je veľmi dôležitá forma komunikácie záverov pre rodičov, so zdôraznením priamej súvislosti vyšetrenia pre formulovanie potrieb následných intervencií.

Vývinové vyšetrenia sú primárne určené na získanie informácii dôležitých pre určenie vývinových potrieb dieťaťa, ale aj samotné vyšetrenie už tieto potreby môže a má napĺňať. Situácia vyšetrenia často vyvoláva u rodičov silné prežívanie, s následným vplyvom na výchovnú starostlivosť a na nároky kladené na dieťa. Dieťa samé môže pri vhodne vedenom vývinovom vyšetrení zažívať korektívnu emočnú skúsenosť a skúsenosť kompetencie.

GLASCOE,FP. :The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems. J Paediatr Child Health.1999;35:1–8

Dostupné: http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/16

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Jednotlivé včasné intervencie poskytované v ranom veku dieťaťa sú preto pokladané za celistvý proces, v ktorom sa vzájomne prelína poznávanie a napĺňanie vývinových potrieb dieťaťa.

Význam a potreba včasnej identifikácie detí s bio-psycho-sociálnymi rizikami s veľkou pravdepodobnosťou negatívne ovplyvňujúcich ďalší priebeh vývinu, detí s vývinovými odchýlkami a špecifickými prejavmi správania, vyplýva z dlhodobých výskumných štúdií, ktoré opakovane potvrdzujú, že vývinové poruchy možno spoľahlivo odhaliť už v ranom detstve, pred plným vyjadrením všetkých symptómov a poskytnutím včasných intervencií možno dosiahnuť významné zlepšenia a výhody zdravotné, sociálne, akademické, ale i ekonomické

Význam vyšetrení psychomotorického vývinu v zdravotnej starostlivosti

Vyšetrenie psychomotorického vývinu v rámci zdravotnej starostlivosti je zdravotným výkonom, ktorý je súčasťou preventívnej starostlivosti, liečebno-terapeutickej starostlivosti a je tiež súčasťou hodnotenia a klasifikácie zdravotného stavu dieťaťa raného veku.

Vo všeobecnej pediatrickej starostlivosti sú vyšetrenia psychomotoriky zákonnou súčasťou preventívnych prehliadok. Pediatri prvého kontaktu majú kľúčovú úlohu pri včasnej identifikácii vývinových odchýlok, pretože sú jedinými odborníkmi kompetentnými posúdiť zdravý vývin dieťaťa, ktorí sú v pravidelnom kontakte s deťmi v ranom veku. V prvých štyroch rokoch života je na to určených 11 preventívnych prehliadok.

Pediatri špecialisti a neurológovia sa zameriavajú na identifikáciu odchýlok psychomotorického vývinu ako na jeden z prejavov zmenených funkcií centrálnej nervovej sústavy u detí s rizikovým alebo nepriaznivým zdravotným stavom.

Vyšetrenia psychomotorického vývinu ktoré vykonávajú psychológovia a liečební pedagógovia v zdravotníctve, sú na rozdiel od skríningového charakteru pediatrických vyšetrení, podrobným vývinovým vyšetrením, často s použitím štandardizovaných metód. Tieto vývinové vyšetrenia, vykonávané často opakovane v rámci dlhodobého sledovania vývinového stavu dieťaťa, majú za cieľ čo najvčasnejšie identifikovať deti s rôznou mierou vývinového rizika, vyhodnotiť dopad primárnej diagnózy a/alebo liečebných postupov na funkčné schopnosti dieťaťa, na interakcie medzi rodičmi a dieťaťom, prípadne pri neurčenej diagnóze prispieť k diferenciálnej diagnostike údajmi o primeranosti vývinu. Konečným zámerom je zabezpečiť identifikovaným

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

deťom a ich rodinám čo najvčasnejší prístup k vývin podporným intervenciám. Efektivita vyšetrení v konečnom dôsledku závisí od toho, či rodinám s deťmi ktoré to potrebujú, sú poskytnuté optimálne preventívne a/alebo liečebno-terapeutické intervencie prispievajúce k zlepšeniu alebo ku korekcii funkčných kompetencií a adaptability.

Vyšetrenia psychomotorického vývinu sú tiež dôležitou súčasťou hodnotenia a klasifikácie celkového zdravia detí. Keďže všeobecným cieľom zdravotníckej starostlivosti je dosiahnutie zdravia v zmysle dosiahnutia stavu celkovej životnej pohody, v prípade dieťaťa s pretrvávajúcim nepriaznivým zdravotným stavom sa zhodnotenie zdravia rozširuje o potrebu poznať ako dieťa zodpovedá bežným požadavkám na schopnosti, zručnosti, aktivity očakávané od vrstovníkov, aká je jeho spôsobilosť adaptovať sa a začleniť sa, tj. správať sa primerane a očakaváteľným spôsobom v sociálnom prostredí, teda poznať schopnosť funkčnej adaptácie dieťaťa.

Funkčná adaptabilita sa tak stáva ukazovateľom celkového zdravotného stavu, pretože je výsledkom spolupôsobenia vplyvov zdravotných, medicínskych, psychologických i sociálnych. Určením funkčnej adaptability dieťaťa s nepriaznivým zdravotným stavom získavame informácie o potrebe ďalšej starostlivosti s cieľom podporiť rodičov pri každodennej starostlivosti o dieťa, rozšíriť možnosti dieťaťa uplatniť sa v sociálnych interakciách v rodine a neskôr v bežnom sociálnom prostredí vrstovníkov, ale i informácie o efektívnosti dovtedy poskytnutých intervencií.

Poznanie funkčnej adaptability dieťaťa s alebo bez diagnózy, je nevyhnutné nielen pre ďalší priebeh vývinu, vzdelávania i správania dieťaťa a fungovania celej rodiny, ale priamo ovplyvňuje i manažment preventívno-liečebných medicínskych intervencií základného ochorenia.

Prax vyšetrení psychomotorického vývinu v ambulancií liečebného pedagóga v zdravotníckom zariadení

Pracovisko LF UK a I.Detskej kliniky DFNsP „Včasná diagnostika a terapia psychomotorického vývinu detí“, založené v r. 1992 prof. Karolom Matulayom, pozostáva v súčasnosti z ambulancie klinického logopéda a ambulancie liečebného pedagóga. Hlavnou náplňou práce oboch ambulancií je dlhodobo sledovať deti, ktorých zdravotný stav v novorodeneckom veku bol zdravie a život ohrozujúci a bola im poskytovaná zvýšená až

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

intenzívna neonatologická starostlivosť. Cieľom starostlivosti je zachytiť deti s potrebou včasných, vývin podporujúcich intervencií a podporiť ich vývin k optimálnemu naplneniu vlastného vývinového potenciálu cez podporu interakcií rodič-dieťa.

Pri vývinovom vyšetrení získavame, spracúvame a vyhodnocujeme všetky dostupné informácie, potrebné na zhodnotenie dopadu zdravotného stavu dieťaťa na psychosociálnu funkčnosť dieťaťa. Ako prvé zaznamenávame anamnestické údaje od rodičov o priebehu vývinu dieťaťa, o typickom správaní doma v interakciách s objektami i ľuďmi, zisťujeme obavy a pochybnosti rodičov o vývine a správaní dieťaťa. Pozorujeme dieťa pri spontánnej aktivite, za účasti rodiča vykonávame i štandardizované vyšetrenie psychomotorického vývinu. Dielčie schopnosti malých detí sú v rámci ich psychomotorického vývinu ešte málo diferencované, a preto sa používané metódy vyšetrení vyznačujú širokou variabilitou, škálou položiek. Najčastejšie využívame Bayley škálu vývinu dojčiat a batoliat 3. vydanie (Bayley-III®), ktorá je vo svete používaná najmä i pre možnosť presného psychometrického zhodnotenia výkonov dieťaťa. Je určená k individuálnemu diagnostickému vyšetreniu na zhodnotenie vývinovej funkčnosti a identifikovanie detí s vývinovým oneskorením od 1. – 42. mesiaca života. Administrácia trvá v závislosti od veku dieťaťa 50-90 minút. Obsahuje päť škál: tri škály – Kognitívna škála, Motorická škála a Rečová škála sú určené pre priamu interakciu s dieťaťom, dve škály - Sociálno-emocionálna škála a Škála adaptívneho správania sú určené pre rodičov. Výsledkom je zhodnotenie aktuálnej vývinovej úrovne vzhľadom k populačnej norme (prierezové vyšetrenie), ale i dynamiky vývinu (vývinových zmien) pri opakovaných vyšetreniach.

Po odchode rodiny z ambulancie analyzujeme informácie od rodiča a zo správ lekárov a iných odborníkov o biologických a sociálnych podmienok, ktoré vytvárajú dieťaťu možnosti dozrievať, získavať skúsenosti a vyvíjať sa. Vyhodnocujeme výkony dieťaťa podľa použitej metodiky a spontánne správanie podľa vývinovo citlivých prejavov, ale tiež pátrame po prejavoch špecifických, tzv.prekurzoroch vývinových porúch. Záverom diagnostického vyšetrenia psychomotoriky je zhodnotenie aktuálnej vývinovej funkčnosti dieťaťa podľa vývinových noriem a porovnaním s relevantnými klasifikačnými systémami (MKCH-10, DSM-IV, DC:0-3), určenie typického vývinu alebo odchýlky a určenie relatívnej úlohy a miesta odchýlky v celkovej funkčnosti dieťaťa. Ak ide o kontrolné vyšetrenie, hodnotíme vývinový

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

priebeh a dynamiku vývinu. Celé vyšetrenie je vedené v pracovnej koalícií s rodičmi a súčasťou je nielen edukácia ale tiež podpora primeranej, vývin podporujúcej starostlivosti.

Získané informácie z osobnej i rodinnej anamnézy a aktuálny vývinový stav dieťaťa posudzujeme vzhľadom k ďalšiemu priebehu vývinu ako rizikové faktory znižujúce adaptáciu a vytvárajúce vulnerabilitu, a ako protektívne faktory zvyšujúce adaptáciu a vytvárajúce reziliencíu dieťaťa. Sledovanie dynamického vzťahu protektívnych a rizikových faktorov v snahe napomôcť zvýšiť adaptívne vývinové procesy a znížiť psychopatologické prejavy, je podstatou našej práce pri dlhodobom sledovaní rizikových novorodencov.

Náplň práce liečebného pedagóga na pracovisku Včasná diagnostika a terapia psychomotorického vývinu detí pri I. DK LF UK a DFNsP v Bratislave, možno rozdeliť na klinickú, výskumnú a pedagogickú oblasť, ktoré sa samozrejme vzájomne prelínajú. V rámci klinickej praxe poskytujeme vývin podporujúcu starostlivosť deťom od novorodeneckého veku, ktoré vyžadovali zvýšenú až intenzívnu neonatologickú starostlivosť (napr. deťom extréme nezrelým, deťom po hibernácii pre asfyxiu a pod.), tiež deťom, ktorým bola v ranom veku diagnostikovaná taká porucha alebo ochorenie, ktoré majú možnú súvislosť s vývinovými odchýlkami (napr. deti natodené ako extrémne nezrelé, deti s metabolickými, genetickými a pod. ochoreniami).

Súčasťou práce liečebného pedagóga je tiež rozvíjať vlastné odborné kompetencie a skvalitňovať oblasť odbornosti, napr. pravidelnou aktívnou účasťou na pediatrických konferenciách, cez riešenie výskumných projektov. V súčasnosti je to aktuálne riešená úloha z Národného programu starostlivosti o deti a dorast v SR – „Pilotáž skríningov psychomotorického vývinu pre 2.-11. preventívnu prehliadku“. Tento projekt je podporovaný MZ SR a cieľom je vytvoriť štandardizovaný skríningový nástroj pre primárnych pediatrov k vyšetreniam psychomotoriky s cieľom zachytiť deti s potrebou zvýšenej vývinovej starostlivosti. Tiež sa podieľame na vytváraní slovenských noriem Neurovývinového skríningu NES.

V rámci pedagogickej činnosti spomenieme študijnú aktivitu sústavného vzdelávania pre lekárov – vytvorenie, garantovanie a lektorovanie vzdelávania „Vyšetrenia psychomotorického vývinu vo všeobecnej starostlivosti o deti a dorast“ (e-learning), akreditovaného 31. 5. 2012 a poskytovanie praxe pre študentov VŠ i špecializačného štúdia.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Záver

Vyšetrenia psychomotorického vývinu sú neoddeliteľnou súčasťou včasných intervencií poskytovaných pri ohrození alebo narušení podmienok vývinu dieťaťa. V prípade rizikového alebo dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa vzniká vážne riziko zmien kompetencií dieťaťa i jeho rodičov vytvárať optimálne interakcie umožňujúce plný rozvoj vývinového potenciálu dieťaťa. V zdravotnej starostlivosti o najmenšie deti s rizikovým alebo nepriaznivým zdravotným stavom majú preto vyšetrenia psychomotoriky svoje dôležité miesto, a to pri prevencií, komplexnej liečebnoterapeutickej starostlivosti i pri hodnotení celkového zdravotného stavu. Závery vyšetrení psychomotorického vývinu prinášajú odpovede na otázky týkajúce sa identifikácie možného zdravotného problému dieťaťa I dopadu existujúceho zdravotného stavu na psychosociálnu oblasť dieťaťa a jeho rodiny, a tak napomáhajú pri plánovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti reagujúcej na všetky potreby dieťaťa, ako zdravotné tak i vývinové, s cieľom dosiahnuť čo najvyšší možný stav celkovej bio-psycho-sociálnej pohody dieťaťa i pri nepriaznivom zdravotnom stave.

Literatúra:

BERGESON,T.: *Guide to Assessment in Early Childhood; Infancy to Age Eight.* Washington State Office of Superintendent of Public Instruction, 2008.

GLASCOE FP, DWORKIN PH.: The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. Pediatrics.1995;95: 829 – 836

Dostupné:http://www.psychologie-aktuell.com/fileadmin/download/ptam/2-011_20110622/07_Glascoe.pdf

GLASCOE,FP. :The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems. J Paediatr Child Health.1999;35:1–8

Dostupné: http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/16

MANIFESTO OF THE EURLYAID WORKING PARTY. *Assessment within the context of early intervention to children at risk and with disorders and to their families*.1995. Dostupné: https://www.google.sk/#q=assessment+manifesto+of+the+eurlyaid+working+party

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10*. Dostupné: http://www.developingchild.net

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD (2008). *Mental Health Problems in Early Childhood Can Impair Learning and Behavior for Life: Working Paper #6*. Dostupné: http://www.developingchild.net

SHONKOFF, J.P., MEISELS, S. J.: *Early childhood intervention*. Cambridge University Press 2000. ISBN 0 521 58573 2

SHONKOFF, J. P., GARNER, A.S. : *The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics* 2012;129;e232. Online ISSN: 1098-4275. Originally published online December 26, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-2663. Dostupné: **http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full.html**

UNICEF 2011: Role of the Health sector in promoting early childhood development. Dostupné: http://209.61.208.233/LinkFiles/CAH_Publications_SEA-CAH-03_ECD_Strategy.pdf

Kontaktné údaje:

PaedDr. Oľga Matušková

liečebná pedagogička

Ambulancia Včasnej diagnostiky a terapie psychomotorického vývinu detí pri I.DK LF UK a DFNsP, Limbova 1, 833 40 Bratislava

E-mail: matuskova@dfnsp.sk

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VČASNÁ INTERVENCIA – JEJ MIESTO V SLOVENSKOM ZDRAVOTNÍCTVE

Mária Orgonášová

ABSTRAKT

Na Slovensku sú preventívne prehliadky detí zamerané na sledovanie detí, vrátane anamnestických údajov, vyšetrenie celkového stavu, očkovanie, poradenstvo, orientačné vyšetrenie sluchu, zraku, ale zatiaľ nie sú dostatočne zamerané na sledovanie špecifických problémov, najmä u detí s vrodenými poruchami. Pri podozrení na poruchu psychomotorického vývinu sú deti odosielané pediatrami k príslušnému odbornému lekárovi (neurológ, ortopéd, rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, psychológ, logopéd, iné špecifické vyšetrenie). Ďalší osud dieťaťa však často závisí od kvalifikovanosti príslušných odborných lekárov, resp. iných profesionálov, ale najmä od rodinného prostredia a zodpovedného správania sa rodičov dieťaťa. Opatrenia štátu pre zabezpečenie včasnej intervencie by mali byť súčasťou plnenia požiadaviek dokumentu OSN – Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím.

***Kľúčové slová**: včasná intervencia u detí, psycho-motorický vývin, poradenstvo, habilitácia a rehabilitácia*

ABSTRACT

At present, preventive examinations of children are focused on monitoring of their anamnestic data, examination of the overall state, inoculation, counselling and informative hearing and sight examinations. However, they are still not sufficiently targeting monitoring of specific problems, especially those of children with congenital impairments. When a suspicion of an impairment in psychomotor development occurs, children are sent by paediatricians to see the relevant specialist (neurologist, orthopaedist, physician for rehabilitation and physical therapy, physiotherapist, speech therapist or another specialist). The further destiny of the child often depends on the expertise of the specialists or other professionals and on the family background and the responsible behaviour of the child's parents. The measures of state for the

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

provision of an early intervention should constitute one part of the implementation the demands of the UN document – Convention on the rights of persons with disabilities.

***Key words**: early children intervention, psychomotor development, counseling, habilitation and rehabilitation*

„Okrem všetkých práv, ktoré človek nadobúda svojim konaním a správaním sa,

má tiež práva, ktoré nie sú odmenou za jeho výkon,

ale vyplývajú z jeho bytostnej dôstojnosti ľudskej osoby.“

(Ján Pavol II. Encyklika.“Centessimus annus“)

Úroveň vyspelosti spoločnosti sa meria úrovňou, ako sa vie postarať o potreby svojich najslabších členov. Kto je slabší, ako novorodené dieťa, ktoré si prinieslo do vienka, okrem prirodzenej niekoľkoročnej odkázanosti na starostlivosť rodičov, aj určité poruchy telesnej štruktúry, alebo funkcií, ktoré si vyžiadajú zvýšené nároky na ich kompenzáciu. Ich rodičia, alebo pestúni ostávajú pri najlepšej vôli bezradní a často bez adekvátnej podpory situáciu nezvládajú a upadajú do depresií. Kto, ak nie lekár, im má podať pomocnú ruku?

Na Slovensku sa starostlivosť o deti s poruchami psychosomatického vývinu síce datuje už od päťdesiatych rokov minulého storočia, ale až do r. 1989 bolo ťažké hovoriť o systematickej a najmä cieľavedomej starostlivosti. Po r. 1968 bolo možné zaznamenať zvýšenú pozornosť, najmä o deti s Downovým syndrómom a aj to len vďaka iniciatíve niektorých priekopníkov z radov lekárov a rehabilitačných pracovníkov s centrom v Bratislave. Pozornosť sa sústreďovala na sledovanie takých parametrov ako sú rast, hmotnosť, vývinové znaky, psychosociálne problémy, začali sa aspoň sporadicky využívať moderné rehabilitačné metódy (Vojtova metóda a metóda podľa Bobatha). Určitým úspechom bolo tiež zriadenie Laboratória pre sociálnu pediatriu v Bratislave a vytvorenie podmienok pre intenzívnejšiu spoluprácu s rodičmi.

Celkove však možno povedať, že mnohokrát ani členovia lekárskych posudkových komisií nechápali a nepomáhali riešiť skutočné problémy, ktoré musí zvládať rodina so zdravotne postihnutým dieťaťom a uspokojovali sa tým, že rodičom odporučili príspevky na invalidné dieťa, prípadne odporúčali umiestniť dieťa do ústavného zariadenia. Tieto zariadenia boli

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

zväčša vzdialené aj stovky kilometrov od bydliska rodičov. Častým problémom bolo aj priznanie primeraných kompenzačných pomôcok, resp. účelových príspevkov a výhod.

O kvalitatívnej zmene v prístupe k vytváraniu podmienok pre včasnú diagnostiku a následne včasnú intervenciu možno hovoriť až po r. 1989. V r. 1992 bolo profesorom K. Matulayom založené prvé pracovisko včasnej diagnostiky a terapie detí v Bratislave, ktoré začalo zabezpečovať multidisciplinárnu starostlivosť rodinám s deťmi, u ktorých sa predpokladal rizikový vývin, resp. s deťmi, kde sa pozorovalo vybočenie z ontogenetickej normy. Neskôr sa toto pracovisko stalo súčasťou I. Detskej kliniky pri Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave. Postupne sa na Slovensku vytvorilo niekoľko perinatálnych centier, ktoré sa venovali najmä včasnej diagnostike. Napriek uvedeným snahám o včasnú diagnostiku sa následnej včasnej intervencii, s komplexným, multidisciplinárnym prístupom, venujú, aj to iba obmedzene, niektoré pracoviská v Bratislave. Okrem pracoviska pri I. Detskej klinike a Rehabilitačného centra Harmony, sa komplexnejšia starostlivosť venuje aj deťom s Downovým syndrómom na špecializovaných pracoviskách v Bratislave pre celé Slovensko (pri Slovenskej zdravotníckej univerzite) a v Košiciach (Detské centrum). Okrem diagnostických biochemických vyšetrení a screeningu sa tu poskytuje aj odborné poradenstvo rodičom a pripravuje sa príslušný edukačný program. Určitým prínosom je aj práca detských integračných centier, Domovov sociálnych služieb a aktivity mimovládnych neziskových organizácií, ktoré združujú rodičov detí so zdravotným postihnutím.

Na základe odporúčajúceho dokumentu OSN „Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“, ktorý bol prijatý Valným zhromaždením OSN ešte v r. 1993, bol na Slovensku v r. 2001 pripravený a vládou schválený prvý komplexný programový dokument, so zameraním na problematiku zdravotného postihnutia pod názvom: „Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života“, ktorým boli v podmienkach Slovenskej republiky zadefinované celospoločenské záväzky voči osobám so zdravotným postihnutím a ich rodinám. Tento prvý Národný program bol už systémovým krokom, smerujúcim k vytvoreniu procesu postupného, koncepčného riešenia viacerých problémov života osôb so zdravotným postihnutím. Jeho cieľom bolo vytváranie rovnakých príležitostí a integrácia osôb so zdravotným postihnutím do života spoločnosti. Ani tento dokument však neriešil potrebu systémového zabezpečenia včasnej intervencie u detí, ohrozených poruchami psycho-motorického vývinu.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

V rokoch 2004 – 2007 sa Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR stala v rámci programu Leonardo da Vinci partnerom v medzinárodnom projekte „Early Children Intervention - Európsky prístup k vzdelávaniu profesionálov v rámci včasnej intervencie“. Projekt sa začal realizovať v októbri r. 2004, ukončený bol v októbri r. 2007. Zúčastnili sa na ňom partneri z 8-krajín Európy, hlavným koordinátorom bolo S.I.N.N - Sozial INnovatives Netz so sídlom v Grazi (Rakúsko). Koncom r. 2006 bolo k problematike včasnej intervencie vypracované „Curiculum odborného doškoľovania vo včasnej intervencii“. Pretože ide o veľmi hodnotný študijný materiál, ktorý v budúcnosti umožní získať pre príslušných odborníkov - absolventov certifikačného vzdelávania Európsky pas, Asociácia zabezpečila jeho preklad do slovenčiny a súčasne na 2 seminároch oboznámila s materiálom rôzne relevantné inštitúcie a svoje členské organizácie. Súčasťou materiálu je aj návod na interview pre posúdenie relevantnosti programu včasnej intervencie u detí. Tieto študijné materiály sa mali stať základom pre odborné vzdelávanie zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov v oblasti včasnej intervencie u detí a pre vypracovanie koncepcie siete zariadení pre komplexnú habilitáciu detí s rizikovým vývinom.

Vďaka celosvetovým a európskym požiadavkám, smerujúcim k podpore ochrany práv osôb so zdravotným postihnutím, sa neudržateľnosť existujúceho stavu a potreba zásadných zmien aj na Slovensku, premietli v r. 2009 do rozhodnutia predložiť na rokovanie Rady vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím koncepčný zámer nového programového dokumentu, pracovne nazvaného „Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života – II“. Koncepčný zámer aktualizácie Národného programu pripravila pracovná skupina na základe štruktúry Dohovoru, pričom zoskupila oblasti záujmu do väčších celkov s vnútornou štruktúrou a stanovila priority na jednotlivé časové obdobia v rámci týchto zoskupení. Zámer sa v tom čase ešte nezrealizoval, ale nová vláda sa v Programovom vyhlásení r. 2012 prihlásila k záväzku vytvoriť optimálne podmienky pre implementáciu Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, vrátane inštitucionálneho zabezpečenia procesu jeho implementácie a monitoringu a k záväzku v intenciách Dohovoru vypracovať aj nový Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 - 2020, ktorý bol neskôr dopracovaný a nakoniec Vládou SR prijatý v januári 2014. (5)

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Do Národného programu, v oblasti prevencie zdravotného postihnutia v dôsledku oneskoreného psychomotorického vývinu detí s vrodeným zdravotným postihnutím, boli zapracované nasledujúce spôsoby plnenia:

- dokončiť proces prípravy absentujúceho, legislatívou požadovaného štandardizovaného skríningového nástroja so slovenskými normami pre vyšetrenia psychomotorického vývinu detí pri 2.-11. preventívnej prehliadke,
- longitudinálne sledovať vybrané klinické skupiny detí s cieľom overiť reliabilitu a prediktívnu validitu pripravovanej metódy,
- pripraviť štandardy k postupu včasnej identifikácie vývinových odchýlok od fyziologickej normy, s cieľom zjednotiť a zefektívniť tento proces, a uľahčiť prístup rizikových detí k včasným preventívnym a liečebno-terapeutickým intervenciám,
- identifikovať oblasti účinných preventívnych zásahov na základe poznatkov, získaných po štatistickom preskúmaní vzťahov medzi rizikovými anamnestickými a sociodemografickými faktormi a aktuálnym vývinovým stavom detí, ktoré boli získané v celoslovenskom výskume z januára-marca 2013,
- aktualizovať, doplniť a podporovať študijný program sústavného vzdelávania pre lekárov vo forme e-learningu pod názvom "Vyšetrenia psychomotorického vývinu vo všeobecnej starostlivosti o deti a dorast",
- vytvoriť a vydať manuál v tlačenej podobe pripravovaných skríningov pre 2.-11.preventívnu prehliadku,
- zabezpečiť celý postup, vrátane získania práv na preklad a štandardizáciu najvýznamnejšej a najpoužívanejšej metódy v zdravotníctve na celkové funkčné vývinové vyšetrenie detí raného veku – Bayley škála-III, s cieľom získať celosvetovo používanú metodiku, umožňujúcu výsledky vyšetrení porovnávať s medzinárodnými štúdiami a doplniť klasifikáciu zdravotného stavu detí so zdravotným postihnutím o vyšetrenie funkčnosti a spôsobilosti, t.j. ako dieťa zodpovedá bežným požiadavkám na schopnosti, zručnosti, aktivity očakávané od vrstovníkov.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Aktuálna legislatíva

Základné východiská SR v oblasti ochrany práv dieťaťa sa čerpajú prioritne z ustanovení Dohovoru o právach dieťaťa a z jeho Opčných protokolov, reflektujúc tiež špecifické odporúčania Výboru OSN pre práva dieťaťa k druhej periodickej správe Slovenskej republiky o implementácii Dohovoru o právach dieťaťa. Vo februári 2012 podpísala Slovenská republika aj Opčný protokol k Dohovoru o právach dieťaťa o procedúre oznámení. Opčný protokol je prvou medzinárodnou zmluvou v oblasti ľudských práv, pri príprave ktorej Slovenská republika zohrala úlohu lídra procesu. Ústava SR garantuje osobitnú ochranu detí a mladistvých v čl. 41 ods. 1. Všetkých základných práv, ktoré sa priznávajú v článku 41 Ústavy SR, sa možno domáhať iba v medziach zákonov, ktoré toto ustanovenie vykonávajú (najmä zákon o rodine).

V rezorte školstva je možnosť prípravy profesionálov pre včasnú diagnostiku upravovaná nasledujúcimi právnymi normami:

- Vyhláška MŠ SR č. 43/1996 Z.z. o podrobnostiach o výchovnom poradenstve a o poradenských zariadeniach, v znení neskorších predpisov. Vyhláška je zameraná na výchovné a špeciálnopedagogické poradenstvo - systém pomoci deťom v prevencii problémového vývinu, vo výchove a vzdelávaní. Zahrňuje aj detské integračné centrá.

- Zákon č. 131/2002 Z.z. - Vysokoškolský zákon, v znení neskorších predpisov. Zákon určuje, že organizácia všetkých stupňov a foriem vysokoškolského štúdia je založená na kreditovom systéme, ktorý využíva zhromažďovanie a prenos kreditov a umožňuje hodnotiť študentovu záťaž spojenú s absolvovaním jednotiek študijného programu v súlade s pravidlami obsiahnutými v študijnom programe.

- Vyhláška MŠ SR č. 614/2002 Z.z. o kreditovom systéme štúdia v znení neskorších predpisov. Táto vyhláška určuje štruktúru informácie o možnostiach štúdia na vysokej škole, ustanovuje rámcové usmernenie na zavedenie a uplatňovanie kreditového systému štúdia a určuje údaje, ktoré musí obsahovať dodatok k diplomu.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- Zákon č. 386/1997 Z.z. o ďalšom vzdelávaní, v znení neskorších predpisov. Zákon upravuje formy vzdelávania ako súčasť celoživotného vzdelávania a určuje podmienky akreditácie vzdelávacej ustanovizne.

V rezorte zdravotníctva je včasná diagnostika a prevencia od 1. januára 2005 riešená nasledujúcimi zákonmi:

- Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v ktorom podľa § 2 ods. 1) zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu

- Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Podľa § 2 ods. 1) tohto zákona sa na základe verejného zdravotného poistenia plne uhrádzajú preventívne prehliadky, a to:

  a) deväť preventívnych prehliadok do jedného roka veku u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, z toho najmenej tri preventívne prehliadky do troch mesiacov veku,

  b) jedna preventívna prehliadka poistenca vo veku 18 mesiacov u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria,

  c) jedna preventívna prehliadka poistenca od troch rokov veku do 15 rokov veku raz za dva roky u lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria.

Rozsah zdravotných výkonov, ktoré sú súčasťou preventívnych prehliadok je uvedený v prílohe tohto zákona.

Je potrebné zdôrazniť, že preventívne prehliadky sú zamerané na sledovanie detí, vrátane anamnestických údajov, vyšetrenia celkového stavu, očkovanie, poradenstvo, orientačné vyšetrenie sluchu, zraku, ale nie sú zamerané na dlhodobé sledovanie a riešenie špecifických problémov, najmä u detí s vrodenými chybami. Pri podozrení na poruchu psychomotorického vývinu sú deti odosielané pediatrami k príslušnému odbornému lekárovi (neurológ, ortopéd, rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, psychológ, logopéd, iné špecifické vyšetrenie). Ďalší osud

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

dieťaťa však často závisí od kvalifikovanosti príslušných odborných lekárov, resp. iných profesionálov, ale najmä od rodinného prostredia a zodpovedného správania sa rodičov dieťaťa. Do systému zatiaľ nie je zapracované posudzovanie zdravotného stavu detí podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, verzia pre deti a mládež z r. 2007 (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF-CY), odporúčaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO). Chýba následná dlhodobá komplexná starostlivosť o deti a mládež so zdravotným postihnutím, dostupná vo všetkých regiónoch Slovenska.

Následná starostlivosť o deti s funkčnými poruchami, najmä centrálneho nervového systému, by mala byť zabezpečovaná koordinovanou spoluprácou profesionálov z rezortu zdravotníctva, školstva a sociálnych služieb. Zatiaľ chýba sieť príslušných centier, chýbajú štandardy včasnej starostlivosti a nie je legislatívne zabezpečená povinnosť takýchto pracovísk poskytovať nielen fyzioterapiu pohybového vývinu, ale aj terapiu pre rozvoj psychických funkcií dieťaťa v čo najrannejšom veku a to preventívno-liečebnou formou v rámci včasného komplexného sledovania psycho-motorického vývinu a nie až keď sa plne prejavia patologické vzorce správania.

Možnosti prípravy profesionálov pre prácu v oblasti včasnej intervencie

Pregraduálne vzdelávanie:

Pedagogické fakulty:

Katedra liečebnej pedagogiky (predmet: Včasná intervencia,)

Katedra logopédie

Lekárske fakulty - všeobecná príprava pediatrov, pričom pomerne málo pozornosti sa venuje špecializovanej príprave lekárov pre prácu s deťmi, ktoré sú rizikové, resp. u ktorých sa prejavujú známky poruchy psychomotorického vývinu.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Postgraduálne vzdelávanie:

Odborné semináre pre lekárov – pediatrov, na I. Detskej klinike DFNsP LFUK organizované pracoviskom Včasná diagnostika a terapia psychomotorického vývinu detí. Toto pracovisko už v r. 2003 vypracovalo a MZ SR predložilo návrh koncepcie včasnej starostlivosti o deti, s odporúčaním zaradiť do lekárskych výkonov štandardizovaný screening psychomotorického vývinu detí ako povinnú súčasť pravidelných prehliadok detí pre pediatrov v primárnej starostlivosti, ako aj pre pediatrov sekundárnej a následnej starostlivosti. Na to by mala nadväzovať sieť špecializovaných pracovísk, kde by boli deti odporúčané na ďalšiu komplexnú starostlivosť.

Vzdelávacie aktivity Rehabilitačného centra HARMONY, ako školiaceho pracoviska Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) - od r. 2003 ako príprava na nadstavbovú atestáciu pediatrov so zameraním na fyziatricko-balneologickú liečebnú rehabilitáciu.

Niektoré pracoviská, kde sa poskytuje včasná diagnostika a čiastočne aj včasná intervencia

Zdravotnícky rezort:

Perinatálne centrá, vrátane Ambulancií rizikového vývinu (od 0 rokov)
Obvodní detskí lekári, detskí lekári - špecialisti (neurológ, rehabilitačný lekár) – od 0 rokov
Detské sanatória a Detské centrá - rehabilitácia pohybových funkcií
Pracovisko Včasnej diagnostiky a terapie psychomotorického vývinu detí pri I. Detskej klinike DFNsP (sledovanie psychomotorického vývinu, diagnostika a vývinová stimulácia najmä psychických funkcií)
Rehabilitačné centrum HARMONY
Neštátne zdravotnícke zariadenie SZU - so špecifickým zameraním na deti, ale tiež na dospelých ľudí s Downovým syndrómom

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Školský rezort:

Špeciálne materské školy (od 3 rokov)

Detské integračné centrá (od 0 rokov)

Pedagogicko - psychologické poradne, špeciálno-pedagogické poradne (od 3 rokov)

Rezort Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny:

Detské domovy, vrátane dojčenských ústavov (od 0 rokov) – v súčasnosti transformované, s uprednostňovaním pestúnskej a profesionálnej starostlivosti v rodinách

Domovy sociálnych služieb

Problém zabezpečenia systému včasnej intervencie by sa mal urýchlene riešiť, pretože, ako ukazujú štatistiky, podiel detí, ktoré prichádzajú na svet s nejakou vrodenou chybou, žiaľ narastá a čím skôr sú tieto deti podchytené a venuje sa im potrebná odborná pomoc, tým je väčšia pravdepodobnosť, že ich vývin bude usmernený k pomernej samostatnosti, prípadne budú schopné plne a začleniť do zdravej populácie. Ako uvádza aj Správa o zdravotnom stave obyvateľov hlavného mesta Bratislavy v r. 2012, podiel detí s vrodenými chybami sa v r. 2012 zvýšil na 2,28% oproti r. 2011, kedy predstavoval 1,87% (pozri tab.). Súčasne si treba uvedomiť, že celoslovenské údaje hovoria o ešte vyššom náraste, z 2,5% v r. 2011 na 3,36% v r. 2012.

Tab.: Živonarodené deti s vrodenou chybou (VCH) matkám s trvalým pobytom v Bratislave

Rok	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Chlapci	48	36	44	64	57	73
Dievčatá	34	29	26	34	43	45
Spolu BA	***83**	***66**	**70**	**98**	**100**	**116****
Živonarodené deti spolu v BA (bez ohľadu na VCH)	4 317	4 688	5 052	5 163	5 356	5088
Podiel zo všetkých živonarodených (%)	1,92	1,41	1,39	1,90	1,87	**2,28**
Živonarodené deti spolu v SR (bez ohľadu na VCH)				60 410	60 813	55 535
Spolu VCH - SR	1 322	1 309	1 484	1 521	1 532	**1 870**
Podiel zo všetkých živonarodených (%)				2,5	2,5	**3,36**

* vrátane 1 neurčeného pohlavia dieťaťa

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií v Bratislave

Ako vyplýva z uvedenej tabuľky, v porovnaní s celým Slovenskom sa v Bratislave percentuálne rodí menej detí s vrodenou chybou. Z toho vyplýva požiadavka venovať zabezpečovaniu včasnej intervencie vyššiu pozornosť práve v mimobratislavských regiónoch. Tieto čísla sa týkajú iba novorodených detí, ale včasná diagnostika a intervencia sa týka všetkých, teda aj starších detí, u ktorých sa následkom úrazov, alebo rozvinutia nejakej poruchy, či choroby objaví nebezpečenstvo vzniku zdravotného postihnutia až v neskoršom veku. Samozrejme, aj tu platí, že čím skôr sa im poskytne komplexná starostlivosť, vrátane príslušných kompenzácií a úprav prostredia, tým väčší je predpoklad dosiahnutia zlepšenia celkového zdravotného stavu, funkčných schopností a možnosti plnej participácie na živote spoločnosti

Je všeobecne známe, že včasná diagnostika a včasná intervencia u detí s poruchami psychomotorického vývinu je problematika veľmi zložitá a multidisciplinárna a hoci dnes ešte u nás nemožno hovoriť o jej systémovom zabezpečovaní, určite sa už aj v rámci pripravovanej Celoštátnej stratégie ochrany a podpory ľudských práv vytvárajú podmienky pre akceptáciu aj tejto potreby detí so zdravotným postihnutím.

Literatúra:

DOHOVOR O PRÁVACH OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM, Dokument OSN z r. 2006, Bratislava, slov. – angl. verzia, AOZPO SR, 2008.

DOKUMENT WHO: Internationale Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) z r. 2001, (slov. preklad, AOZPO SR, Bratislava 2003, ISBN 80-968689-1-8).

DOKUMENT WHO: Internationale Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version (ICF-CY) z r. 2007,

ORGONÁŠOVÁ M.: Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Vymedzenie pojmov a všeobecné ásady, nezávislý spôsob života (In.: Zborník prednášok zo školení k dokumentu OSN Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, AOZPO SR, Bratislava, 2010, 41 s., ISBN 978-80-970459-0-*6).*

http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23180

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Kontaktné údaje:

MuDr. Mária Orgonášová, CSc.

Čestná prezidentka Asociácie organizácií zdravotne postihnutých občanov SR,

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave – externý učiteľ

Adresa: Ušiakova 16, 841 01 Bratislava,

E-mail: maria.orgonasova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

INTERDISCIPLINÁRNA TERÉNNA PODPORA VČASNEJ INTERVENCIE A SPREVÁDZANIE RODÍN -„ VIEDENSKÝ MODEL"

Bettina Lukesch

ABSTRAKT

Včasná intervencia vo Viedni - legislatívny rámec - ponuka včasnej intervencie pre rodiny vo Viedni - organizačné zabezpečenie - opatrenia pre zabezpečenie kvality včasnej intervencie - prehľad možností včasnej intervencie vo Viedni - možnosti do budúcnosti.

Viedenské sociálne služby poskytujú viac než 65 rokov sociálne služby pre občanov Viedne a prispievajú tak k vysokej kvalite životnej úrovne vo Viedni . K širokej ponuke patrí zariadenia opatery, starostlivosti a terapie pre staré, choré, postihnuté, sociálne slabo zabezpečené a sociálne ohrozené osoby a ich rodiny. Nasledujúce služby ponúka organizácia viedenské sociálne služby a jej dve dcérske spoločnosti so svojimi viac než 1400 pracovníkmi v spolupráci s mestom Viedeň:

Obr.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

V organizácii **Viedenské sociálne služby - podpora & sprevádzanie, s.r.o .** nájdu postihnuté deti, mladí ľudia aj dospelí individuálne ponuky na opateru a integráciu.

Ponúkame **dospelým osobám s postihnutím a alebo psychickým ochorením, alebo ich kombináciou** rozsiahle ponuky v oblasti bývania a zamestnanosti s ťažiskom na kreatívne riešenia.

Ďalšia špeciálna ponuka služieb je v oblasti podpory a rozvoja detí ako aj v podpore a poradenskej činnosti pre rodiny s deťmi:

 V základných skupinách podpory a rozvoja ponúkame pre viacnásobne postihnutého, pre dieťa a mladistvého vo veku povinnej školskej dochádzky možnosť individuálneho prístupu pri učení podľa celostného konceptu zameraného na individuálne potreby jednotlivca.

 Centrá pre podporu vývinu sú ambulantné zariadenia pre deti vo veku od 0 do 10 rokov a ich rodiny s ponukou medicínsky-terapeutických, poradenských a liečebno-pedagogických služieb. Po komplexnej diagnostike ponúkame sprevádzajúcu poradenskú a liečebno-pedagogickú činnosť. Zaoberáme sa predovšetkým otázkami a problémami súvisiacimi s fyzickým, psychickým a kognitívnym vývojom dieťaťa. Ďalšia ponuka je určená pre rodiny s deťmi až do 3. roka života – poradenstvo v našej ambulancii pre poruchy príjmu potravy, plaču a spánku.

 Terénna forma podpory včasnej intervencie je pedagogická služba pre deti s oneskoreným vývinom, s rizikom vývinu poruchy a postihnuté malé deti a ich rodiny. Zahŕňa podporu vývinu dieťaťa na báze jeho individuálneho vývinového konceptu ako aj poradenskú činnosť a sprevádzanie rodiny pri konfrontácii s narušeným vývinom ich dieťaťa. Za týmto účelom prichádzame do reálneho sveta rodiny, teda k nim domov.

Na tomto mieste sa chcem veľmi srdečne poďakovať za pozvanie a možnosť v rámci tohoto podujatia predstaviť „Viedenský model interdisciplinárnej terénnej podpory včasnej intervencie a sprevádzania rodín". Bola som požiadaná poskytnúť krátky prehľad o legislatívnych podmienkach včasnej intervencie vo Viedni, popísať naše konkrétne ponuky pre rodiny vo Viedni, informovať o našej pracovnej činnosti a našich opatreniach k zabezpečeniu kvality, porozprávať o našich aktuálnych výzvach a cieľoch do budúcnosti.

V našej práci sme zaviazaní držať sa nasledovných dohovorov a zákonov:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- Dohovor OSN o ľudských právach

Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

Dohovor OSN o právach dieťaťa

Viedenský zákon o rovnosti šancí, § 7. Včasná intervencia zahŕňa služby k podpore vývoja a k sprevádzaniu detí s oneskoreným vývinom alebo postihnutiami. Služba zahŕňa tiež podporu a sprevádzanie rodín. Podpora môže byť poskytovaná od narodenia až po nástup povinnej školskej dochádzky. (http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s0100000.htm)

Smernice Sociálneho fondu mesta Viedeň FSW pre poskytovanie včasnej intervencie (www.fsw.at)

Viedenský zákon o rovnosti šancí uznáva význam celého systému pre podporu vývinu malého dieťaťa na, tým že zákonom stanovenú službu stavia na dvoch pilieroch kladie: individuálne podpora rozvoja dieťaťa a podpory sprievádzania jeho rodiny. Čo už priekopníci terénnej včasnej intervencie pred 20 rokmi zdôrazňovali, našlo uplatnenie v terajšom zákone – včasná intervencia sa nemá venovať len dieťaťu, ale má byť oveľa viac zameraná na dieťa v rodine a rodinu v spoločnosti. Ak chceme dosiahnuť sa stálosť, je to potrebné, pedagogické ponuky včasnej intervencie pre dieťa a ponuky sprevádzania rodiny dať do takej podoby, aby mohli byť deťmi a ich rodinami prijaté. Včasná intervencia, ako je popísané v paragrafe 7, patrí ako niekoľko iných v zákone menovaných služieb k tzv. „dobrovoľným službám" mesta Viedne, ktoré nie sú právne nárokovateľné. My v tom vidíme napriek tomu jasné sociálne a spoločensko-politické vyznanie k trvalej a účinnej ponuke, ktorá sa v posledných oboch desaťročiach stala trvalou súčasťou sociálnych služieb v kraji Viedeň..

Ponuka je financovaná z prostriedkov mesta Viedne, ktoré sú spravované v Sociálnom fonde mesta Viedeň. Sociálny fond mesta Viedeň nám aj iným poskytovateľom dáva v súlade s právnymi predpismi včasnej intervencie poverenie poskytovať terénnu včasnú intervenciu pre rodiny vo Viedni.

Naša ponuka je **ľahko prístupná a nebyrokratická.** Služby sú **bezplatné** a sú poskytované rodinám,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ktoré majú trvalé bydlisko vo Viedni,

ich dieťa má menej ako 6 rokov,

ich dieťa ešte nenavštevuje materskú školu,

ich dieťa nepoberá službu včasnej intervencie v inom centre.

Rodiny nemusia podať žiadnu žiadosť na mesto Viedeň a môžu sa priamo obrátiť na ktorékoľvek centrum včasnej intervencie.

Cesta rodiny k službe včasnej intervencie môže byť podporovaná prostredníctvom:

- nemocnice

ambulancie, odborníkov diagnostiky vývinu, centier podpory vývinu

ústnym odporúčaním

úrady a inštitúcie, ktoré pracujú s deťmi a mládežou

zdravotné sestry v terénnych službách

lekári a terapeuti

ambulancie špeciálnych pedagógov

iné centrá podpory vývinu.

V rámci našej osvetovej práce pre verejnosť pravidelne informujeme vyššie uvedené ambulancie a odborníkov o našej činnosti a o voľných miestach na intervenciu pre deti a rodiny. U veľkej časti detí, ktoré do našich centier včasnej intervencie prichádzajú, bolo už predtým zistené či oneskorenie vývinu alebo postihnutie. Ojedinele sa objavujú aj rodiny , ktorých deti napríklad na základe predčasného pôrodu majú zvýšené riziko odchýlok vo vývine a čakajú na vývinovú diagnostiku. Ak vidíme na základe našich pedagogických skúseností oneskorený vývin a dokážeme z odborného hľadiska odôvodniť, začíname s terénnou včasnou intervenciou vo výnimočných prípadoch po dohovore s rodičmi a financovateľom služby aj bez predchádzajúcej zdravotníckej či terapeutickej diagnostiky. V týchto prípadoch máme paralelne k našim ponukám služieb aj hlavnú úlohu, podporiť rodičov pri hľadaní a využití siete iných

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

sociálnych, zdravotníckych a terapeutických zariadení. Ale aj počas procesu využívania terénnej včasnej intervencie, spolupracujeme na základe ústnej dohody s rodičmi s týmito zariadeniami. V tejto súvislosti pokladám za podstatné podotknúť, že síce potrebujeme zdravotnícko-terapeutický podklad pre štart našej pedagogickej podpory, ale nepracujeme pod lekárskym vedením. Vozíky Terénne pracovníčky včasnej intervencie pracujú pod pedagogickým vedením, ktoré nesie konečnú zodpovednosť za obsahovú ponuku aj za realizáciu programu intervencie.

Rodičia alebo zákonní zástupcovia sú pre nás dôležití kooperační partneri. Ich očakávania a naše konkrétne ponuky sú zosúladené pri prvom rozhovore.

Naše ponuky sú nasledovné:

individuálna podpora dieťaťa doma: pracovníčka intervencie príde raz týždenne na jeden a pol hodiny do rodiny

poradenská činnosť vo výchovných otázkach, sprevádzanie a podpora z rodičov a súrodencov, pomoc a podnety k zvládaniu a prekonávaniu každodenných činností

poradenská činnosť a podpora pri príprave na pobyt v materskej škole alebo nástup povinnej školskej dochádzky

odborné poradenstvo sociálnej pracovníčky

stretnutia pre deti a rodičov pri spoločných hrách raz mesačne

požičiavanie hračiek a materiálu na intervenciu

knižnica pre rodičov, odborníkov a študentov

Terénna včasná intervencia skončí spravidla potom, keď je dosiahnutý cieľ podpory alebo dieťa začne navštevovať materská školu alebo základnú školu. Ak dieťa nastúpi do takejto inštitúcie, ďalšiu pedagogickú podporu preberá táto inštitúcia a my ukončíme našu intervenciu po jednej krátkej preklenovacej dobe.

V Rakúsku je odnedávna povinnosť navštevovať materskú školu jeden rok. Všetky deti sú, odhliadnuc od niekoľkých výnimiek, povinné navštevovať materskú školu alebo byť zaradený do skupiny rovesníkov minimálne jeden rok pred nástupom povinnej školskej dochádzky.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Dochádzka do materskej školy musí byť v rozmedzí aspoň 20 hodín za týždeň a na najmenej 4 dni v týždni. Z povinnej predškolskej dochádzky sú vyňaté napríklad deti, ktoré na základe postihnutia zo zdravotných dôvodov alebo potreby špeciálnej pedagogickej starostlivosti návštevy nie sú schopné predškolské zariadenie navštevovať. (http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesellschaft-soziales/magelf/bewilligungsverfahren/kindergartenjahr.html)

Pre praktickú realizáciu včasnej intervencie to znamená, že sprevádzame jednotlivé deti, ktoré nenájdu žiadne miesto v materskej škole, až po nástup školskej dochádzky do triedy so základnou podporou. Znamená aj, že deti s postihnutím počas niekoľkomesačnej adaptačnej doby strávia v škôlke len 1 až 2 hodiny denne, ale ich rodičia nemajú istotu, či si miesto v škôlke udržia. Po dohode s platcom služby včasnej intervencie je výnimočne možné, aby rodiny počas tejto adaptačnej doby ďalej dostávali službu včasnej intervencie. Rodičia nás často informujú o tom, aké náročné je toto obdobie pre celú rodinu. Z pohľadu rodičov objavuje totiž neustále otázka , či a nakoľko schopné bude ich dieťa v materskej škole. Na tomto mieste si dovolím kritickú otázku: Sú to deti, ktoré majú byť vhodné do systému, alebo je to skôr tak, že sa systém musí prispôsobiť špecifickým potrebách detí? Predovšetkým vtedy, keď ide o potrebu špeciálnej pedagogický stimulácie a dieťa je preto vyňaté z povinnosti navštevovať predškolské vzdelávacie zariadenie.

Po tomto odbočení sa vráťme späť k terénnej včasnej intervencii a k niekoľkým číslam a údajom, ktoré znázornia našu činnosť:

Údaje o rodinách zapojených v roku 2012:

prvé telefonické kontakty

prvé rozhovory v centrách včasnej intervencie

6 - 9 týždňov priemerná čakacia doba na zaradenie do intervencie

138 novoprijatí do intervencie

25% detí 0- 1a Rozdelenie podľa pohlavia:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

56% deti 1- 3a 40% dievčatá

20% deti 3- 5a 60% chlapci

 310 rodín v prebiehajúcej intervencii

13,8 mesiacov priemerná doba intervencie

Spomedzi 310 rodín využíva 156 rodín (teda 50,32% celkového počtu) poradenská činnosť od sociálnych pracovníkov v nasledovných oblastiach:

 finančná pomoc a podpora pre rodiny

·služby pre ľudí s postihnutím

integrácia

zdravie

bývanie

poradenská činnosť v životných krízach

bývanie

práca

poradenstvo pre cudzincov v právnych záležitostiach

U 141 rodín bola intervencia ukončená. Dôvody boli nasledovné:

58% nástup do materskej školy

19% cieľ intervencie bol dosiahnutý pred nástupom do materskej školy

7% naviazanie sa na iné poskytované služby

8% presťahovanie rodiny

4% ukončenie zo strany rodičov

2% ukončenie zo strany pracovníčky intervencie

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

2% smrť dieťaťa

Zásady a ciele

terénnej včasnej intervencie podľa „ viedenský model"

Moja kolegyňa a predchodkyňa v oblasti riadenia včasnej intervencie, pani Silvia Turinsky, mala v roku 2011 pri príležitostí výročia včasnej intervencie prednášku s názvom **„ 20 rokov terénnej včasnej intervencie – pôsobenie a zmysel práce v rodinách s postihnutým dieťaťom**", v ktorej za všetkých pracovníkov trefne popísala terénnu včasnú intervenciu:

Vychádzajúc z toho, že vývin a učenie v ranom detskom veku sú možné na základe vytvorenia nosného, odstúpila včasná intervencia v priebehu svojho vývoja od lineárno-príčinných myšlienkových modelov a nasmerovala sa k systemicky orientovaným a psychodynamickým koncepciám. Viedenský model „ interdisciplinárnej terénnej včasnej intervencie a sprevádzania rodiny" začína presne tam, kde ide o vytvorenie okolia vhodného pre podporu vývinu. Zameria sa na východiskovú situáciu dieťaťa a na životnú situáciu rodičov. Základom je teoretický model, ktorý vidí dieťa ako aktéra svojho vývinu, avšak nestráca aspekt vzťahu. Úloha pracovníkov intervencie je rozpoznať prekážky vo vývine a pracovať na ich zmenách, kompenzácii, možno aj odstránení. Spoločne s dieťaťom aj s rodičmi, ktorým môže byť pracovníčka nápomocná, aby sa dokázali vrátiť k svojim vlastným rodičovským kompetenciám. (abstrakt z prednášky, 2011)

Ciele terénnej včasnej intervencie môžu byť popísané heslami:

integrácia a inklúzia

zrovnoprávnenie a spoluúčasť

autonómia a kompetencia konať

ochrana detí

zvýšenie kvality života

Princípy, ktoré sú základmi nášho úsilia o dosiahnutie cieľov:

dobrovoľnosť

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

jednota a viac perspektív

orientácia na zdroje

interdisciplinárnosť

transparentnosť

rešpekt voči individuálnym hodnotám

orientácia na rodinu

Zabezpečenie kvality terénnej včasnej intervencie vo „Viedenské sociálne služby, podpora a sprevádzanie“, s.r.o .

Keď hovorím o zabezpečení kvality, mám na mysli úrovne výsledku, štruktúry a procesu, ktoré sú podrobne popísané v internej príručke zabezpečenia kvality. Príručka je nielen podkladom pre našu prácu, ale usmerňuje konanie pracovníčok včasnej intervencie v jednotlivých prípadoch. Detailne predstaviť tento koncept by prekročilo rámec mojej prezentácie. Preto vymenujem niekoľko dôležitých pilierov a začnem tým, ako menované ciele a zásady presadzujeme v konkrétnej praxi a ako zabezpečujeme výsledky.

Koncepcia individuálnej starostlivosti a dokumentácia:

Každá pracovníčka včasnej intervencie spracuje pre každú rodinu individuálnu koncepciu starostlivosti. Na základe pedagogickej anamnézy popíše hypotézy, ktoré sú základom pre ciele a metódy v starostlivosti –tvoria priebeh intervencie. Táto koncepcia je priebežne kontrolovaná a prehodnocovaná a v prípade potreby nanovo prepracovaná. Metódy a postupy majú byť práve tak transparentné ako ciele, ktoré sú spoločne s rodičmi vytvárané a prejednávané. Zmeny vo vzťahu k dieťaťu a rodine sú zaznamenané v dokumentácii. Význam zmien pre dieťa v rodine je zaznamenaný v rámci kvalitatívne popisnej evaluácie efektivity. Náhľad rodičov v tejto forme evaluácie hrá rovnako dôležitú úlohu ako odborný názor pracovníčky intervencie. Popisovať účinnosť včasnej intervencie bez účasti rodičov, by bolo z môjho pohľadu zanedbávanie hore popísaných zásad a cieľov.

Interdisciplinárny prístup k jednotlivým prípadom a začlenenie pedagogického vedenia do riadenia prípadu:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Týždenne sa stretáva vždy 4 až 5 pracovníčok intervencie na trojhodinovom, interdisciplinárnom pracovnom stretnutí k jednotlivým prípadom. K tímu patrí ešte jedna sociálna pracovníčka, psychoterapeutka a lekár alebo lekárka. Na podporu prípad prezentujúcej pracovníčky reflektujú procesy intervencie ostatní členovia v kolegiálnom a v poradnom duchu a pripájajú rôzne odborné náhľady. Tieto prípadové stretnutia prinášajú pracovníčke značné množstvo reflexie, hodnotenia a smerovanie jej pedagogickej a poradenskej činnosti. Pedagogické vedenie organizácie je priebežne informované o výsledkoch v jednotlivých prípadoch alebo je zaangažované len v prípade potreby, ak ide o rozhodnutia, ktorých obsah musí pre pracovníčku zaistiť vedenie.

Oddelenie sociálnych pracovníkov:

Sociálne pracovníčky poskytujú pedagogickým pracovníčkam včasnej intervencie poradenstvo vo všetkých sociálno-právnej otázkach. Na želanie rodiny dieťaťa vykonávajú konkrétnu činnosť. Uvedené čísla ukazujú, že asi polovica rodín využila ponuku tejto konkrétnej služby. Ak stojíme pred otázkou, či je dieťa v rodine ohrozené, tak sociálne pracovníčky podporujú poradu k prípadu, podporujú a radia prípad prezentujúcej pracovníčke intervencie. V jednotlivých bodoch kooperácie s úradom pre mládež a rodinu majú nepopierateľnú úlohu .

Ďalší odborný rozvoj pracovníkov:

Povinná supervízia a priebežné odborné vzdelávanie patria práve tak ústredným nástrojom zabezpečenie kvality ako aj interné pracovné skupiny k relevantnému obsahovým otázkam a k ďalšiemu rozvíjaniu podľa obsahového konceptu.

Odborná kvalifikácia pracovníčok terénnej včasnej intervencie:

Všetky pracovníčky včasnej intervencie disponujú odbornou kvalifikáciou - odborným vzdelaním v oblasti pedagogiky so zameraním na malé deti alebo liečebnej pedagogiky. Okrem toho absolvujú šesťsemestrálne univerzitné štúdium „terénnej včasnej intervencie a sprevádzania rodiny" prípadne iné porovnateľné vzdelávanie.

Prax univerzity pre študijný odbor terénnej včasnej intervencie a sprevádzania rodiny:

Odbornú prax počas univerzitného štúdia (www.univie.ac.at/fruehfoerderung) poskytujeme v trvaní 1,5 roka. Počas tejto praxe uzavrieme so študentom dohodu o vzdelávaní, v ktorej sa

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

zaviažu, prevziať dve prebiehajúce intervencie v rodinách a zároveň dostanú ako oporu skúsenú kolegyňu.

Vyhliadky do budúcnosti

Dívame sa späť na viac ako 20 úspešných rokov terénnej včasnej intervencie a sme pokladaní za uznávaných expertov. Napriek tomu a práve preto sa musíme neustále venovať aktuálnym relevantným otázkam:

Máme dočinenia s meniacou sa cieľovou skupinou dočinenia a má náš tím potrebné know - how?

Ako sa dajú posilniť rodičovské kompetencie u rodičov s psychickými ochoreniami, s postihnutím, či závislosťami? Ako môžeme ich deti spoločne s rodičmi podporovať vo vývine a sprevádzať?

Kde presne prispieva včasná intervencia k inklúzii a v čom sa musíme ešte zdokonaliť?

Disponujeme dostatočnými interkulturálnymi schopnosťami a vedomosťami o rodinách, aby sme ich mohli v individuálnom životnom prostredí čo najlepšie podporiť?

Ako môžeme reagovať na ďalšie očakávané znižovanie finančných zdrojov a zároveň udržať obsahovú kvalitu pre ktorú rodiny?

Sme schopní naše ponuky aj v budúcnosti dostatočne pokryť?

Ako súčasť **Viedenské sociálne služby - podpora & sprevádzanie s.r.o .** sme na ceste kvality a spolu s inými poskytovateľmi sociálnych služieb sme pokladaní za **spoľahlivého partnera mesta Viedne.** To sa ukazuje v neposlednom rade v tom, že v najnovšej spolupráci s mestom Viedne sa podaril míľnik v starostlivosti o deti a mládež:

Na základe doporučenia **European Academy of Childhood Disability (EACD**) sa uznieslo meste Viedeň v roku 2012 na výstavbe ambulantných centier pre včasnú intervenciu. Viedenské sociálne služby - podpora & sprevádzanie s.r.o ., ktoré doposiaľ prevádzkovalo takéto centrum, bolo pod vedením pani Gisely Kersting- Kristof, MBA, poverené výstavbou

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

1.700 terapeutických miest. Dve nové centrá boli v roku 2013 uvedené do prevádzky, ďalšie zariadenie bude otvorené v roku 2014.

Ponuka starostlivosti má byť v budúcnosti k dispozícii nielen deťom do šesť rokov ale do 10 rokov. Okrem toho bude vo všetkých štyroch centrách realizovaný **Viedenský program detského rizika** (http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/sozialbericht-2012.pdf).

Dovoľte mi, ukončiť svoj príspevok oznámením o každoročnom stretnutí EACD, o postihnutí detí, ktoré sa bude konať v júli 2014 vo Viedni. Môj kolega, lekár, vedúci jedného nášho centra pre včasnú intervenciu, Prim. Dr. Fridrich Brandstetter, je zodpovedný organizáciu najbližšej EACD konferencie, ktorá bude realizovaná v úzkej kooperácii Viedenské sociálne služby - podpora & sprevádzanie s.r.o.

Ďakujem za pozvanie, Váš záujemu a Vašu pozornosť!

Mag.a Bettina Lukesch, MSc

Kontaktné údaje:

Mag.a Bettina Lukesch, MSc

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Bereichsleiterin

Wiener Sozialdienste

Förderung & Begleitung GmbH

Mobile Frühförderung

1200 Wien | Dresdner Straße 47

Firmensitz: 1150 Wien | Camillo-Sitte-Gasse 6

Tel. +43 [1] 981 21 DW 3710

E-mail: bettina.lukesch@wiso.or.at

www.wienersozialdienste.at

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

INTERDISZIPLINÄRE MOBILE FRÜHFÖRDERUNG UND FAMILIENBEGLEITUNG „DAS WIENER MODELL“

Bettina Lukesch

Die **Wiener Sozialdienste** erbringen seit mehr als 65 Jahren soziale Dienstleistungen für die Menschen in Wien und tragen so zur hohen Lebensqualität in unserer Stadt bei. Zu dem breit gefächerten Angebot gehören Pflege-, Betreuungs- und Therapieeinrichtungen für alte, kranke, behinderte, sozial schwache und sozial gefährdete Personen und ihre Familien. Folgende Dienstleistungen bieten der Verein und seine zwei Tochtergesellschaften mit ihren mehr als 1.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Zusammenarbeit mit der Stadt Wien an:

In der **Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH** finden behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene individuelle Angebote zur Betreuung und Integration.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Wir bieten **erwachsenen Personen mit Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen** umfangreiche Angebote im Bereich Wohnen und Beschäftigung mit Schwerpunkt auf kreatives Gestalten.

Ein weiteres Spezialgebiet liegt in der Förderung von Kindern sowie in der Unterstützung und Beratung ihrer Familien:

In den **Basalen Förderklassen** bieten wir mehrfach behinderten, pflegeabhängigen Kindern und Jugendlichen innerhalb des Regelschulsystems individuelles Lernen nach einem ganzheitlichen, bedürfnisorientierten Unterrichtskonzept.

Die **Zentren für Entwicklungsförderung** sind ambulante Einrichtungen für Kinder von 0-10 Jahren und deren Familien mit medizinisch-therapeutischen, beratenden und heilpädagogischen Angeboten. Nach einer umfassenden Diagnostik bieten wir begleitende Beratung und Therapien an. Wir beschäftigen uns vor allem mit Fragen und Problemen, die die physische, psychische und kognitive Entwicklung des Kindes. Als weiteres Angebot können Familien mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr das Beratungsangebot unserer Ambulanz für Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen nutzen.

Die **Mobile Frühförderung** ist ein pädagogisches Angebot für entwicklungsverzögerte, entwicklungsgefährdete und behinderte Kleinkinder und ihre Familien. Es umfasst Entwicklungsförderung des Kindes auf Basis eines individuellen Förderkonzeptes sowie Beratung und Begleitung der Familie bei der Auseinandersetzung mit der Entwicklungsbeeinträchtigung ihres Kindes. Dafür kommen wir in die konkrete Lebenswelt der Familien, also zu ihnen nach Hause.

An dieser Stelle bedanke ich mich sehr herzlich für die Einladung, im Rahmen dieser Veranstaltung das Angebot der Mobilen Frühförderung nach dem „Wiener Modell der Interdisziplinären Mobilen Frühförderung und Familienbegleitung“ vorzustellen. Ich wurde ersucht, kurz auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Wien einzugehen, unser konkretes Angebot für die Familien in Wien zu beschreiben, Einblick zu geben in unsere Arbeitsweise und in unsere Maßnahmen zur Qualitätssicherung, von unseren aktuellen Herausforderungen zu erzählen und einen Ausblick in die Zukunft zu geben.

In unserer Arbeit sind wir folgenden Abkommen und gesetzlichen Grundlagen verpflichtet:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

UN-Menschenrechtskonvention

UN- Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

UN-Kinderrechtskonvention

Wiener Chancengleichheitsgesetz

§ 7. Frühförderung umfasst Leistungen zur Förderung der Entwicklung und zur Begleitung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen. Die Leistung umfasst auch die Unterstützung und Begleitung ihrer Familien. Eine Förderung kann von der Geburt bis zum Schuleintritt gewährt werden.

(http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s0100000.htm)

Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien - FSW (www.fsw.at)

Das Wiener Chancengleichheitsgesetz erkennt die Bedeutung des gesamten Familiensystems für die Förderung des jungen Kindes an, indem es die gesetzlich geregelte Leistung auf zwei Säulen stellt: die individuelle Förderung des Kindes und die Unterstützung und Begleitung ihrer Familien. Was den Pionieren und Pionierinnen der Mobilen Frühförderung von Anfang an – und der liegt mittlerweile mehr als 20 Jahre zurück – ein Anliegen war, findet in diesem Gesetz seinen Niederschlag: Frühförderung hat sich nicht allein an das Kind zu wenden, sondern hat vielmehr das Kind in der Familie und die Familie in der Gesellschaft wahrzunehmen. Will man Nachhaltigkeit erzielen, ist es notwendig, die pädagogischen Angebote für das Kind und die Angebote der Familienbegleitung so zu gestalten, dass sie von den Kindern *und* deren Familien *angenommen* werden können. Die Mobile Frühförderung, wie sie im Paragraph 7 beschrieben ist, zählt wie einige andere im Gesetz geregelten Leistungen zu den sogenannten „freiwilligen Leistungen“ der Stadt Wien, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Wir sehen darin dennoch ein klares sozial- und gesellschaftspolitisches Bekenntnis zu einem nachhaltig wirksamen Angebot, das sich in den letzten beiden Jahrzehnten zu einem fixen Bestandteil der sozialen Landschaft in Wien entwickelt hat.

Finanziert wird dieses Angebot aus Mitteln der Stadt Wien, die im Fonds Soziales Wien verwaltet werden. Der Fonds Soziales Wien beauftragt uns und andere Anbieter entlang seiner Förderrichtlinien, das Angebot der Mobilen Frühförderung für die Familien in Wien zu erbringen.

Der Zugang zu unseren Angeboten ist **niederschwellig und unbürokratisch**. Sie sind **kostenlos** und richten sich an Familien,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

die ihren Hauptwohnsitz in Wien haben,
deren Kind nicht älter als 6 Jahre ist,
noch keinen Kindergarten besucht
und keine Frühförderung einer anderen Frühförderstelle erhält.

Die Familien benötigen keine Antragstellung beim Fördergeber und können sich direkt an der Frühförderstelle zu einem Erstgespräch anmelden.

Der Weg der Familien zur Mobilen Frühförderung erfolgt über:

Spitäler
Ambulatorien, Entwicklungsdiagnostiken, Zentren für Entwicklungsförderung
Mundpropaganda
Amt für Jugend und Familie
Mobile Kinderkrankenschwestern
Niedergelassene Ärztinnen / Therapeutinnen
Sonderpädagogische Ambulanzen
andere Frühförderstellen

Im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit informieren wir die oben genannten empfehlenden Stellen regelmäßig über unsere Tätigkeit und über frei werdende Plätze. Bei einem Großteil der Kinder, die zu uns an die Frühförderstelle kommen, wurde im Vorfeld bereits eine Entwicklungsverzögerung oder eine Behinderung festgestellt. Vereinzelt lernen wir aber auch Familien kennen, deren Kinder zum Beispiel aufgrund einer Frühgeburt ein erhöhtes Entwicklungsrisiko haben oder die auf eine Entwicklungsdiagnostik warten. Sehen wir aus unserer pädagogischen Erfahrung heraus eine Entwicklungsverzögerung und können diese fachlich begründen, starten wir in Ausnahmefällen und gegebenenfalls in Rücksprache mit dem Fördergeber auch ohne vorangegangene medizinisch-therapeutische Diagnostik mit Mobiler Frühförderung. In diesen Fällen haben wir parallel zu unseren Kernangeboten die vorrangige Aufgabe, die Eltern bei der Vernetzung mit anderen sozialen, medizinischen und therapeutischen Einrichtungen zu unterstützen. Aber auch während eine Familie Mobile Frühförderung in Anspruch nimmt, arbeiten wir in Absprache mit den Eltern mit diesen Einrichtungen zusammen. In diesem Zusammenhang erscheint es mir wesentlich zu erwähnen, dass wir zwar eine medizinisch-therapeutische Grundlage für den Start unserer pädagogischen

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Förderung benötigen, wir aber nicht unter ärztlicher Leitung arbeiten. Die Mobilen Frühförderinnen arbeiten unter pädagogischer Leitung, die die Letztverantwortung für das inhaltliche Angebot trägt und für die Umsetzung der Förderrichtlinien verantwortlich zeichnet.

Die Eltern oder andere erziehungsberechtigte Personen sind für uns wichtige KooperationspartnerInnen. Deren Erwartungen und unsere konkreten Angebote werden beim Erstgespräch aufeinander abgestimmt. Diese sind:

Individuelle Förderung des Kindes zu Hause: Die Frühförderin kommt einmal in der Woche für eineinhalb Stunden in die Familie
Beratung in Erziehungsfragen, Begleitung und Unterstützung von Eltern und Geschwistern, Hilfe und Anregungen zur Alltagsbewältigung
Beratung und Unterstützung bei der Anbahnung von Kindergarten- oder Schulbesuch
Fachliche Beratung durch eine Dipl.-Sozialarbeiterin
Monatliche Spielkreise für Kinder und Eltern
Verleih von Spielmaterial
Bibliothek für Eltern, Fachleute und Studierende

Mobile Frühförderung endet in der Regel dann, wenn das Frühförderziel erreicht ist oder das Kind einen Kindergarten oder eine Schule besucht. Tritt das Kind in eine solche Institution ein, wird die weitere pädagogische Förderung von diesen übernommen und wir beenden nach einer kurzen Übergangsfrist die Betreuung.

In Österreich besteht seit kurzem eine einjährige Kindergartenpflicht. Alle Kinder sind, von einigen Ausnahmenfällen abgesehen, dazu verpflichtet, vor Schuleintritt zumindest ein Jahr im Kindergarten oder einer Kindergruppe zu verbringen. Der Besuch muss in einem Ausmaß von 20 Stunden pro Woche und an mindestens 4 Tagen pro Woche erfolgen. Von der Besuchspflicht ausgenommen sind zum Beispiel Kinder, denen auf Grund einer Behinderung aus medizinischen Gründen oder Kinder, denen auf Grund eines besonderen pädagogischen Förderbedarfs der Besuch nicht zugemutet werden kann.

(http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesellschaft-soziales/magelf/bewilligungsverfahren/kindergartenjahr.html)

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Für die Praxis der Mobilen Frühförderung bedeutet dies, dass wir vereinzelt Kinder, die keinen Platz in einem Kindergarten finden, bis zum Schuleintritt – häufig in eine Schule mit einer Basalen Förderklasse, wie sie eingangs erwähnt wurden – begleiten. Es bedeutet aber auch, dass Kinder mit Behinderungen mitunter über Monate hinweg eine Art Eingewöhnungszeit im Kindergarten haben, während der sie 1-2 Stunden täglich den Kindergarten besuchen und die Eltern in dieser Zeit im Unklaren bleiben, ob ihre Kinder den Platz behalten werden oder nicht. In Absprache mit unserem Fördergeber ist es im Einzelfall möglich, dass die Familien in dieser Zeit weiterhin Mobile Frühförderung in Anspruch nehmen können. Eltern berichten uns häufig, wie belastend diese Zeit für das gesamte Familiensystem ist. Aus Sicht der Eltern taucht nämlich immer wieder die Frage auf, ob und wie ihr Kind denn „gut genug" werden kann für den Kindergartenbesuch. An dieser Stelle erlaube ich mir eine kritische Nachfrage: Sind es die Kinder, die in das System passen müssen oder ist es nicht vielmehr so, dass sich das System an die besonderen Bedürfnisse der Kinder anpassen muss? Vor allem dann, wenn es um einen besonderen pädagogischen Förderbedarf geht und das Kind deshalb von der Besuchspflicht und damit vom Besuch der Bildungseinrichtung Kindergarten ausgenommen ist.

Nach diesem Exkurs zurück zur Mobilen Frühförderung und zu einigen Zahlen und Daten, die unsere Tätigkeit veranschaulichen:

Familienbezogene Zahlen und Daten aus dem Jahr 2012:

203 telefonische Erstkontakte
167 Erstgespräche an der Frühförderstelle
6-9 Wochen durchschnittliche Wartezeit
138 Neuaufnahmen/Betreuungsübernahme

25% der Kinder 0-1a	Geschlechterverteilung:
56% der Kinder 1-3a	40% Mädchen
20% der Kinder 3-5a	60% Buben

310 Familien in laufender Betreuung
13,8 Monate durchschnittliche Betreuungsdauer

Von den 310 Familien nahmen 156 Familien (50,32% der Gesamtbetreuungen) anlassbezogene Beratung durch Sozialarbeiterinnen in Anspruch:

Finanzielle Hilfen und Sachleistungen für Familien

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Leistungen für Menschen mit Behinderungen
Integration
Gesundheit
Wohnen
Beratung in Lebenskrisen
Wohnen
Arbeit
Fremdenrechtliche Angelegenheiten

141 Familienbetreuungen wurden beendet. Die Gründe dafür waren:

58% Kindergarteneintritt
19% Frühförderziel vor Kindergarteneintritt erreicht
7% Anbindung an andere Betreuungsangebote
8% Übersiedlung der Familien
4% Beendigung durch Eltern
2% Beendigung durch Frühförderin
2% Tod des Kindes

Prinzipien und Ziele

Mobiler Frühförderung nach dem „Wiener Modell“

Meine Kollegin und Vorgängerin in der Bereichsleitung, Frau Silvia Turinsky, hat im Jahr 2011 anlässlich ihres Jubiläumsvortrags zu **„20 Jahre Mobile Frühförderung – Wirkung und Sinn der Arbeit in Familien mit behinderten Kindern“** diese stellvertretend für alle MitarbeiterInnen der Mobilen Frühförderung treffend beschrieben:

Davon ausgehend, dass Entwicklung und Lernen im frühen Kindesalter auf Basis einer tragfähigen Beziehungsgestaltung möglich wird, hat sich die Mobile Frühförderung im Zuge ihrer Entwicklung von linear-kausalen Denkmodellen verabschiedet und sich systemorientierten und psychodynamischen Konzepten zugewandt. (…) Das Wiener Modell der „Interdisziplinären Mobilen Frühförderung und Familienbegleitung“ setzt genau dort an, wo es um die Gestaltung einer entwicklungsförderlichen Umgebung geht. Sie orientiert sich an der Ausgangslage des Kindes und an der Lebenssituation der Eltern. (…)Zugrunde liegt ein

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

theoretisches Modell, das das Kind als Akteur seiner Entwicklung sieht ansieht, ohne den dazugehörigen Beziehungsaspekt aus den Augen zu verlieren. Die Aufgabe der Frühförderin ist es, Entwicklungshindernisse zu erkennen und an ihrer Veränderung, Kompensation, vielleicht auch Beseitigung zu arbeiten. Gemeinsam mit dem Kind und gemeinsam mit den Eltern, denen die Frühförderin hilfreich zur Seite stehen kann, zu ihren eigenen elterlichen Kompetenzen zu finden oder zurückzufinden. (Auszug Jubiläumsvortrag 2011)

Die **Ziele der Mobilen Frühförderung** können mit den Schlagworten beschrieben werden:

Integration und Inklusion
Emanzipation und Partizipation
Autonomie und Handlungskompetenz
Kinderschutz und
Steigerung der Lebensqualität

Die Prinzipien, die unserem Bemühen um Erreichung dieser Ziele zu Grunde liegen, heißen:

Freiwilligkeit
Ganzheitlichkeit und Mehrperspektivität
Ressourcenorientierung
Interdisziplinarität
Transparenz
Respekt gegenüber individuellen Werten
Familienorientierung

Qualitätssicherung in der Mobilen Frühförderung der

Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH

Wenn ich von Qualitätssicherung spreche, meine ich die Ebenen der Ergebnis-, der Struktur- und der Prozessqualität, die in einem internen Qualitätssicherungshandbuch ausführlich beschrieben sind. Dieses ist nicht nur Grundlage für unsere Arbeit, sondern auch handlungsleitend für jede fallführende Frühförderin. Dieses zur Gänze vorzustellen, würde den Rahmen meiner Redezeit sprengen. Deshalb greife ich einige Eckpfeiler heraus und beginne damit, wie wir die genannten Ziele und Prinzipien in die konkrete Praxis umsetzen und wie wir Ergebnisse sichern.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Individuelles Betreuungskonzept und Dokumentation:

Jede Frühförderin erstellt für jede Familie ein individuelles Betreuungskonzept. Auf Basis einer pädagogischen Anamnese entwickelt sie Hypothesen, die die Grundlage für Ziele und Methoden im Betreuungsverlauf bilden. Dieses Betreuungskonzept wird laufend überprüft und gegebenenfalls neu ausgerichtet. Die Methoden sollen ebenso transparent sein wie die Betreuungsziele, die mit den Eltern gemeinsam entwickelt und besprochen werden. Veränderungen in Bezug auf das Kind und auf das Familiensystem werden in einer Verlaufsdokumentation nachvollziehbar gemacht. Die Bedeutung der Veränderungen für das Kind im Familiensystem wird im Rahmen einer qualitativ beschreibenden Effektivitätsevaluation festgehalten. Die Sichtweise der Eltern spielt in dieser Form der Evaluation eine ebenso große Rolle wie die fachliche Sicht der Frühförderin. Die Wirksamkeit der Frühförderung ohne die Beteiligung der Eltern zu beschreiben, wäre aus meiner Sicht eine Vernachlässigung der weiter oben beschriebenen Prinzipien und Zielsetzungen.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Einbindung der pädagogischen Leitung in die Fallführung:

Wöchentlich treffen je 4-5 Frühförderinnen zu dreistündigen, interdisziplinär besetzten Fallbesprechungen zusammen. Neben ihnen zählen je eine Sozialarbeiterin, eine Psychotherapeutin und ein Arzt / eine Ärztin zu diesem Team. Zur Unterstützung der fallführenden Frühförderin werden die Betreuungsprozesse kollegial beratend reflektiert und die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven zusammen getragen. Diese Besprechungen stellen für die Frühförderin ein wesentliches Forum zur Reflexion, Evaluierung und Ausrichtung ihres pädagogischen und beratenden Tuns dar. Die pädagogische Leitung wird laufend über die Ergebnisse der Fallbesprechungen informiert oder aber auch im Anlassfall hinzugezogen, wenn es um inhaltliche Entscheidungen geht, die der Absicherung der Frühförderin durch die Leitung bedürfen.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Stabstelle Sozialarbeit:

Die Sozialarbeiterinnen stehen den Frühförderinnen in allen sozialrechtlichen Fragen beratend zur Seite. Auf Wunsch der Familien werden sie aber auch für sie konkret tätig. Die zuvor schon genannten Zahlen haben gezeigt, dass etwa die Hälfte aller betreuten Familien dieses konkrete Beratungsangebot in Anspruch nimmt. Stehen wir vor der Frage, ob ein Kind in einer Familie gefährdet ist, so unterstützen sie die fallführende Frühförderin in der Abklärung und stehen der Leitung beratend zur Seite. In der punktuellen Kooperation mit dem Amt für Jugend und Familie kommt ihnen eine unverzichtbare Rolle zu.

Fachliche Weiterentwicklung:

Verpflichtende Supervision und laufende Fortbildung gehören ebenso zu den zentralen Instrumenten der Qualitätssicherung wie interne Arbeitsgruppen zu relevanten inhaltlichen Fragestellungen und zur Weiterentwicklung des Inhaltskonzepts.

Fachliche Qualifikation der Mobilen Frühförderinnen:

Alle Frühförderinnen verfügen über eine facheinschlägige Grundqualifikation/Berufsausbildung im Bereich der Kleinkindpädagogik und / oder der Heilpädagogik. Darüber hinaus absolvieren sie einen sechssemestrigen, berufsbegleitenden Universitätslehrgang zur „Akademisch geprüften Mobilen Frühförderin und Familienbegleiterin“ beziehungsweise eine vergleichbare Aus- und Weiterbildung.

Praktikumsstelle des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung:

Als Praktikumsstelle des Universitätslehrganges (www.univie.ac.at/fruehfoerderung) stellen wir Langzeitpraktika in der Dauer von 1,5 Jahren zur Verfügung. Während dieser Praktika schließen die Studierenden eine Ausbildungsvereinbarung mit uns ab, in der sie die Verpflichtung eingehen, laufend zwei Familienbetreuungen als fallführende Frühförderinnen zu übernehmen und bekommen eine erfahrene Kollegin als Begleiterin im Hintergrund zur Seite gestellt.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Ausblick

Wir blicken erfolgreich auf mehr als 20 Jahre Mobile Frühförderung zurück und gelten als anerkannte Expertinnen. Dennoch und gerade deswegen müssen wir uns immer wieder den praxisrelevanten Fragestellungen im Wandel der Zeit widmen:

Haben wir es mit einer sich verändernden Zielgruppe zu tun und haben wir das notwendige Know-How im Team? Wie etwa kann die Stärkung der elterlichen Kompetenzen bei Eltern mit psychischen Erkrankungen, mit Behinderungen, mit Suchtproblematiken gelingen? Wie können wir deren Kinder gemeinsam mit ihren Eltern in ihrer Entwicklung fördern, unterstützen und begleiten?

Wo genau trägt Mobile Frühförderung zu Inklusion bei und wohin müssen wir uns noch entwickeln?

Verfügen wir über ausreichende Interkulturelle Kompetenzen, um die Familien in ihrer individuellen Lebenswirklichkeit bestmöglich unterstützen zu können?

In welcher Form können wir vorausschauend auf eine etwaige Verknappung der finanziellen Ressourcen reagieren und zugleich die inhaltliche Qualität für die Familien halten?

Sind wir gerüstet, die Wirksamkeit unserer Angebote auch in Zukunft ausreichend belegen zu können?

Als Teilbereich der **Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH** sind wir auf einem qualitätsvollen Weg und gelten gemeinsam mit allen anderen Betrieben der Wiener Sozialdienste als **verlässlicher Partner der Stadt Wien.** Dies zeigt sich nicht zuletzt darin, dass jüngst in Zusammenarbeit mit der Stadt Wien ein Meilenstein in der Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung gelungen ist:

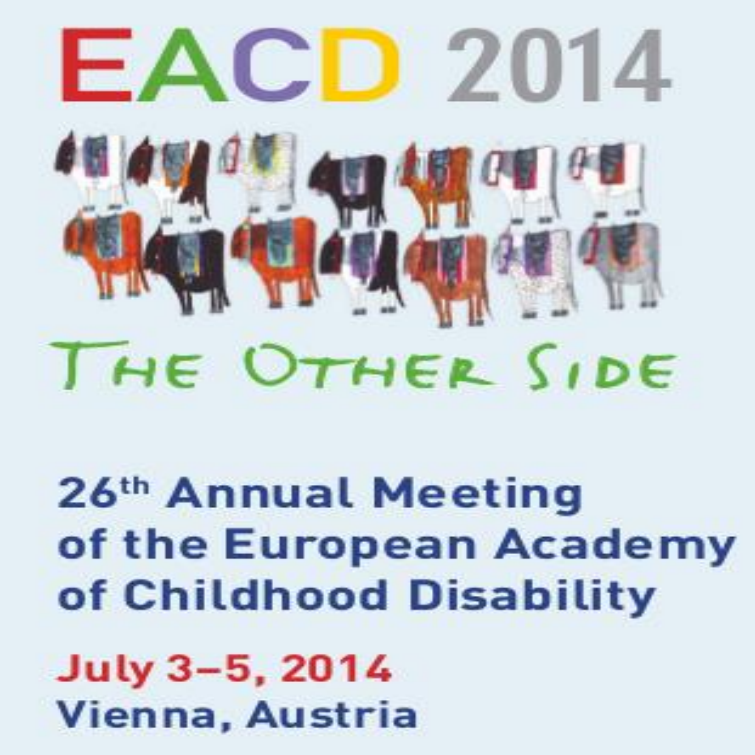
Entlang einer Empfehlung der **European Academy of Childhood Disability (EACD)** beschloss die Stadt Wien 2012 den Ausbau der ambulanten Zentren für Entwicklungsförderung. Die Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH, die bislang ein solches Zentrum betrieben hat, wurde unter der Geschäftsführung von Frau Gisela Kersting-Kristof, MBA, mit

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

dem Ausbau des Angebots um insgesamt 1.700 Therapieplätze betraut. Zwei neue Zentren sind bereits 2013 in Betrieb gegangen, ein weiteres ist in Errichtung und wird 2014 eröffnet werden.

Das Betreuungsangebot soll künftig nicht nur Kindern bis sechs Jahren sondern bis 10 Jahren zur Verfügung stehen. Darüber hinaus wird in allen vier Zentren das **Wiener Kinderrisikoprogramm** (http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/sozialbericht-2012.pdf) umgesetzt werden.

Erlauben Sie mir, meinen Beitrag mit der Ankündigung einer Tagung zu beenden, die 2014 in Wien stattfinden wird. Mein Kollege, der ärztliche Leiter eines unserer Zentren für Entwicklungsförderung, Prim. Dr. Friedrich Brandstetter, zeichnet verantwortlich für die Organisation der nächsten EACD-Konferenz, die in enger Kooperation mit der Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH stattfinden wird.



Ich bedanke mich für die Einladung, Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit!

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Mag.a Bettina Lukesch, MSc

Kontaktné údaje:

Mag.a Bettina Lukesch, MSc

Bereichsleiterin

Wiener Sozialdienste

Förderung & Begleitung GmbH

Mobile Frühförderung

1200 Wien | Dresdner Straße 47

Firmensitz: 1150 Wien | Camillo-Sitte-Gasse 6

Tel. +43 [1] 981 21 DW 3710

bettina.lukesch@wiso.or.at

www.wienersozialdienste.at

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

RANÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Karla Němcová

ABSTRAKT

Příspěvek o současné situaci v rané péči v České republice, kde je raná péče zařazena mezi sociální služby upravené zákonem. Představení konceptu sociálního modelu rané péče jako služby pro rodinu, tedy postavené na posílení kompetencí rodičů a rozšiřování jejich možností vychovávat dítě s postižením v rodině, v komunitě, kde žijí a zajiš´tovat pro něj prostřednictvím služeb uspokojování jeho běžných i specifických potřeb. Koncept je založen na podpoře rodiny, podpoře vývoje dítěte a podpoře komunity. Vývoj rané péče, současná situace sítě a rámce poskytování rané péče (právní, kapacitní a finanční) v České republice, představení programu rané péče Provázení, které realizuje Společnost pro ranou péči a představení této organizace poskytující ranou péči rodinám dětí se zrakovým a/či kombinovaným postižením a nově dětem s mentálním postižením a ohroženým vývojem v 6ti pracovištích Praha, České Budějovice, Brno, Olomouc. Olomouc2 a Ostrava.

Bude představen projekt Společnosti pro ranou péči : Půjde to! Příprava rodičů pečujících o dítě s postižením ke vstupu na trh práce.

Raná péče v České republice je soustava programů a služeb poskytovaných dětem s postižením a jejich rodinám. Dle zákona o sociálních službách (108/2006 Sb.) se řadí raná péče mezi služby sociální prevence. Klientem rané péče je vždy celá rodina. Raná péče má terénní charakter, služby jsou poskytovány v přirozeném domácím prostředí, kde klientská rodina žije.

Společnost pro ranou péči zřizuje v České republice Střediska rané péče v Praze, Českých Budějovicích, Brně, Olomouci a Ostravě, které poskytují podporu a pomoc převážně rodinám dětí se zrakovým a kombinovaným postižením. Střediska rané péče v Praze a v Brně vznikla již v roce v r. 1990, jako projekt Raná péče, zastřešený Unií nevidomých a slabozrakých.

Strukturu programu služeb rané péče tvoří podpora rodiny a podpora vývoje dítěte. Tyto dvě oblasti se prolínají, jsou neoddělitelné. Základem rané péče je vždy práce s celou rodinou, ve které dítě vyrůstá.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Raná péče je péče včasná – má být rodině k dispozici co nejdříve po zjištění závažného postižení, které negativně ovlivňuje či ohrožuje vývoj dítěte. Dále raná péče obsahuje také označení životního období – tedy raného věku dítěte, v jehož průběhu jsou služby rodině poskytovány. Vymezení období raného věku dítěte s postižením přitom odpovídá charakteristikám služby rané péče. Zatímco u zdravého dítěte se za raný věk považuje období kojence a batolete – tedy od narození do tří let, u dítěte jehož vývoj je opožděný například vlivem postižení smyslového či mentálního je reálné tuto hranici posunout do 4 let, u dětí s více vadami do 7 let věku.

Podpora vývoje dítěte

V raném věku dítěte jsou obrovské kompenzační schopnosti mozku, které umožňují rozvinout náhradní mechanizmy. Je důležité poskytovat rodičům návody, které mohou vést k optimalizaci vývoje dítěte v mezích možností, daných charakterem a stupněm jeho postižení, současně je však nutné respektovat jejich postoje, názory, kulturní a výchovné zvyklosti, pokud nemohou dítě poškodit. Poradce nabízí cesty, kudy lze vést dítě dál, nemůže však direktivně nařizovat ani postihovat neplnění zadaných úkolů. Rodiče jsou rovnocennými partnery – poradci jim poskytují zkušenosti a odborné znalosti, ale současně se inspirují jejich zkušenostmi.

Podpora rodiny

Rodina, do které se narodí dítě s postižením, prochází nesmírně těžkým obdobím vyrovnávání se s neočekávanou skutečností. Extrémní zátěž působí na stávající sociální vazby v nejužší I širší rodině. Nezvládnutí situace může vyústit například v umístění dítěte do ústavního zařízení. Pokud se však rodiče rozhodnou nevzdat se své zodpovědnosti za výchovu dítěte, potřebují podporu lidskou i odbornou. Jedním z důvodů je i skutečnost, že dítě s postižením je dítětem se speciálními potřebami – k podpoře jeho vývoje je nutno vynaložit mnohem víc motivačního úsilí, nápaditosti i trpělivosti než u dítěte zdravého. Dalším důvodem je již zmíněná extrémní zátěž rodinného systému, proto se stala podpora rodiny neoddělitelnou součástí rané péče. Velmi důležitými nástroji podpory rodiny jsou aktivní naslouchání problémům, podpora fungujících sociálních vazeb v rodině i komunitě a podpora schopností vyhledávat a využívat vlastní zdroje ke zvládnutí dané situace.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Konkrétní podoba a struktura poskytovaných služeb v rámci rané péče vždy záleží na aktuálních potřebách dítěte a jeho rodiny, rodiče spolu s poradcem rané péče stanovují a v čase upravují cíle služby a individuální plán. Základní formou realizace rané péče jsou konzultační návštěvy odborného poradce v rodině. Četnost kontaktů rodiny s odborným poradcem vychází z individuálních potřeb rodiny, zpravidla 1x za 1-3 měsíce. Společnost pro ranou péči, prostřednictvím Středisek rané péče, poskytuje své služby v regionu až do vzdálenosti 150 km od svého sídla, tak aby služba byla dostupná všem rodinám s dětmi s postižením.

Kontaktné údaje:

Mgr. Karla Němcová

Společnost pro ranou péči

Klimentská 2, Praha

www.ranapece.cz

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ČO MA NAJVIAC ZAUJALO NA ŠTÚDIU VČASNEJ INTERVENCIE NA UNIVERZITE V USA

Marcela Zacharová

ABSTRAKT

V príspevku som sa pokúsila pomenovať niekoľko vecí, ktoré ma zaujali na štúdiu včasnej intervencie na katedre Špeciálnej pedagogiky na Univerzite v New Orleans. Do detailov vypracované metódy a postupy, dôslednosť v uplatňovaní metód v praxi, bazírovanie na používaní vhodného jazyka, štúdium zamerané na praktické skúsenosti, takmer všetci spolužiaci na magisterskom štúdiu aktívne pracovali v oblasti, dostupnosť veľkého množstva odborných výskumov o problematike, zapojenie rodiny do individuálneho plánovania. Ďalej to bola skúsenosť ako dobre zadefinovať ciele v individuálnom plánovaní, čo by mal individuálny plán starostlivosti obsahovať a že vo včasnej intervencii je to rodinný plán. V praxi som sa naučila aké dôležité je spoliehať sa na objektívne fakty pri hodnotení progresu, ako transdisciplinárna spolupráca zvyšuje kvalitu poskytovanej služby rodine s postihnutým dieťatkom. Obsah prezentácie je moja osobná skúsenosť z magisterského štúdia Early Childhood Special Education na University of New Orleans a krátkej praxe počas štúdia na McGehee School v New Orleans v Louisiane a v Head Start Program v Hahnville v Louisiane.

Kľúčové slová: *Včasná intervencia, IFSP-Individualized Family Service Plan, dieťa*

ABSTRACT

The most interesting aspects of my Early Intervention study in the USA.

In the article I have described some issues that I have found interesting during my study of Early Intervention at Special Education Department of University of New Orleans. Some of the issues are: in detail elaborated methods of work with young children with disabilities, consistency of implementation these methods, sensitivity for used appropriate language when speaking about children with disability, university course focused on practical experiences, approach to high number of relevant educational research, family involvement in the whole early intervention

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

process. Further it was an experience in defining concrete goals and outcomes in the Individualized Family Service Plan - what should such plan contain and that in the Early Intervention it is a plan of the whole family. In my student teaching practice I have learned how important it is to relay on objective data in evaluation of the IFSP and how the transdisciplinary cooperation can increase the quality of provided service. The article is my subjective experience from my study of Early Intervention at UNO and student teaching in McGehee School in New Orleans, Louisiana and in the Head Start Program in Hahnville, Louisiana.

Key Words: *Early Intervention, Individualized Family Service Plan, child*

Tento príspevok Vám predkladám na základe mojej skúsenosti z magisterského štúdia včasnej intervencie na Univerzite v New Orleans, ktoré som absolvovala v rokoch 2004 a 2005. Počas štúdia som pracovala ako asistentka na katedre špeciálnej pedagogiky a pracovala v dvoch školských zatiadeniach, najprv ako dobrovoľník a neskôr ako učiteľka na povinnej praxi a v jednom terénnom programe včasnej intervencie.

Služby včasnej intervencie v USA upravuje niekoľko zákonov. Základným z nich je IDEA (Individuals with Dissabilities Education Act) v časti C (z roku 1991), ktorý hovorí, že každé dieťa s oneskorením vo vývoji alebo s postihnutím má právo na služby včasnej intervencie. Väčšina štátov poskytuje služby včasnej inervencie aj rodinám, ktoré sú ohrozené z hľadiska svojho socio-ekonomického statusu. Na základe hodnotenia sa dieťa a jeho rodina kvalifikuje, alebo nekvalifikuje na poberanie služiev včasnej intervencie a následne ďalších súvisiacich služieb. Služby sú pre tieto rodinny bezplatné v rozsahu ich aktuálnej potreby.

Proces začína na podnet rodiča, lekára, učiteľa alebo iných profesionálov. V prvom kroku prebehne hodnotenie zručností dieťaťa, ktoré by malo byť formou hry, v prirodzenom prostredí a za účasti všetkých relevantných odborníkov. Keď je dieťa posúdené, že potrebuje služby včasnej intervencie, dohodne sa termín, kedy sa spíše tzv. Individuálny rodinný plán služieb (IFSP Individualized Family Service Plan), to musí byť do 45 dní od prvého kontaktu.

IFSP je veľmi záväzný dokument pre všetkých zainteresovaných profesionálov, preto musí byť napísaný tak, aby boli ciele jednoznačne merateľné a musí obsahovať stanovené náležitosti (základné kontaktné údaje, popis aktuálneho stavu zručností dieťaťa, priority rodiny, ciele a metódy ich dosahovania, potrebné asistenčné technológie a pomôcky, popis tímu a dohoda o ďalšom stretávaní tímu). Ciele v individuálnom pláne postupujú od dlhodobej vízie ku

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

konkrétnym cieľom, mali by byť reálne dosiahnuteľné v časovom horizonte, v akom je individuálny plán prehodnocovaný. Ciele by mali byť jednoznačne merateľné. Napríklad ak by si ako dlhodobý cieľ rodina stanovila samostatnosť pri stolovaní, krátkodobé ciele, na ktorých by sme pracovali by zneli napríklad: Ela si sama vie lyžicou nabrať kašu z misky, Ela zje počas raňajok polovicu kaše sama minimálne trikrát v týždni, Ela sa sama napije počas obeda z otvoreného pohára, atď. Bolo dôležité aby boli ciele postavené na tom, čo už dieťa vie a nadväzovali na konkrétne zručnosti a tiež aby to boli ciele, ktoré vidí ako dôležité aj rodina dieťaťa.

Pri našej práci špeciálnych pedagógov/včasných interventistov sme výstupy z práce s dieťaťom veľmi starostlivo zaznamenávali písomne, na video a robili fotky, aby sme pokrok v rozvoji zručností dieťa vedeli čo najkonkrétnejšie odmerať a oboznámiť s ním aj ostatných členov tímu. Hodnotenie prebiehalo vo vzťahu k tomu, ako si dieťa dokázalo osvojiť kurikulum, a nie ako veľmi sa približuje, alebo vzďaľuje normoskupine (Curriculum-based Assessment).

Zo zákona (IDEA) vyplýva, že služby v rámci včasnej intervencie v USA majú byť poskytované v prirodzenom prostredí, v takom, ako sú poskytované iným deťom rovnakého veku. Dieťa má byť umiestnené v čo najmenej obmädzujúcom prostredí – vo včasnej intervencii je to väčšinou domáce prostredie alebo nejaké komunitné zariadenie. Pred tretím rokom (90 dní pred dovŕšením tretieho roku života dieťaťa) je pre dieťa vypracovaný tzv. plán prechodu (Transition Plan), dieťa prechádza zo včasnej intervencie do predškolského systému a vypracuváva sa mu tzv. Individuálny plán služieb. Po dosiahnutí tretieho roku veku dieťaťa sú služby pre deti a rodiny s postihnutím zahrnuté pod časť B zákona IDEA (z roku 1975).

Počas štúdia ma veľmi oslovilo aký veľký dôraz sa kládol na používanie jazyka pri práci s deťmi s postihnutím a ich rodinami. Veľmi dôležité bolo aby v používanej rétorike bol na prvom mieste človek, teda aby sa hovorilo o deťoch s postihnutím, nie postihnutých deťoch (dieťa s autizmom, nie autistické dieťa, dieťa s Downovým syndrómom, nie mongoloidné dieťa).

V starostlivosti o dieťa s postihnutím v USA mala veľmi silné postavenie rodina dieťaťa. V práci s rodinou sa upúšťalo od tradičného prístupu a prechádzalo sa k „na rodinu zameranému prístupu“ - rodina a profesionáli spolurozhodujú o vzdelávacom pláne, dlhodobé ciele určuje rodina, profesionáli riešia iba technické záležitosti, rodina je rovnocenným partnerom a pracuje

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ako tím spolu s profesionálmi. Špeciálny pedagóg vo včasnej intervencii učí členov rodiny ako pracovať s deťmi doma, počas bežného dňa.

Pozornosť v rámci profesionálnej spolupráce tímov sa zameriavala na transdisciplinárnu spoluprácu a upúšťalo sa od multidisciplinárneho a interdisciplinárnárneho prístupu. Transdisciplinárny prístup je charakteristický tým, že členovia tímu majú záujem pracovať na cieľoch aj mimo svoj odbor a cítia zodpovednosť za tieto ciele, cítia zodpovednosť za implementáciu a hodnotenie individuálneho plánu, ktorý spolu aj pripravujú. V transdisciplonárnom tíme sú členovia rodiny členmi tímu a definujú si sami svoje role. Tím sa stretáva pravidelne na výmenu informácií, konzultácie a teambuilding.

Literatúra:

BOWE, G. Frank. 2004. Birth to Eight, Early Childhood Special Education. New York: Thomson Delmar Learning, 2004. ISBN 1-40184-850-8.

HEWARD, L. William. 2003. Exeptional Children, An Introduction to Special Education. Columbus: Merrill Prentice Hall, 2003. ISBN 0-13-099344-1.

TURNBULL, Ann. TURNBULL, Rud. 2001. Families, Professionals, and Exceptionality. Columbus: Merrill Prentice Hall, 2001. ISBN 0-13-016303-1.

FRIEND, Marilyn. COOK, Lynne. 2003. Interactions, Collaboration Skills for School Professionals. Boston: Pearson Educatio, 2003. ISBN 0-205-35903-5.

MARION, Marian. 2003. Guidance of Young Children. Columbus: Merrill Prentice Hall, 2003. ISBN 0-13-097621-0.

Kontaktné údaje:
Mgr. Marcela Zacharová, M.Ed.
sociálna pracovníčka, špeciálna pedagogička
Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava
E-mail: zacharka@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VČASNÁ INTERVENCIA V KONTEXTE INKLÚZIE

Marta Horňáková

ABSTRAKT

Moderná včasná intervencia nie je len o diagnóze a poradenstve pre rodičov s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením. Je možnosťou, ako podporiť fungovanie rodiny, aby vytvorila tie najlepšie podmienky pre vývin a zdravie dieťaťa. Aktuálnym cieľom je aj vytváranie inkluzívneho prostredia a príležitostí pre sociálnu participáciu. V našej praxi sa u dojčiat riešia predovšetkým zdravotné problémy, kým u predškolákov príprava na školu ale veľmi zriedka aj situácia dieťaťa v rodine. Komplexná inkluzívne zameraná včasná starostlivosť predpokladá pochopenie filozofie inklúzie a. nové modely komunikácie medzi odborníkom a rodičom, nové formy práce s dieťaťom, ktoré zvýšia jeho predpoklady profitovať z inkluzívneho prostredia.

Kľúčové slová: *včasná intervencia, inklúzia, primárna väzba, príležitosti pre participáciu a zdroje zvládania*

ABSTRACT

Early Chilhood Intervention in context of Inclusion

Modern Early Childhood Intervention is not only about diagnosis and counseling for parents with a child with disabilities. It is an option to support the functioning of the family to create the best conditions for the development and health of the child. The current goal is the creation of an inclusive environment and opportunities for social participation. In our practice, particularly in infants deal with health problems, while for preschoolers prepare for school but very rarely the situation of the child in the family. Comprehensive inclusive Early Childhood Intervention presupposes understanding the philosophy of inclusion, use of new models of communication between professionals and parents, and new forms of work with the child, which will increase its assumptions benefit from an inclusive environment.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Keywords. *Early chilhood intervention, inclusion, primary bond, opportunities for participation and coping resources*

Včasná intervencia (aj včasná diagnostika a terapia) ako model ranej starostlivosti sa v posledných desaťročiach minulého storočia dynamicky vyvíjal od

modelu klinicko-medicínskej diagnostiky a terapie, ktorá zahrňovala okrem medicínskej starostlivosti aj cielené služby ako logopedická starostlivosť, fyzioterapia,

cez model včasnej výchovy, kde išlo naviac aj o pedagogicko–psychologickú diagnostiku a intervenciu podľa potreby rodičov vzhľadom na konkrétnu poruchu u dieťaťa a o riešenie problémov pri starostlivosti a výchove,

po model zahrňujúci aj prostredie a sociálne aspekty spolunažívania v životnom prostredí, ktorý sa opiera o Dohovor o právach ľudí so zdravotným postihnutím a smeruje k inklúzii**.** Včasná intervencia sa preorientovala najmä na rodinu a podporu jej kompetencií.

Tento proces odrážal skúsenosti odborníkov vo včasnej intervencii, nové poznatky z medicínskych vied, ale aj so zmenu cieľovej skupiny pre poskytovanie tejto starostlivosti. Kým v 70. rokoch to boli hlavne deti so **závažnými poruchami vývinu** (poškodením CNS a zmyslov), v 80. rokoch k ním pribudli deti, ktoré **mali ťažkosti vo vnímaní, v motorike** a ktoré mohli lepšie prospievať vďaka stimulačným cvičeniam a podpore vývinu. Dnes sa včasná intervencia orientuje aj na **deti, ktoré sú z nejakého dôvodu vnímané ako rizikové, ohrozené.** Ide o deti predčasne narodené, z tzv. problémových rodín (sociálne znevýhodnené, vulnerabilní rodičia – so závislosťou, psychiatrickým ochorením, s posttraumatickou poruchou,.) ako aj deti zanedbávané, zneužívané, z rodín z iným kultúrnym zázemím (deti migrantov, ktorí majú problém sa integrovať, žijú v chudobe, prešli extrémnymi životnými okolnosťami).

Pre odborníkov vo včasnej intervencii pribudli pre celkom nové úlohy. Vo včasnej intervencii sa v rámci podpory vždy zdôrazňovalo zameranie na zlepšenie vzťahov a prijatie dieťaťa. Novou úlohou je dbať o vytvorenie bezpečnej primárnej väzby a včasne nasadenie terapie ak ju nebolo možné pre hospitalizáciu alebo zlý psychický stav matky hneď od začiatku budovať**.** Ďalej je to: vytváranie inkluzívneho prostredia a to ako na pracoviskách, tak v rodine a jej

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

životnom prostredí, podpora rozvoja komunikácie a vytváranie modelov rodičovského správania, ktoré prospievajú klíme v rodine, vzťahom, samostatnosti a učeniu.

1) Podpora vytvorenia pevnej primárnej väzby

Pevná primárna väzba je základnou ľudskou skúsenosťou, ktorá je nielen predpokladom pre sociálny, ale aj pre mentálny vývin a zvyšuje reziliencu dieťaťa – jeho schopnosť prekonávať prekážky a profitovať z nich. Pripútanie sa utvára v prvých mesiacoch života dieťaťa (Kotásková, 1982, 1987, podľa V. Kebza, 2005 s. 170) a spôsob väzby je relatívne stabilný. Ďalšie popísané spôsoby pripútanie, neisté (vyznačuje sa ambivalenciou, kedy dieťa vyhľadáva a zároveň odmieta kontakt), vyhýbavé (dieťa nehľadá kontakt) a dezorganizované pripútanie (kedy sa dieťa približuje a zase uniká zo vzťahu. Poruchy pripútania sa vyskytujú pomerne často. Bol potvrdený (Murray et al. 1996, podľa V. Kebza 2005, s. 171) výrazný vzťah medzi zdravotným stavom dieťaťa a formou pripútania. Chudobná interakcia vedie k vzniku chronických a opakovaných ochorení. Úzkosť v prípade nutnosti žiť bez pevného vzťahu núti dieťa vytvárať si obranné reakcie, je plačlivejšie, dráždivejšie. Bez radosti a pohody nemá dobré predpoklady pre učenie.

Pevné emočné pripútanie podporuje utváranie zrkadliacich neurónov, ktoré sú základom pre emocionálnu inteligenciu. Umožňujú dieťaťu pri interakcii spájať zvuky s priebehom konania. To vedie k pochopeniu jeho významu, k učeniu sa napodobňovaním, k porozumeniu čo iní cítia,. Schopnosť rozumieť umožňuje predvídať, to zlepšuje adaptabilitu a dáva bezpečie pre spoznávanie nového.

Bez vzťahovej väzby a naplnenia potrieb dieťaťa. (pri nedostatku podnetov) prichádza k deprivácii. O. Matoušek a H. Pazlarová (2010, s. 33-34) uviedli, že z krátkej deprivačnej situácie sa dieťa zotaví pomerne rýchlo, ale i tu spravidla stúpa citlivosť voči podobným okolnostiam v budúcnosti. Ak je deprivácia v prvom roku života dlhodobejšia, odráža sa predovšetkým na mentálnom vývine najmä v dôsledku špecifických účinkov stresových hormónov na vývin mozgu Ale je tu možnosť zotavenia, ak príde k náprave. Z deprivácie, ktorá trvá po celé rané detstvo (do 3. roku) sa dieťa zotavuje len ťažko, problémy sa môžu prejaviť ako v oblasti reči, tak myslenia a schopnosti nadväzovať vzťahy. Intenzívnou terapeutickou intervenciou „je možné u malých detí dosiahnuť veľké zlepšenie aj v rezistentných oblastiach“ (s. 34);

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Prevencia narušenej primárnej väzby by mala prebiehať najmä v rámci starostlivosti o tehotné ženy, ktoré sú rizikové. Napr. ak sami nezažili pevnú primárnu väzbu, aj pri motivácii byť lepšími matkami, je v ich správaní priveľa neistoty. Tiež ak v ranom detstve stratili matku a chýba im model zažitého materského správania. Ich vzťah môže byť tiež poznamenaný úzkosťou z toho, že by sa niečo podobné mohlo stať aj ich deťom. Značným rizikom pre vzťah je ak boli ako deti traumatizované, ak sami majú chronické ochorenie, psychické poruchy (sú zvýšene vulnerabilné). Ale aj vtedy aj sa v rámci prenatálnej diagnostiky potvrdí, že dieťa má zdravotný (vývinový) problém. Podľa Mareša (2012, s.110) sa v súčasnosti väčšina vývinových porúch zachytí pred narodením dieťaťa a hoci sa „tým darí znížiť počet detí, ktoré sa narodia s postihnutím". Súčasne rastie počet matiek, ktoré prežívajú v dôsledku konfrontovania so zlou správou stres. Hormóny vyplavené v dôsledku smútku, neistoty, stresu, poškodzujú mozog dieťaťa – jeho poznávacie funkcie a schopnosť zvládať záťaže. Medina (2011, s. 42, s. 44) považoval za „jedovaté" stresy počas tehotenstva ak sú:

príliš časté - ide o dlhodobé vystavenie veciam, ktoré nemožno celkom kontrolovať (problémy v zamestnaní, chudoba, chronické ochorenie a pod.),

príliš ťažké - ťažká udalosť v priebehu tehotenstva, strata vzťahov, zabezpečenia, traumy, podozrenie na poškodenie plodu,

osobne príliš zaťažujúce – súvisia so zvýšenou citlivosťou ženy na stresy v dôsledku vlastných záťažových skúseností, alebo prijatia takéhoto „dedičstva" od svojej matky.

Lorenz (2008 s. 12) spájal stres matky s komplikáciami pri pôrode a predpokladal tiež, že vedie ku vzniku problémov u dieťaťa v emocionálnom a kognitívnom vývine. Podobne pôsobí stres aj u detí do troch rokov, kedy sa úzkosť akoby sčítava a rastie „konto strachu". Podieľa sa na tom amygdala (centrum strachu). U starších detí jej činnosť kontroluje hypocampus, ktorý dodaním oxytocínu (uvoľňuje sa aj pri kojení, ale deti s poškodenia často kojené nie sú) vyrovnáva nadbytok stresových hormónov. Dozrieva okolo troch rokov veku dieťaťa. Dovtedy sa dieťa nevie brániť pred úzkosťou a preto má dlhodobé následky. Môže byť príčinou psychických porúch i somatických ochorení v priebehu života. Dieťa zostáva akoby v stálej pohotovosti a očakáva nebezpečenstvo a zlyhanie. Bráni mu to oddať sa hre, skúmať nové, ísť do rizika a teda aj sa dobre učiť. Aj myelizované časti mozgového kmeňa (**corpus callosum)**, ktoré spájajú obe mozgové hemisféry, sú veľmi citlivé na včasné a masívne zaplavenie

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

stresovými hormónmi. Prichádza k ich oslabeniu, lebo stres obmedzuje delenie buniek glií, ktoré majú funkciu zásobovania. (Teicher et al. 2002, s. 9, podľa Walserová, 2010). Včasné zanedbávanie spôsobuje zníženie integrácie oboch hemisfér (poruchy senzorickej integrácie). V dôsledku zníženej komunikácie hemisfér sa narušuje kooperácia (ruka - ruka, oko - ruka), a dochádza častejšie aj k chronickým ochoreniam. (Walserová, 2010)

Dlhodobé deprivačné skúsenosti ireverzibilne poškodia výstavbu mozgových štruktúr a majú dopad aj na sociálny vývin. Približne od 18. mesiaca do piatich rokov sa vytvárajú a upevňujú modely správania dieťaťa. Ak sa utvárajú v stresovej situácii, vznikajú bariéry, ktoré sa neskôr javia ako biologická danosť a vyžadujú si veľa terapeuticko-výchovných intervencií, aby sa dosiahla zmena (Speck, 2008, s.102).

Vzniká bludný kruh – dieťa, ktoré je úzkostné, dráždivé, s poruchou primárnej väzby **má rôzne nápadnosti v správaní, časté sú poruchy základných funkcií**. Tie zase môžu viesť k vyčerpaniu rodičov a ďalšiemu narušeniu interakcie, prípadne k častejším výchovným chybám. Negatívne reakcie dospelých prehlbujú úzkosť a ťažkosti dieťaťa. Ďalšími faktormi systému poruchy u dieťaťa je aj bezradnosť rodičov, ich frustrácia z „nevydareného rodičovstva“, fyzické i psychické vyčerpanie, narušenie rodinných vzťahov, konflikty. Spravidla znamenajú menej emocionálnych, taktilných, zrakových a sluchových podnetov, menej podnetnej komunikácie. Pri senzorickej deprivácii prichádza k zaostávaniu v psychomotorickom vývine.

Vytvorenie bezpečnej primárnej väzby sťažuje aj nepripravenosť na narodenie a na náročné situácie spojené so starostlivosťou o zdravotne znevýhodnené dieťa. Sú spravidla traumatizovaní a zneistení vo svojom vlastnom bytí, lebo dieťa je spravidla chápané ako prezentácia a pokračovanie samého seba. Často sa musia vzdať mnohých nádejí, profesijnej kariéry, spoločenského života. Môžu sa cítiť vinní, „znehodnotení“, vyčlenení.

Neistá, alebo chýbajúca primárna väzba i zdravému dieťaťu sťažuje sociálnu adaptáciou a neskôr zvládanie školských povinností a životných úloh v dospelom veku.

To je dosť podnetov pre snahu o zabezpečenie podpory pre rodiča v jeho úlohách a pre vytváranie inkluzívneho prostredia.

2) Vytvárania inkluzívneho prostredia

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Koncept inklúzie nevníma odlišnosť jedinca ako negatívum, ale **dáva mu pozitívnu hodnotu**. Požaduje vytváranie inkluzívneho prostredia na všetkých rovinách života človeka a praxe. Prítomnosť detí a i dospelých so znevýhodnením treba vnímať cez ich prospešnosť pre preostatných. Sanders (in Nipkow 2005) to formuloval ako „nutnosť uznať normalitu odlišnosti". Je to vítané pre všetkých, lebo ak sa predstava o hodnote člověka opiera o jeho bezproblémovosť a užitočnosť a nevychádza z jeho bytia a potrieb, spoločnosť sa odľudšťuje a rady neúspešných a nešťastných sú stále širšie.

Niekedy sa ešte spája v odbornej verejnosti pojem integrácia s inklúziou, ale medzi nimi je významný rozdiel. Pri integrácii má dieťa status odlišného – integrovaného a je možné ju aj zrušiť, pri inklúzii sa rešpektujú jeho zvláštnosti, a je rovnoprávnym členom skupiny. Integrácia zdôrazňovala **potreby** jednotlivých detí, inklúzia sa orientuje na ich **práva.** Corbet (Resman, 2003) koncept integrácie vyjadril slovami: „Vstúp, ak sa môžeš prispôsobiť", kým inklúziu vyjadruje formulácia: „Vstúp, tu si ctíme odlišnosti. Tu môžeš byť taký, akým si...". Práve toto potrebujú počuť deti so znevýhodnením i ich rodičia na samom začiatku životnej cesty.

Ale nielen dieťa, aj rodičia potrebujú prijatie zo strany odborníkov a potvrdenie ich výnimočnej hodnoty. Odborníci by mali prezentovať voči nim bez výnimky postoj, že mať dieťa s postihnutím nie je tragédia a pohroma, ale výzva a zvláštna príležitosť niečo jedinečné dokázať. Podobne ako je tomu napr. v Turecku, kde nemajú toľko neurotických a utrápených rodičov, ale matky, ktoré vedia, že dostali od Boha mimoriadnu úlohu vychovávať jedinečné dieťa. Ich deti sú aj okolím prijímané celkom samozrejme a prirodzene vrastajú do svojho prostredia a nachádzajú si tam miesto.

Rodičia si musia byť vedomí, že ich dieťa je plne hodnotné, lebo inak nemajú predpoklady ho správne vychovávať. Spravidla ho potom príliš ochraňujú, majú problém prijať skutočnosť, odhadnúť, čo práve dieťa potrebuje. Niekedy si vyčítajú, že ho dosť nemilujú, inokedy sa preň úplne obetujú. Časté je aj zanedbávanie a nevyužívanie jeho možností. Ak ho vnímajú ako bez perspektívy, nemajú dôvod zasadzovať sa o zlepšenie systému starostlivosti a poskytnutie pomoci. Podľa holandského liečebného pedagóga Rinka(2005) je **chýbajúce vedomie hodnoty dieťaťa** najzákladnejšou formu výchovného zanedbávania. Preto emocionálne a eticky zrelí rodičia, ak vycítia u odborníkov podceňujúce postoje, často reagujú hnevom a snažia sa hoci aj vytváraním ilúzií o možnostiach dieťaťa, dať mu hodnotu. Ak rodič pod vplyvom reakcií v okolí začne vnímať dieťa ako menejcenné, neschopné, „chúďatko", stráca predpoklady ho viesť

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

a stáva sa udržiavateľom bolestného stavu. V tomto prípade aj sociálne prostredie potrebuje zmenu. Potrebuje novú skúsenosť. Nemecký liečebný pedagóg Speck (2008, s. 148) napísal, že človek nemá vrodené altruistické správanie, musí sa mu naučiť. Vlastné negatívne skúsenosti so vzťahmi a frustrácie v ranom veku, negatívne príklady ako aj neskôr chaos v normách a hodnotách, vedú v každodenných situáciách k narušeniu stability a k odmietaniu odlišností – javia sa ako zastrašujúce, nepríťažlivé, nudné, nezmyselné (Speck, 2008, s.173). Preto Speck (1998, 138) zdôraznil, že bariéra odlišnosti musí byť odstránená, lebo inak nie je možné pochopiť (a ani vychovávať, vzdelávať či liečiť) iného človeka. Odlišnosť nie je nutné pritom poprieť, ale treba ju prijať a rešpektovať. Možno aj ako odbornú výzvu pre poznávanie a objavovanie jedinečnosti iného človeka. Ale aj ako osobnú výzvu, lebo nový problém si vyžaduje nové riešenie – a otvára cestu poznaniu a vzťahom.

3) Podpora komunikácie

Ďalšou úlohou, ktorá sa dostala do popredia včasnej intervencie je **podpora komunikácie.**

Pre dieťa je spočiatku najdôležitejšou komunikačnou skúsenosťou dotyk. Ak dotyky aktívne prijíma, vstupuje do interakcie. Je dôležité, aby boli zdrojom bezpečia.

Príklad: Matke po pôrode po prvý raz priniesli na izbu dieťa. Začala sa mu prihovárať: „No tak vitaj, ukáž sa mi, ako ťa budeme volať?“ Dieťa spozornelo. Potom mu matka chytila rúčky tak, aby mohlo zovrieť prstami jej palce. Dieťa ich mocne stislo, pritiahlo pästičky k líčkam a na tvári sa objavil spokojný výraz, akoby chcelo povedať: „Už sa nebojím! Budem si ťa držať!“

Prekopová (2009, s. 44) upozorňuje, že už novorodenec sa snaží reagovať výrazom tváre a napodobňuje „tvárou v tvár“ mimické pohyby. Tento „úžasný rozhovor lásky, zmyslov, hormónov a empatie“ je základom rozvíjania zrkadliacich neurónov, ktoré umožňujú chápať sociálne a emocionálne prežívanie a konanie. Túto potrebu byť vo vzťahu, byť „držané a nesené“ dieťa nemôže naplniť, ak je zo zdravotných dôvodov oddelené od matky, alebo ak je ich interakcia veľmi krátka alebo je poznačená negatívnymi emóciami (strach, bolesť, neistota). Reakcie dospelej osoby by mali byť okamžité, konzistentné (v rovnakom štýle), zmysluplné, spojené s radostnou emóciou. Ak je vnímanie zo strany dieťaťa limitované bariérami vo vnímaní, slabosťou a pod., reakcie dieťaťa neprichádzajú hneď a nie sú tak dobre rozoznateľné, čo môže viesť k tomu, že snaha o komunikáciu zo strany dospelých je slabšia a lebo celkom chýba. Dieťa prestane vysielať signály na ktoré nikto neodpovedá. Ak sa jeho

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

zdravotný stav upraví a okolie „normalizuje“ svoje formy interakcie, zaostávanie v správaní dieťaťa sa interpretuje ako dôsledok poškodenia a nie ako naučené správanie, ktoré je možné rehabilitáciou ešte korigovať. Človek sa učí len zo svojej skúsenosti a aj dieťa potrebuje príležitosti, aby mohlo potrebné skúsenosti získavať.

Ostatníková (2013) uvádza, že inteligentné správanie sa nezakladá len na vysokej mentálnej aktivite, ale vyžaduje súhru kognitívnej inteligencie so sociálnymi, emocionálnymi a praktickými schopnosťami na zvládanie každodennej medziľudskej interakcie a komunikácie.

Ak sa má mať dieťa dobré predpoklady participovať na živote, musí vedieť komunikovať. Prvé skúsenosti so školskou inklúziou poukazujú tiež na význam komunikácie, lebo sťažená komunikácia sa javí ako najväčšia bariéra (Lechta, 2010, s. 64.). Bráni vzájomnému pochopeniu a limituje vzťahy. Švajčiarsky liečebný pedagóg Kobi (1983, str. 125) popísal tieto špecifické okolnosti vytvárania vzťahov ako:

zúženie (Verengung) – pre bariéry vo vnímaní, komunikácii, obmedzenia v mobilite, nedostatok skúsenosti zo strany dieťaťa a u vychovávateľa napr. predsudky, upnutie sa na klasické ciele, neznalosť kompenzačných prostriedkov, znížená empatia;

ochudobnenie, (Verarmung) - kedy prekážky súvisia s limitmi dieťaťa i dospelých pri vytváraní vzťahu v dôsledku psychických zvláštností – ktoré ovplyvňujú hĺbku, intenzitu, vrelosť vzťahov;

odcudzenie (Verfremdung), kedy prekážky zahrňujú problémy spojené s nepochopením komunikačných signálov a správania, deti sú vnímané ako rušivý element, dieťa a jeho vychovávateľ sú si navzájom cudzí,

a zlomenie, strata dôvery (Brüchigkeit), lebo ak sa dieťaťu nedostane dôvera, zažíva len neúspechy a poníženie - nakoniec sa vzdá a stiahne;

Možno aj fakt, že v prvých obdobiach života dieťaťa strhávajú na seba najviac pozornosti zdravotné problémy a ošetrovateľké úkony, a že dieťa reaguje atypicky (je spavé, dráždivé) alebo je dlho hospitalizované, nevyvíja sa prirodzená komunikácia ako je to vo vzťahu so zdravým dieťaťom. Rodič môže mať pocit, že nerozumie signálom dieťaťa, dieťa sa môže cítiť nepochopené a opustené, lebo jeho potreby nie sú napĺňané v dostatočnej miere a zaariadi sa podľa toho, že nemá zmysel vysielať signály, ktorým nikto nerozumie.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Úlohou odborníkov je **podporiť rodičov, aby lepšie rozumeli signálom a potrebám dieťaťa** a zvládli úlohu „**kontajnerovať“** (Horňáková, 2010) negatívne emócie, teda prijať plač, krik alebo odmietanie dieťaťa, zachovať pokoj a dobrou starostlivosťou mu dávať zmysel (plačeš - chceš ma mať pri sebe, potrebuješ...). Ak sa im to nedarí (dieťa plače, matka tiež, obaja sú zúfalí), situácia sa komplikuje, lebo dojčatá spravidla reagujú na záťaž podstatne rýchlejšie somatickými symptómami (napr. poruchami spánku, jedenia) než staršie deti, ktoré majú viac motorických výrazových prostriedkov a lepšie kontrolujú svoje správanie;

Dôležité je tiež, aby rodičia komunikovali medzi sebou navzájom i so svojim okolím a aby sa neuzatvárali v dôsledku svojho smútku a bolesti a nemotorným (i nevhodným) prejavom záujmu okolia. Tiež je dôležité aby smerom k okoliu komunikovali o svojich skúsenostiach, stratégiách zvládania, ale i o potrebách pomoci a opory.

4) Rozvíjať rodinný život a plánovať radostné udalosti

Dieťa profituje z kladných emócií – sú základom pre štart kognitívneho vývinu, podporujú poznávanie, učenie. Pomáhajú tomu rituály, slávnosti, spoločné hry, výlety.

Radosť umožňuje ale aj všetkým zúčastneným na starostlivosti odregovať mnoho napätia, nájsť rovnováhu, rozvíjať sociálny život a lepšie pripraviť dieťa na pobyt mimo rodiny. Silná rodina umožňuje „fungovanie“ všetkým svojim členom. To je tiež dôležitý zdroj radosti a zdravia

Rodič, ktorý je v pohode a dokáže byť vnímavo prítomný v starostlivosti o dieťa, vie podporiť interakcie, rozvíja optimálne fungovanie dieťaťa a jeho daností. Tým podporí aj jeho zdravie. Spravidla tu dochádza aj k vytváraniu reziliencie ako predpokladu vyrovanávať sa so záťažou bez ďalšieho poškodenia zdravia.

Rovnováha a kontinuita

Silno motivovaní rodičia pomáhať dieťaťu niekedy **neodhadnú primeranú mieru podnetov pre dieťa** - je dôležité, aby medzi záťažou a uvoľnením bola **rovnováha a kontinuita.** Stálosť v prostredí a spôsoboch opatery, opakovanie rituálov, pomáhajú dieťaťu orientovať sa, pochopiť súvislosti, očakávať dianie a cielene plánovať svoje konanie. (Horňáková, 2010, s. 21) Nadmerné zaplavovanie podnetmi naopak vyvoláva stres, najmä ak dieťa musí vynakladať veľké úsilie, aby sa zorientovalo a pochopilo dianie. Takéto dieťa môže byť dráždivé a mať problém zamerať svoju pozornosť, čakať, udržať kontakt. Alebo naopak, stane sa pasívnym.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Záverom možno zhrnúť, že mnohé problémy dieťaťa pri zaškolení sú iba dôsledkom chýbajúcej, slabej alebo nekomplexnej včasnej starostlivosti. Kvalitná včasná starostlivosť, je nenahraditeľná pri podpore optimálneho vývinu dieťaťa a zdravie jeho i rodiny. Pripravuje ho pre participáciu a robí možné skutočným. Márton (2012), ktorá sa zaoberá problematikou inklúzie, zhrnula takto skúsenosti z Maďarska: Včasná intervencia zvýhodňuje dieťa a veľmi dobre ho pripravuje pre úspešnú inklúziu.

Literatúra:

HORŇÁKOVÁ, M. (ed). 2010. *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. Bratislava : UK, 2010. 260 s., ISBN 978-80-223-2915-6.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha : Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KOBI. E.E.1983. Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. 4. vyd. Bern-Stuttgart : Haupt. 1983. ISBN 3-258-03194-0.

LECHTA, V. 2010. Komunikácia ako jeden z determinujúcich faktorov inkluzívnej edukácie. In LECHTA, V. 2010. Transdisciplinárne aspekty inkluzívnej pedagogiky. Trnava : Emit. 2010. ISBN: 978-80-970623-2-3.

LORENZ, R. 2008. *Zdravie výzva pre všetkých.* VODIČKOVÁ, B., KOVÁČOVÁ, B., STUPKOVÁ, M. (ed).Zb.: *Zdravie detí - výzva pre všetkých*. Bratislava : UK v BA. 2008., s. 6-19, ISBN 978-80-223-2460-1.

MAREŠ, J. 2012. *Postraumatický rozvoj člověka*. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

MATOUŠEK,O., PAZLAROVÁ, H. 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny.* Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

MÁRTON, E. *Skúsenosti s inklúziou v Maďarsku.* Nepublikovaná prednáška pre študentov Mgr. programu liečebná pedagogika. Bratislava: PdF UK. 19. 04. 2012.

MEDINA, J. 2011. *Pravidla mozgku dítěte*. Brno: C Press. 2011. ISBN978-80-251-3619-5.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

OSTATNÍKOVÁ, D. 2013. Kompetitívnosť vs kooperácia – dva aspekty inklúzie. In LECHTA, V.(ed.) Inkluzívna pedagogika a jej komponenty ako výzva, šanca a riziko. Trnava: (v tlači)

PREKOPOVÁ, J. 2009. *Pevné objetí. Cesta k vnitrní slobo*de. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-614-8.

RINK, J.E. 2005. *Praktická pedagogika*. Bratislava : UK, 2005. ISBN 80-223-2133-8.

SPECK, O. 1998. *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München: Reinhardt, 1998. ISBN 3-497-01411-7.

SPECK, O., 2008. Hirforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen. München Basel : Ernst Reinhardt Verl. 2008, 196 s. ISBN978-3-497-01959-5.

WALSER, CH., 2010. *Auswirkungen von chronischem Stress auf das Gehirn und Lernen.* In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Jg.16, 11-12/10. s. 6-11.

Kontaktné údaje:
Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.
Katedra liečebnej pedagogiky,
Lekárska fakulta SZU v Bratislave
E-mail: hornakova.prokopy@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

MOC BEZMOCNOSTI

Albín Škoviera

ABSTRAKT

Príspevok sa zameriava na niektoré aspekty krátkodobej pomoci rodičom dospievajúcich detí s problémovým správaním s dôrazom na rozvíjanie ich rodičovských (predovšetkým) výchovných kompetencií. Autor vychádza na jednej strane z psychodynamických teórií, na druhej strane zo svojej klinicko-poradenskej praxe. Situáciu „bezmocného rodiča“ považuje do istej miery za veľmi priaznivú ako východisko spolupráce. Napriek tomu, že chce rodič zmenu správania u dieťaťa, je i sám „náchylný“ k zmene. „Bezmocnosť rodiča“ je však aj veľmi riziková, pretože oslovuje terapeutov skrytý narcizmus, ktorý môže byť bariérou pri budovaní sebadôvery rodiča, jeho rodičovských kompetencií, „oslobodzovaní sa“ rodiča od terapeuta.

Kľúčové slová: *deti s problémovým správaním, „bezmocný rodič“, pomoc*

ABSTRACT

POWER AND POWERLESSNESS

The study focuses on several aspects of short term assistance for parents of teenage children with antisocial behaviour. The emphasis lies in developing their parental {and most of all} upbringing competences. On one hand, the author derives his ideas from psychodynamic theories, on the other hand, from his own clinical experience. To a certain extent, the situation of a "helpless parent" is a favourable starting point to work together. Although the parents want a change in the child, they're inclined to change themselves. The "helplessness of the parent" is risky, too - it might address the the therapist's hidden narcissism. That can be an obstacle since what is needed is building the self-confidence of the parent, his parental competences and setting themselves "free" from the therapist.

Keywords: *children at risk, "helpless parent", helping*

Motto: **Bezmocnosť je stav duše**. Keď sa považujeme za bezmocných, tak nimi sme.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Thomas J. Peters

Miesto úvodu do problematiky ponúkam dva príklady.

Prvý. V rokoch 1974 – 1976 som bol dva roky vychovávateľom v stredoškolskom internáte. V mojej výchovnej skupine bola (nazvime ju) Kamila. Poznala nielen mňa, ale aj moju manželku, ktorá ju na strednej škole učila slovenčinu. Naše vzťahy nijako neprekračovali bežné vzťahy vychovávateľa, učiteľa a žiaka. O 20 rokov neskôr mi Kamila plná bezradnosti a bezmocnosti telefonovala do diagnostického centra, kde som vtedy pracoval s deťmi s problémovým správaním, že má problémy so svojim pubertálnym synom, s ktorým žije po rozvode sama a potrebuje pomoc. Na moje pozvanie prišli obaja na jednorazovú návštevu do diagnostického centra. Zatiaľ, čo som syna Mira sprevádzal po diagnostickom centre, matka na nás čakala na chodbe. O 10 rok neskôr, keď som už pracoval v diagnostickom centre iba externe a ona tam pracovala (a dodnes pracuje) ako vychovávateľka, sa ma raz pýtala: Čo ste vtedy tomu môjmu synovi povedali a ukázali, že to na neho tak zapôsobilo? Odvtedy som s ním nemala väčšie problémy...

Druhý. Asi pred siedmymi rokmi sa na mňa obrátila matka 16 ročného Karola. Syn im bral peniaze i veci z domu, na strednom odbornom učilišti sa neučil a často vymeškával z praxe. Matka (hlava rodiny) sa správala k synovi ochranársky, otec bol za tvrdé riešenie, čo iba dokresľovalo celkový obraz ich aktuálnej manželskej a rodičovskej krízy. Na prvom stretnutí sa mi Karol zdôveril, že fajčí marihuanu. „Veď je to úplne normálne“, konštatoval. Hoci prijali moju ponuku a išli s diagnostickým centrom na terapeuticky koncipované víkendové stretnutie určené pre deti s poruchami správania, vnútorne tento víkendový pobyt neprijali.

Až vtedy, keď sa syn podieľal na pomerne rozsiahlej majetkovej trestnej činnosti a neukončil školu, boli schopní vnútorne prijať aj pre nich bolestivé z ponúkaných riešení. Dnes je Karol štvrtý rok v resocializačnej komunite Cenacolo (i s jedným ďalším zlyhaním). Jeho rodičov to spojilo a viedlo k hlbokému prežívaniu viery v Boha. Sú oveľa silnejší, ako vtedy, keď sme sa stretli prvýkrát.

Je viacero oblastí, ktoré by sme mohli na týchto dvoch príkladoch (aj s doplňujúcimi informáciami) analyzovať. Poukážeme len na štyri fakty:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Intenzitu problémového správania a dĺžku jeho trvania vnímame veľmi individuálne. V prvom prípade pre syna jednoznačne dané pravidlá matkou a jeho pubertálna snaha prekračovať hranice viedli ku konfliktu a napätiam, kde stačila „mierna ústretovosť" zo strany matky, aby problém ďalej neeskaloval. V druhom prípade to bola až majetková trestná činnosť mimo domu, vonkajší tlak (policajné vyšetrovanie), ktorý nútil rodičov prijať rozhodnutie. Oba kontakty s nami mali skôr formu „rodičovskej sondáže", v rámci ktorej sa cítili iniciátori slobodní v rozhodovaní. O túto slobodu sme im nechali.

Obidvaja synovia matkám dôverovali. Boli si istí, že s nimi „ich ľudia" hrajú fair. Prvý si to vážil, druhý to považoval za samozrejmosť a dôveru zneužíval. Dokázal rodičov „opiť rožkom". Svojimi pocitmi viny poskytovali synovi moc, ktorú zneužíval.

Matka Mira legitímne využívala rodičovské mocenské prostriedky a dokázala byť dôsledná. Rodičia Karola prežívali paralelne svoj partnerský konflikt a problémy s Karolom. Nedokázali ich v situáciách, kedy to bolo potrebné oddeliť a primerane využívať rodičovskú moc.

Trocha schematicky môžeme konštatovať, že vďaka zrelosti Kamily aj Miro mal šancu správať sa zrelo. Vďaka „nezrelosti" Karolových rodičov sa „nezrelo" správal aj ich syn.

Situácia rodiča, ktorý požiada o pomoc so svojím dieťaťom s problémovým správaním je veľmi podobná tým situáciám, aké majú rodičia dieťaťa s postihnutím. Považujeme ju za štandardnú. V klinickej praxi sa s ňou stretávame bežne. Voľba takej inštitúcie, akou je diagnostické centrum, ktorá je vnímané ako inštitúcia skôr represívna, býva už voľbou krajnou. Temer všetci rodičia detí s problémovým správaním oslovili a navštívili spravidla niekoľko „mäkších" inštitúcií pred tým.

Ich obavy i bezmocnosť síce môžeme vnímať ako dôsledok predchádzajúcich neúspešných pokusov o vyriešenie problému v predchádzajúcich inštitúciách, ale je pravdepodobné, že ide predovšetkým o obranný mechanizmus akým reaguje rodič na záťaž a neúspech. Nie sú síce „nabudení" na spoluprácu, ale sú odovzdane alebo so značnými pochybami nastavení na to (pod tlakom okolností a niekedy aj z vlastnej vôle), že sa bude zasa riešiť problém ich dieťaťa. Iba výnimočne sa stretávame s otvoreným odmietaním spolupráce, ale to už nie je obraz bezmocnosti.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Podľa Seligmana (2006) znamená naučená bezmocnosť vzdanie sa aktivity, ktoré vyplýva z viery, že nezáleží na tom, čo človek robí, pretože to výsledok aj tak nezmení. Práve predchádzajúce neúspešné pokusy vytvárajú sebapoňatie rodiča ako neschopného, stav bezmocnosti posúvajú do stratégie naučenej bezmocnosi. Môže ísť striedavo o potvrdzovanie si „hypotézy“, že to tak je a viery v to, že to tak nie je.

V duchu freudovskej psychonalýzy môžeme hovoriť o regrese do detstva ako únikového spôsobu osobnostného vyrovnávania sa s náročnou životnou situáciou. Ak situáciu vnímame optikou eriksonovského modelu, ide o návrat do obdobia dojčaťa (zodpovedá freudovskému orálnemu vývinovému obdobiu), kde sa rieši psychosociálna kríza dôvera verzus nedôvera (Komárik, 1999). A „cnosťou“ či psychosociálnou silou je nádej, viera.

V bernovskom modeli transakčnej analýzy sa rodič problémového dieťaťa prezentuje najmä v egostave závislého dieťaťa. Od terapeuta očakáva fungovanie v komplementárnom egostave kritického rodiča, ktorý je morálnou normou a dáva mu návody na riešenia. (Berne,2011)

Fakt, že sa rodič ponúka terapeutovi svojou bezmocnosťou, je plný úskalí. Okrem toho, že je to v tej chvíli pre rodiča bezpečný priestor „prežitia“, je za ňou snaha nielen presunúť zodpovednosť (presnejšie očakávaný neúspech) za riešenie problému na terapeuta, ale pokúša sa predovšetkým vtiahnuť terapeuta do priestoru, v ktorom ním svojou bezmocnosťou manipuluje. Vytvára si tak aj priestor pre vlastnú pasivitu. V takomto kontexte aj chápeme myšlienku psychoanalytika D. W. Winnicotta, že spoločnosť je viac ohrozená ľudskou poddajnosťou ako agresivitou (Winnicott, 1998).

Nebezpečenstvo, ktorému v takejto situácii čelí terapeut najviac, je predovšetkým on sám. Jeho zanietenie pre to, aby rodičovi pomáhal do krajnosti a paradoxne tak napĺňal svoje narcistické potreby. Zdôvodňuje si to tým, že reprezentuje predsa pomáhajúce profesie, má to teda v obsahu práce klient ho tak potrebuje. Uznávame, že je predsa veľmi príjemné počuť z úst klienta, akí sme dôveryhodní, úžasní, múdri a schopní. Práve na rozdiel od tých predchádzajúcich terapeutov. Je tu však vážne nebezpečenstvo, že miesto vzťahu dôvery, ako bezpečného prostredia, v ktorom sa nebojí klient konať, môže terapeut viesť rodiča –klienta k slepej viere, k závislosti, ku neslobode. V konečných dôsledkoch k neslobode a nezodpovednosti.

Úlohou terapeuta je predovšetkým:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

vytvárať bezpečné prostredie, oslabovať rodičovu nedôveru vo vlastné schopnosti a budovať jeho sebaprijatie a sebadôveru,

ukázať rodičovi, že sa na terapeuta dá „ľudsky“ spoľahnúť, a že ako profesionál dokáže pomôcť rodičovi v odkrývaní jeho rodičovského výchovného potenciálu,

pomôcť pochopiť rodičovi, že nielen má, ale vie byť zodpovedný za aspoň čiastočné riešenie problému, terapeut má viesť rodiča od presúvania zodpovednosti k jej preberaniu,

pomôcť rodičovi vyvažovať zastúpenie únikových a zdolávacích osobnostných mechanizmov, viesť ho od pasivity ku konštruktívnej aktivite,

povzbudiť rodiča, aby prešiel z egostavu závislého dieťaťa do egostavu akceptujúceho rodiča, resp. dospelého, aby zo závislosti prešiel k nezávislosti, k slobode.

V situácii prichádzajúceho rodiča – klienta je dôležité identifikovať ašpiráciu rodiča (prečo vlastne naozaj za nami prišiel) a identifikovať aj svoju vlastnú ašpiráciu, ako chceme v tomto terapeutickom vzťahu fungovať. Či chceme rodiča skôr viesť, alebo sprevádzať, či chceme posilňovať jeho závislosť a našu dôležitosť, alebo posilňovať jeho slobodu a zodpovednosť.

Ak vnímame (je to naše obľúbené prirovnanie) život človeka ako pieseň, ktorá má svoj príbeh, svoju melódiu, harmóniu, rytmus i tempo a my nie sme ani tak jej tvorcovia ako predovšetkým jej aranžéri a interpreti, potom úloha terapeuta nie je vôbec v tom, aby vytváral novú pieseň. Úlohou terapeuta je pomôcť existujúcu pieseň trochu inak aranžovať a spievať v nej istý čas druhý hlas. Preto, aby pomohol rodičovi - klientovi vnímať jej jedinečnú hodnotu a krásu.

Literatúra:

BERNE, E. 2011. *Jak si lidé hrají.* Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-99-2-7

KOMÁRIK, E.1999. *Pedagogika emocionálne a sociálne narušených.* Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-1394-7

ROŠKOVÁ, M. 2011. *Optimizmus, explanačný štýl a osobnostné preferencie*. Brno: Masarykova univerzita. Diplomová práca. Vedúca diplomovej práce: J. Dosedlová

SELIGMAN, M.E.P. 2006. *Learned optimism.* New York: Vintage books. ISBN 978-1400-078-39-4

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

WINNICOTT, D.W. *Lidská přirozenost.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1998. ISBN-80-86123-05-7

Kontaktné údaje:

Doc. PaedDr. Albín Škoviera, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Pedagogická fakulta

e-mail: askoviera@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

PODPORA REZILIENCIE RODÍN S DIEŤAŤOM SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V RÁMCI VČASNEJ INTERVENCIE

Silvia Šaškievičová

ABSTRAKT

Práca prezentuje možnosti ako podporiť rezilienciu v rodinách s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie. Prináša pohľad na realizáciu včasnej intervencie z pohľadu liečebného pedagóga v podmienkach zdravotníckeho zariadenia. Autorka v práci rozoberá situáciu v rodinách pri narodení dieťaťa s rizikovým vývinom, reakcie rodičov na novovzniknutú krízovú situáciu a ich adaptáciu na zmeny.

Vychádzajúc z praktických skúseností autorky boli identifikované možnosti úspešnej podpory reziliencie rodín s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením diagnostikovaným už v raných vývinových obdobiach. Práca ponúka konkrétne možnosti terapeuta podporovať rezilienciu v jednotlivých fázach procesu včasnej intervencie, ktoré spočívajú v úspešnom napojení odborníka na rodinu, vytvorením kvalitného vzťahu založenom na vzájomnej dôvere, v skorom diagnostickom zhodnotení dieťaťa a následne poskytnutú pomoc pri realizácii konkrétnych terapeutických krokov a opatrení zameraných na optimalizáciu situácie a poskytnutie novej životnej perspektívy pre rodinu.

Kľúčové slová: *rodina, dieťa so zdravotným znevýhodnením, reziliencia, včasná intervencia.*

ABSTRACT

Promoting resilience of families with child with health disability in the early intervention

The work presents possibilites how to support resiliency in families with medical handicapped children within early intervention. It brings a view of execution of early intervention from remedy pedagogue point of view in health centre conditions. Author in the work analyzes situation in families at birth of child with risky evolution, parent´s response to newly created

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

crisis and their change adaptation. Coming out from author experience there were identified resources of successfull support of resiliency of families with medical handicapped child diagnosed during early evolution period.

The work offers tangible chances of therapist to support resiliency in particular phases of the process of early intervention that consists in successfull specialist intrusion to family, establishing of qualitative relationship based on mutual confidence, in early diagnostic evaluation of child and subsequently offered help in execution of tangible therapeutical steps and measures focused on optimation of situation and provision of new life prospects for the family.

Key words: *family, medical handicapped child, resiliency, early child intervention*

Problematikou včasnej intervencie v rodinách s dieťaťom s rizikovým vývinom sa každodenne stretávam od roku 2001, kedy som začala pracovať v Špecializovanom liečebnom ústave Marína na Kováčovej. Ako liečebný pedagóg v tomto zariadení prichádzam do kontaktu s rodičmi detí s rôznymi zdravotnými obmedzeniami a znevýhodneniami prakticky z celého Slovenska.

Obyčajne pracujem s deťmi s identifikovaným rizikovým vývinom ešte pred dovŕšením prvého roku a teda som neraz prvým odborníkom, s ktorým rodina prichádza do kontaktu (mimo lekárskych vyšetrení, ktoré do toho času absolvovali). Aj z tohto dôvodu si uvedomujem mieru zodpovednosti, ktorú mám voči rodine a akými odbornými i osobnostnými kvalitami by mal odborník disponovať, aby zvládal poskytnúť rodičom adekvátnu pomoc pri ich orientácii.

Nakoľko ide neraz o prvotnú skúsenosť rodiča, ktorý prichádza za odborníkom s určitými očakávaniami, je dôležité už pri prvokontakte klásť dôraz na vzájomnú komunikáciu, ktorá je základom vybudovania si vzájomného vzťahu, počiatku vzájomnej spolupráce. Vzhľadom k tomu je potrebné zadávať vhodné a jasne formulované otázky, správne pochopiť a následne interpretovať rodičovské odpovede, vedieť v odpovediach „čítať aj medzi riadkami“, správne vyhodnocovať aj neverbálne prejavy v komunikácii a hlavne aktívne, s účasťou počúvať. V zmysle: „*Nepostačuje počúvať len ušami. Pomáhajúci musí načúvať aj očami a srdcom...“ (*J. Křivohlavý, 1993, str. 23).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Včasná intervencia poskytovaná mnou, liečebným pedagógom v našom zariadení, je súbor intervencii diagnostických, poradenských a terapeuticko-výchovných. V praxi to funguje tak, že v rámci prvých pobytoch (keď má dieťa neraz len niekoľko mesiacov) sa dieťaťu lekárom indikuje liečebno-pedagogická starostlivosť – v zmysle včasnej intervencie. Zámerne uvádzam „prvý pobyt“, nakoľko naši najmladší pacienti sú obyčajne deti s identifikovaných rizikovým vývinom, a teda je veľký predpoklad, že pobyty v našom zariadení sa budú opakovať. (Z nášho pohľadu sú tieto opakované pobyty cennou ľudskou aj odbornou skúsenosťou – sprevádzanie rodiny v rôznych fázach ich neštandardného rodičovstva.)

Mojim cieľom je zahájiť prvotnú spoluprácu s rodinou (resp. s matkou, ktorá je s dieťaťom na pobyte). Rodičia detí s narušeným vývinom majú svoje neodmysliteľné miesto v procese včasnej intervencie. Rodiča nevnímam len ako zdroj informácií o dieťati, ale stávajú sa pre mňa akýmsi „kooterapeutom“, a teda sú neoddeliteľnou súčasťou našich diagnostických, poradenských či terapeutických intervencií.

Počas celého procesu je nutná úzka spolupráca s ním, je neustále informovaný s aktuálnym stavom a vývinovým profilom svojho dieťaťa a možnosťami smerovania ďalšej intervencie. Vždy je prítomný na jednotlivých intervenciách. Prípadné otázky, nejasnosti, námety spolu následne prekonzultujeme a nachádzame/ navrhujeme nové stratégie. V rámci intervencií si všímam aj individuálne zdroje zvládania konkrétnej rodiny, čo sú ich silné stránky – protektívne faktory, prípadne aké vplyvy sú rizikové pre ich rodinnú rezilienciu. Cieľom je, aby po skončení ich pobytu sme spoločným úsilím našli nové stratégie zvládania životnej situácie, našli možnosti ako podporiť ich rezilienciu.

Uvedomujem si, že každá rodina je iná, má svoje špecifiká, svoje individuálne problémy a následne svoje konkrétne stratégie zvládania, ale majú aj veľa spoločného v rámci hľadania vhodného prístupu k svojim deťom, hľadania odborníkov, ktorí im poskytnú odpovede na ich otázky. Cítia naliehavú potrebu správneho nasmerovania čím skôr – najlepšie hneď po identifikovaní problému, aby sa nič „nezanedbalo“ a náprava prišla čo najskôr.

Význam poskytovania včasnej intervencie (ďalej len ECI – Early Child Intervention) pre deti s rizikovým vývinom a ich rodiny je nesporný. Pričom zámerne dôraz dávam na adjektívum „včasná“, „skorá“, či „raná“, nakoľko dynamika a charakter vývinových zmien v týchto prvých mesiacoch života dieťaťa je neporovnateľne výraznejšia ako v neskorších vývinových

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

obdobiach. Tak ako sa nám môže podariť včasne podchytiť tieto zmeny a cielene ich stimulovať vhodnými intervenciami a cvičeniami, tak ich ignorovaním a bagatelizovaním môžeme stratiť vzácny čas a v budúcnosti môžu byť následky už nezvratné.

To, že zmeny musia prebiehať v najbližšom sociálnom prostredí samotného dieťaťa – teda v jeho rodine, je nesporné. Skutočnosť, že v rámci starostlivosti o dieťa s rizikovým vývinom sa čím ďalej tým viac zaoberáme jeho rodinou komplexne, považujeme za významný posun v chápaní systematického prístupu vo včasnej intervencii.

Každodenná prax nám dokazuje, že narodenie dieťaťa s ťažkým zdravotným znevýhodnením do rodiny prináša so sebou napätie súvisiace najmä s nejasnými očakávaniami a so strachom z budúcnosti. Jednotliví členovia rodiny prežívajú náhly emocionálny stres, obavy z ohrozenia funkčnosti rodiny či jej existencie v novovzniknutých podmienkach. Nie vždy rodičia disponujú takými schopnosťami, danosťami, aby vzniknutú krízu prekonali bez zainteresovanej pomoci z vonku – sprevádzanie odborníkom pokiaľ možno hneď v úvode ich začínajúceho „neštandardného rodičovstva“. V záujme všetkých členov rodiny a hlavne samotného dieťaťa je tento stav čo najskôr objektívne vyhodnotiť a aktívne sa podieľať na hľadaní nových stratégií rodinného fungovania v zmenených podmienkach.

V poslednom období sa viacerí odborníci, pracujúci s rodinami v rámci včasnej intervencie, začínajú zaoberať možnosťami podpory reziliencie (odolnosti) rodiny s dieťaťom s rôznymi zdravotnými znevýhodneniami. Aby takéto rodiny už na začiatku svojho „neobyčajného rodičovstva“ si dokázali uvedomiť svoje možnosti, prednosti, prípadne limity, ktorými ako rodina disponujú a ktoré musíme rešpektovať, aby spoznali faktory, ktoré ich odolnosť voči krízovým obdobiam determinujú.

Ako chápeme rezilienciu v kontexte rodiny?

> Pojem reziliencia sa všeobecne prekladá ako nezdolnosť, húževnatosť. I. Šolcová (2009, str.10) uvádza, že „pôvodný, skôr statický termín (odolnosť, nenáchylnosť – invulnerability) sa postupne začal nahrádzať termínom reziliencia, ktorý už vo svojom pôvodnom význame (pružnosť) navodzuje dynamický pohľad.“ M. Horňáková (2010) dopĺňa, že reziliencia sa chápe ako:
>
> danosť (individuálne dispozície človeka pre udržanie zdravia a tiež vonkajšie okolnosti žitia),

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

dynamický proces úspešnej adaptácie v nepriaznivých okolnostiach.

V kontexte rodiny by sme ju mohli definovať ako „schopnosť rodiny konštruktívne pristupovať k riešeniu problémov, pričom jej jednotliví členovia dokážu spoločne konštruktívne zareagovať na výzvy života v rámci dynamiky rodinných vzťahov s využitím vnútorných a vonkajších zdrojov“ (M. Slaninová, 2008).

Podporovať rezilienciu v rodinách s dieťaťom s rizikovým vývinom je jej aktivácia, pomoc pri aktívnom hľadaní nových stratégií, zreálnení pohľadu na novovzniknutú situáciu a podpora kompetencií konať, riešiť problémy, rozhodovať sa a prebrať zodpovednosť pri iniciovaní zmien. Pomoc v rámci včasnej intervencie spočíva v pomoci pri orientácii rodiny na vlastné zdroje zvládania, na vlastnú rezilienciu – ako individuálnu a jedinečnú schopnosť každej rodiny, ktorá sa aktivizuje vtedy, keď sa vyskytne problém, ktorý treba akútne riešiť.

V neposlednom rade, v zdravom rodinnom prostredí sa dieťa cíti dobre, príjemne, je spokojné a šťastné. Slovné spojenie „zdravé rodinné prostredie“ v našom chápaní znamená prostredie, v ktorom členovia rodiny nachádzajú to, čo potrebujú pre svoje psychické zdravie a pre rozvoj svojej osobnosti: lásku, oporu, sebaovládanie, uznanie osobného úspechu, vedomie spolupatričnosti a pocit dôvery. Rodina je ideálnym miestom pre zdravý vývin dieťaťa, keď cíti, že je prijaté rodičovskou láskou. Láskou dopredu danou a „nezaslúženou“, bezvýhradnou a bezpodmienečnou, keď je dieťa milované a prijímané také – aké je, aj s prípadnými svojimi „nedostatkami“ či obmedzeniami. Láskavé napĺňanie individuálnych potrieb dieťaťa by malo byť rodičov to najdôležitejšie.

Dieťa so zdravotným znevýhodnením

Pokrok lekárskej vedy umožňuje, že sa stále viac rodí a prežíva detí narodených veľmi nezrelých – nedonosených (ide veľakrát o extrémnu nezrelosť – dieťa narodené pred 27. týždňom tehotenstva). Tieto deti prežívajú, ale často s ťažkými následkami – rôznymi vážnymi zdravotnými obmedzeniami. Pri ťažkých kombinovaných postihnutiach (zrakovom, telesnom, mentálnom a rečovom) nie je „pacientom“ len samotné dieťa, „pacientom“ sa stáva, v širšom zmysle slova, celá rodina.

Stanovením diagnózy a následnej nepriaznivej prognózy dieťaťa sa pre rodinu spúšťa nekonečný kolobeh rôznych zdravotných, sociálnych, ekonomických a výchovných záťaží.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Stupeň náročnosti a emočnej záťaže je úmerná druhu a stupňu znevýhodnenia konkrétneho dieťaťa.

V praxi nášho zariadenia v rámci včasnej intervencie pracujeme s deťmi s tzv. rizikovým vývinom. Ide o deti, u ktorých už prakticky od narodenia identifikujeme či predpokladáme, že vývin bude iný, oneskorený či výrazne obmedzený. Obyčajne sú to deti predčasne narodené, extrémne nezrelé a málokedy mávajú len jedno postihnutie z jednej oblasti. Častou diagnózou nezrelých novorodencov je DMO. Detská mozgová obrna (DMO) je porucha napätia svalov a koordinácie pohybov.

Predčasne narodené deti mávajú napr. vážne zrakové postihnutia súvisiace s nezrelou sietnicou oka. V kombinácií s kyslíkovou terapiou v inkubátoroch mávajú tzv. retinopatiu nedonosených – čiže následné celoživotné zrakové oslabenie rôzneho stupňa. Následkom nezrelých mozgových ciev bývajú prítomné rôzne zakrvácania do mozgových štruktúr a následne neurologické poškodenia rôzneho rozsahu. Prítomné sú častejšie apnoické pauzy, kedy v určitých intervaloch prestane novorodenec na chvíľu dýchať či ochorenie hyalínových membrán kvôli nedostatočne vyvinutému pľúcnemu tkanivu. Celkovo môžeme povedať, že u týchto detí je vyššie riziko vrodených vývinových chýb. Ide o deti, ktorým sa neskôr diagnostikujú motorické, zrakové, mentálne, sluchové a rečové obmedzenia. Jedná sa o deti s tzv. ťažkým kombinovaným zdravotným postihnutím. V našej práci budeme používať pojem – zdravotné znevýhodnenie.

V rámci našej práce je pre nás najprirodzenejšie chápanie identifikovaného znevýhodnenia u dieťaťa, ako procesu – čiže niečoho, čo je v dianí, čo sa stále mení, vyvíja – nie ako niečoho „hotového“, konečného, stigmatizujúceho v podobe určenia konečnej diagnózy. Samotnú liečebno-pedagogickú diagnostiku M. Horňáková (2010) chápe ako interaktívne odkrývanie reality dieťaťa s cieľom pochopiť súvislostí a pozadia jeho problémov. Diagnostické údaje sa zbierajú aj klasickými metódami ako anamnéza, testy, škály, ale na prvom mieste je pozorovanie pri konaní , najlepšie priamo v životnom prostredí.

Každé dieťa sa rodí s vlastným potenciálom a s vybavením pre svoj ďalší vývin. Vývin každého dieťaťa napreduje jednak podľa všeobecných zákonitostí, rovnako však s individuálnym akcentom. Ak dieťa vo vývine brzdia určité obmedzenia, je potrebné ich vnímať, brať do úvahy a pri podpore rešpektovať. Každé obmedzenie spôsobuje vo vývine prekážky. Nerešpektovanie

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

týchto súvislostí má za následok vážne narušenie vzájomnej interakcie dieťaťa so svojim okolím. Ak je takáto nesprávna interakcia včasne neodstránená a nenahradená vhodnejšími výchovnými a komunikačnými stratégiami – môže to mať za následok dlhodobú depriváciu dieťaťa z hľadiska ponúkania neadekvátnych podnetov pre jeho vývin.

Úlohou včasnej intervencie u detí s rizikovým vývinom je objektivizovať aktuálny stav vývinu dieťaťa, rešpektujúc jeho aktuálne možnosti, limity a na základe toho voliť primeraný stimulačný program. Samotný program, alebo jeho parciálne cvičenia sú vždy individuálne „ušité na mieru“ konkrétneho dieťaťa. Samotné dieťa a jeho konkrétna rodina je vždy jedinečným systémom a konkrétna pomoc, ktorú si vyžaduje sa nedá odvodiť len na základe stanovenia „diagnózy“. Je potrebné vnímať širšie súvislosti.

Pri práci s rodinou v rámci včasnej intervencie rešpektujeme Vygotského existenciu zóny aktuálneho a zóny najbližšieho vývinu. Alebo inak povedané: vychádzame z toho čo už dieťa vie, pozná a čo by už malo vedieť – kam smerujeme. Zóna aktuálneho vývinu zahŕňa už plne rozvinuté funkcie a schopnosti, kým zóna najbližšieho vývinu obsahuje tie schopnosti a funkcie ktoré sa v najbližšom čase rozvinú – za pomoci dospelého (rodiča či terapeuta). Zóna najbližšieho vývinu - mentálny vývin jednotlivca prebieha v určitých etapách, ktoré nezačínajú náhle a nemenia sa skokom, ale organizmus sa na prechody k vyšším vývinovým etapám dopredu pripravuje. Obdobie, ktoré tesne predchádza novej vývinovej etape, býva vnímavejšie, pohotovejšie zareagovať na vnútorné podnety, takže sa v ňom dá nástup zmien urýchliť. Podľa L. S. Vygotského (1976, s.223) „*môže byť zóna najbližšieho vývinu chápaná ako obdobie, keď sa dieťa blíži k novej vývinovej etape, ale ešte ju nedosiahlo, ale za určitých podmienok – za pomoci dospelého- ju môže dosiahnuť rýchlejšie, než by tomu bolo pri spontánnom vývine.*“ V tomto zmysle má vhodne zvolený individuálny program rešpektujúci vývinové zákonitosti dieťaťa nesmierny stimulačný význam. Jednotlivé cvičenia programu sa zameriavajú preto hlavne na posilňovanie vnímania – sprístupňovania vnemov. Stimulačný program má byť motivačný, počítajúc s vývinom ako s procesom, s reálnymi očakávaniami. Dobrou spätnou väzbou je spokojnosť a radosť dieťaťa, jeho celkové prospievanie a tiež spokojnosť rodičov z dosahovania pozitívnych zmien a čiastkových úspechov.

Narodenie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do rodiny

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

> Očakávania rodičov pri narodení každého dieťaťa sú prirodzene pozitívne. Rodičia očakávajú narodenie zdravého dieťaťa. Je prirodzené, že rodičia sa na všetko, čo s výchovou a rastom ich milovaného potomka súvisí, tešia. Čím ambicióznejšie plány s dieťaťom rodičia majú, tým viac sú sklamaní, frustrovaní, keď nie všetko sa začne odvíjať podľa ich predstáv. Narodením dieťaťa s rôznymi druhmi zdravotnými znevýhodneniami prináša rodine psychický stres a je to zároveň nesmierna skúška ich rodičovskej a osobnej zrelosti. Pochopiteľne, že na tieto životné zmeny a okolností nikto nikdy nie je „primerane“ pripravený.

Rodičia dieťaťa so znevýhodnením zažívajú bezprostredne po jeho narodení šok. Po prekonaní prvého otrasu prichádza úzkosť, strach, obavy z budúcnosti, široká škála rôznych depresívne ladených nálad... Negatívne sú ovplyvnené aj ich vzájomné vzťahy. I. Dickman, S. Gordon (2006) uvádzajú, že hlavnou príčinou dezintegrácie rodiny nie je samotné poškodenie dieťaťa, ale spôsob akým rodina zareaguje na túto skutočnosť.

Rodiny, ktoré sa vyznačujú rezilienciou sú typické tým, že po nejakej stresujúcej udalosti, ťažkom období, ktoré nečakane zasiahlo ich rodinné fungovanie, zvládnu úspešne prekonať a pokračovať v pôvodnom smere a v pôvodnom stave. Podľa viacerých autorov je reziliencia kapacitou sledovaných cieľov, ktoré dávajú nášmu životu zmysel pokračovať ďalej v nastolenom životnom „kurze“. Podľa M. Horňákovej (2010) sa reziliencia v priebehu života vyvíja, nie je rysom osobnosti, ale naučenou formou správania.

V rámci ECI som neraz prvým odborníkom, ktorý do interakcie s rodinou vstupuje. Snahou odbornej intervencie je podporiť rodinnú rezilienciu, aby rodina čo najskôr zvládala sama riešiť ťažkosti, zadaptovať sa a ďalej pokračovať pokiaľ možno v čo najoptimálnejších podmienkach pre špecifický vývin ich dieťaťa. Niekedy ani enormné úsilie odborníka nestačí pri zmiernení napätia v rodine a neraz narazíme na skryté či otvorené odmietanie. Sú rodiny, ktoré objektívne vykazujú väčšiu mieru reziliencie ako iné. Faktory, ktoré hodnotím ako pro-rezilientné sú:

> funkčná komunikácia medzi členmi rodiny, spojená s otvoreným prežívaním emócií,
> kvalitné vzťahy v rodine, založené na vzájomnej dôvere, tolerancii a vzájomnej láske,
> kvalitné vzťahy aj mimo rodiny (priateľské, rodinné, pracovné...),
> schopnosť rodiny vedieť flexibilne, pohotovo riešiť nové situácie, prijať aj nečakané zmeny, ktoré zvládnu pretransformovať na akési životné výzvy,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

súdržnosť rodiny, ktorá sa prejavuje aj štýlom ako trávia spoločný voľný čas či v dodržiavaní nejakých rodinných rituálov,

spiritualita, viera, že „veci“ sa dejú, okolnosti prichádzajú rôzne... či pozitívne nastavenie, ladenie... pozitívny pohľad do budúcnosti,

sociálna podpora, starostlivosť, schopnosť orientácie sa v spleti sociálnych zákonov a poznať možností pomoci.

Ďalej ešte doplním zistenia, ktoré mám vypozorované a patria rovnako medzi faktory, ktoré značne determinujú prijatie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením a podieľajú sa na reziliencii:

druh a stupeň zdravotného postihnutia dieťaťa,

kedy, za akých okolností k poškodeniu došlo... a akým spôsobom rodičom tieto skutočnosti boli oznámené,

vek rodičov,

dosiahnuté vzdelanie rodičov (niekedy sa stretávame so skutočnosťou, že inak prijíma vysokoškolsky vzdelaná, ambiciózna matka dieťa s výrazným mentálnym oslabením a inak dieťa, ktoré má napr. zrakový handicap...),

poradie v akom sa dieťa do rodiny narodilo (či ide o prvorodené, či je jedináčik, alebo ide o viacdetnú rodinu...),

dokonca aj bydlisko (či býva rodina na dedine, či v meste – kde je väčšia anonymita),

úplnosť/ neúplnosť rodiny,

spiritualita.

Aj rodiny, ktoré nedisponujú z rôznych dôvodov pro-rezilientnými faktormi, resp. rodiny, ktoré následkom narodenia dieťa so zdravotným znevýhodnením vykazujú už znaky dysfunkčnosti môžeme správnym prístupom a v správnom čase podporiť a pomôcť im. Stretnutia s odborníkom, ktoré absolvujú v rámci včasnej intervencie sú ideálnym miestom na takýto druh pomoci. Ako rodina, ktorá má ťažkosti zvládať krízu a ktorá by možno nikdy cielene nevyhľadala odbornú pomoc, ale v rámci pomoci, ktorú vnímajú ako orientovanú striktne len na ich dieťa je nám umožnené sa úspešne na rodinu napojiť a prehodnotiť problém komplexne a to v rámci ktorejkoľvek fázy procesu ECI:

Oboznámenie sa s problematikou – *anamnestická fáza.*

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Zisťovanie aktuálneho stavu - *diagnostická fáza.*

Vytváranie cieľov, plánovanie, voľba vhodnej terapie a samotná realizácia terapeutických intervencií – *terapeutická fáza.*

Intervencie zamerané na rodiča – *poradenská fáza.*

Podpora reziliencie rodín v rámci anamnestickej fázy procesu ECI.

Podporiť rodinu k ďalšej spolupráci a k jej reziliencii v rámci anamnestickej fázy ECI sa snažím prostredníctvom spoločného „zreálneniu pohľadu“ na aktuálnu situáciu. Ponúkam pomoc pri nachádzaní odpovedí na aktuálne otázky. Pre nasledujúcu vzájomnú spoluprácu, pre náš vzťah, ktorý je potrebný, aby sa vytvoril medzi nami, je kľúčové, aby som v tejto fáze pôsobila na rodiča ako odborník kompetentne, dôveryhodne, ale aj ako človek – sympaticky, neformálne, s optimistickým a radostným očakávaním pozitívnej zmeny. Rodič vstupuje do interakcie so mnou – s odborníkom, so svojimi aktuálnymi potrebami a očakávaniami a mne z toho vyplývajú konkrétne úlohy a ciele našich intervencií.

V nasledujúcom prehľade uvádzam potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a možnosti podpory reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci anamnestickej fázy procesu ECI:

Potreby a očakávania rodiča	Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom
Potreba vypočutia, porozumenia (bez hodnotenia), akceptácie, empatického zdieľania... adekvátna interakcia s odborníkom.	Vytvoriť akceptujúci, empatický vzťah v dôvere a aktívne vypočuť, porozumieť, zhodnotiť aktuálnu situáciu a následne svoje možnosti pomoci. Ubezpečiť rodiča o svojom úprimnom záujme byť veci prospešný.
Potreba formulovať svoje emócie, svoje očakávania zo spolupráce s terapeutom.	Podporovať rodiča v jeho kompetenciách, v jeho emocionálnej otvorenosti. Ubezpečiť ho, že ho prijímate bez výhrad. Pozorne počúvať a odpovedať na otázky „očakávaní“. Určiť si hranice a kompetencie. Zreálniť očakávania.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Potreba dostať informácie o ponuke zo strany terapeuta. Dostať odpoveď na svoje otázky: „Čo sa ide diať?“ „Čo mi môžete ponúknuť?“	Poskytnúť informácie o svojej odbornej kompetentnosti v zmysle, ubezpečenia rodiča, že sa problematike profesionálne venujeme, že sa v nej orientujeme, že máme dostatok skúseností. Poskytnúť informácie o ďalších krokoch, postupoch intervencií...
Potreba počuť „prognózu“, ubezpečenie, že mu pomôžeme. Potreba optimistického povzbudenia, radostného pohľadu do budúcnosti – mať cieľ, zmysel!	Poskytnúť reálny pohľad na situáciu. Ubezpečiť rodiča, že sa posnažíme byť veci prospešný v najväčšej možnej miere v rámci svojich možností, kompetencií a limitov. Úprimne sa tešiť z každého úspechu, ktorý sa dostaví a optimisticky ho zakomponovať do ďalších pozitívnych plánov. Svojim reálnym optimizmom mobilizovať vnútorné zdroje rodiny.
Potreba ubezpečenia, že doteraz konal správne, že nič nezapríčinil on, že nič nezanedbal...	Ubezpečiť rodiča, že každý koná najlepšie ako vie v danej situácii. Nemáme dosah na okolnosti, ktoré sa už udiali, ale sme kompetentní meniť prítomnosť a budúcnosť. V nás nachádza plnú podporu, aby sme ho sprevádzali pri hľadaní nových zdrojov a stratégií efektívnejšieho zvládania.

Podpora reziliencie rodiny v diagnostickej fáze procesu ECI

Už v priebehu prvých stretnutí - fázy anamnestickej - sa snažím zorientovať v situácii rodiny a vytváram komunikačný priestor pre rodičov. Rodič prechádza rôznymi fázami – od počiatočného uvedomenia si problému až po postupné prijatie reálnej skutočnosti a hľadanie novej životnej orientácie, uskutočňovanie zmien. Rozhodujúcou fázou v ich živote je neraz fáza diagnostická – priama konfrontácia s realitou, a síce, že ich dieťa má závažné zdravotné obmedzenie s dôsledkami na jeho ďalší vývin.

Diagnostika v rámci ECI je vždy *procesuálna* (o tom informujeme aj rodiča, aby nebol sklamaný, keď výsledkom diagnostického procesu v rámci ECI nemusí vždy byť konkrétna „diagnóza“, ale skôr aktuálne smerovanie dieťaťa, jeho vývinové tendencie). Diagnostické

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

závery sa obyčajne v rámci ECI formulujú hypoteticky, aby bol vytvorený priestor pre jej ďalšie priebežné overovanie, dopĺňanie a prípadne ju modifikovať podľa nových skutočností. Uvedomujem si mieru zodpovednosti pri prvotnom hodnotení dieťaťa a vyjadrovania sa k ďalšej prognózy, nakoľko včasnou diagnostikou a následnou stigmatizáciou v podobe určenia diagnózy (alebo len podozrenia) môžeme výrazne ovplyvniť ďalší život dieťaťa, ako aj jeho rodiny.

Významnú úlohu tu zohráva čas. Je veľmi dôležité, aby to bolo v živote dieťaťa čo najskôr, najlepšie v priebehu prvého roka života dieťaťa.

Z etiologického hľadiska ide obyčajne o symptomatickú diagnostiku, nakoľko ide o pozorovanie v ranom vývine a manifestné sú len niektoré prejavy u dieťaťa, ktoré následne vyžadujú dôslednú diagnostiku na potvrdenie alebo vyvrátenie podozrení – hypotéz.

Môžem povedať, že zmyslom včasnej diagnostiky je v našom chápaní preto:

pomôcť porozumieť podstate konkrétneho zdravotného obmedzenia dieťaťa a možným ďalším problémom,
ukázať nové cesty efektívneho prístupu, možností a terapie pre rodičov.

Mojou snahou je, aby potvrdenie diagnózy dieťaťa bolo zároveň okamihom začatia odbornej intervencie v rodine**.** Je vhodné, aby rodičia v tomto období spolupracovali s odborníkmi. Ich „neobyčajné rodičovstvo“ si vždy vyžaduje profesionálnu podporu, obzvlášť v čase, keď prijímajú novú životnú situáciu a prispôsobujú sa jej. Včasnú diagnostiku a skorý vstup profesionálnej starostlivosti do rodiny považujem za rozhodujúce psychologické faktory zvládania rodičovského stresu pri narodení dieťaťa so zdravotným obmedzením a rovnako je dôležitou efektívnou stratégiou zvládania a podpory rodinnej reziliencie.

V nasledujúcom prehľade uvádzam potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a podpora reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci diagnostickej fázy procesu ECI:

Potreby a očakávania rodiča	Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom
Potreba čo najskôr poznať a porozumieť podstate obmedzenia ich dieťaťa a možnostiam, ktoré	Poskytnúť potrebné informácie ohľadom diagnostických možností, obmedzení, limitov. Objektívne zhodnotenie situácie z viacerých uhlov

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

z toho vyplývajú. Poznať odpoveď na otázku: „Čo môžem ako rodič urobiť pre svoje dieťa?“	pohľadu – s otvorenou prognózou. Dostupnosť k týmto informáciám by mala byť čo najskôr – tým sa značne redukuje napätie a stres v rodine.
Potreba orientácie do budúcnosti. „Čo bude?“ „Čo môžeme očakávať vzhľadom k reálnym možnostiam?“	V rámci ECI sa o prognóze v zmysle medicínskom terapeut nevyjadruje – skôr o „vývinových tendenciách dieťaťa“. Určité limity sú známe, stále zohľadňujeme možnosť prebiehajúcich vývinových zmien. V rámci ECI je dôležité spôsob oznámenia diagnostických zistení a následných možností – s motivačnými víziami.
Možnosť zdôveriť sa so svojim strachom a obavami z budúcnosti, z neschopnosti prijať reálnu situáciu. Strach zo životnej perspektívy dieťaťa, aj celej rodiny.	Rodič má právo odmietať skutočný stav ohľadom svojho dieťaťa –najmä, ak jeho obmedzenie ešte nie je „viditeľné“. Majú tendenciu neveriť reálnemu stavu, popierať závery zistení, odmietať realitu. Úlohou terapeuta je tieto pocity prijať, zdieľať a snažiť sa pomôcť rodine, aby toto odmietanie prinieslo efektivitu nie deštrukciu.
Potreba novej orientácie pre seba, pre rodinu vychádzajúce z diagnostických zistení. „Čo ďalej?“ „Ako konkrétne ďalej?“	Aktivácia rodiny. Pomoc pri hľadaní nových stratégií, zreálnení pohľadu na novovzniknutú situáciu. Podpora kompetencií konať, riešiť problémy, rozhodovať sa a prebrať zodpovednosť pri iniciovaní výchovných zmien. Pomoc pri orientácii na vlastné zdroje zvládania.
Vytvoriť si nový, reálny obraz o možnostiach a limitoch svojho dieťaťa.	Podať reálny obraz o dieťati a tým predísť nereálnym očakávaniam, prípadne zabrániť prestimulovanosti dieťaťa, čo je u malých detí častým problémom. V rámci podpory rodiny je našou snahou nesústrediť sa na konkrétne obmedzenia dieťaťa, na symptóm, ale posilňujeme kompetencie rodičov rozumieť svojmu

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

	dieťaťu, prijať ho bez výhrad, dokázať sa z neho tešiť, radovať sa z jeho pokrokov.

Podpora reziliencie rodiny v terapeutickej fáze procesu ECI

Spravidla ide v nadväznosti na diagnostickú fázu procesu kedy na základe diagnostických zistení zostavujeme súbor liečebnopedagogických stimulačných cvičení. V prítomnosti rodiča prebiehajú cvičenia individuálne, vo forme krátkych praktických zamestnaní. Snažím sa o čo najprirodzenejšie situácie, v ktorých má dieťa možnosť reagovať spontánne a jemu vlastným spôsobom.

Terapeutické intervencie v rámci ECI by nikdy nemali mať formu tréningu, ale si vyžadujú interaktívne zapojenie sa všetkých zainteresovaných. Čiže spoluprácu medzi dieťaťom – terapeutom a rodičom. Sú koncipované tak, aby rešpektovali aktuálne dosiahnutý vývinový stupeň dieťaťa, aby boli prínosné pre praktický život, aby boli podnetné pre rodiča a dostatočne atraktívne pre dieťa.

Vo včasnej intervencii niekedy ťažko striktne oddeliť čo je ešte vo fáze hodnotiacej – diagnostickej a čo je už terapeutické. Samotné hrové aktivity s dieťaťom – čo tvorí gro v rámci ECI, je ťažko hodnotiť či ide primárne o „diagnostickú terapiu“ a či „terapeutickú diagnostiku“.

V nasledujúcom prehľade uvádzame potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a podpora reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci terapeutickej fázy procesu ECI:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Potreby a očakávania rodiča	Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom
Príprava na intervenciu, potreba dostať inštrukcie, konkrétne informácie čo môžem od intervencie očakávať, aké sú možnosti praktického využitia...	Zreálnenie, prispôsobenie očakávaní v súlade s reálnymi možnosťami. Jasne formulovať naše ciele, ktoré intervenciou sledujeme – stimulácia dieťaťa, ale rovnako aj usmernenie rodiča prostredníctvom praktických zážitkov.
Prakticky predviesť spôsob interakcie, hry, cvičenia, komunikácie s mojim dieťaťom, aby sme zažili pozitívnu zmenu. (Rodič je neraz dezorientovaný v prejavoch svojho dieťaťa, ktoré často nesprávne vyhodnocuje. Je presvedčený, že jeho dieťa „nevie, nezvláda“, porovnáva ho s inými deťmi, s rôznymi kritériami... Rodič sa „stráca“ v spleti nejasností.)	Terapeut vychádzajúc z diagnostických zistení zvolí primerané cvičenie. Cvičenia sú postavené na aktuálnych schopnostiach dieťaťa – teda čo „už zvláda“ a orientuje ich k schopnosti dosiahnuť vyšší vývinový stupeň. Cvičenie by malo byť vždy „o level vyššie“ (ale musí byť zvládnuteľné), aby bolo pre dieťa dostatočne motivujúce. V priebehu th. intervencie sa dg. zistenia priebežne aktualizujú prostredníctvom novo-zistených skutočností. Prostredníctvom nich sa prehodnocuje adekvátnosť zvolenej intervencie a v prípade potreby sa korigujú, dopĺňajú.
Potreba zažiť s dieťaťom niečo radostné, optimistické, sledovať úspech svojho dieťaťa pri konkrétnej činnosti. Tieto malé radosti, pokroky dodávajú rodičovi nádej, že je možné s ich dieťaťom dospieť k vývinovým pokrokom.	Zvoliť primerané cvičenie, ktoré musí pôsobiť na dieťa stimulačne, motivačne a dostatočne atraktívne, aby v ňom zotrval. Atmosféra musí byť radostná, očakávajúca pozitívnu zmenu, optimistická. („Ostrovy nádeje“ v zažití radostných okamžikov neraz rodič retrospektívne hodnotí ako výraznú podporu ich vlastnej reziliencie.)

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Potreba naučiť sa pravdivo vnímať, „dešifrovať“ potreby svojho dieťaťa počas spoločne strávených chvíľ. Vedieť sa do hry primerane zapojiť – naučiť sa „správne“ zareagovať. Reagovať primeraným spôsobom vzhľadom k dosiahnutému stupňu vývinu dieťaťa (nie vzhľadom k fyzickému veku – ten môže byť oveľa vyšší) a tým poskytnúť svojmu dieťaťu emocionálnu podporu.	Viesť rodiča k tzv. „pozitívnemu rodičovstvu“ – prijať svoje dieťa také –aké je, bezpodmienečne. Odsledovať ho v zmysle pocitovom (či sa teší, raduje z hry), nie v zmysle porovnávacom (čo by „mal vedieť“ vzhľadom k veku). Pracovať s rodičom v posilňovaní jeho rodičovských kompetencií, naučiť ho zrkadliť emócie svojho dieťaťa – je to pre dieťa výborná spätná väzba ich kvality vzťahu. Dieťa potrebuje veľa „cítiť“, nakoľko „počutému“ ešte nemusí správne rozumieť.
Očakávania konkrétneho, praktického výstupu – implementovať skúsenosti do ich každodenného života. Čo najviac sa „naučiť“ od odborníka, čo najviac vypozorovať pri sledovaní svojho dieťaťa v interakcii s cudzou osobou.	Komplexne napomôcť rodine pri praktickom zvládaní ich situácie ohľadom dieťaťa v zmysle: Orientácie v špecifických výchovných a komunikačných stratégiách, Orientácia pri mobilizácii adaptívnych vyrovnávacích stratégiách, Orientácia sa vo svojich, často ambivalentných pocitoch pri výchove dieťaťa.

Podpora reziliencie rodiny v poradenskej fáze procesu ECI

Náplň poradenstva vo včasnej intervencii má široký záber a rozmanitosť. Prakticky počas celého procesu ECI sa priebežne vyskytujú rôzne situácie kedy poradenský vstup je nevyhnutný. Niekedy je náročné zachovanie hranice medzi poradenstvom a iným druhom intervencie. Tak ako v celom procese včasnej intervencie platí, že základom úspešnej pomoci je vzťah, tak v poradenstve to platí dvojnásobne. Nakoľko základom poradenského procesu je komunikácia, dôverný vzťah medzi rodičom a odborníkom je nevyhnutnosťou. Komunikácia

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

by mala byť otvorená a jasná ako strany rodiča, tak aj formulovanie nových stratégií a hypotéz zo strany odborníka by malo byť zrozumiteľné. Vzťah medzi odborníkom a rodinou býva neraz premenlivý a prechádza rôznymi fázami.

Cieľom poradenstva je poskytnúť rodičom informácie, sprevádzanie pri riešení problémov, posilnenie ich samostatnosti a rodičovských kompetencií a predovšetkým umožniť rodine lepšiu orientáciu vo svojej ťažkej životnej situácii. Je náročné viesť poradenský proces spôsobom čo najempatickejším, aby to nebolo len o zadávaní akýchsi rád a odporúčaní, ale o spoločnom nachádzaní nových riešení a orientácii, po dôkladnej analýze ich životnej situácie. Prax nám dokazuje, že rezilienciu týchto rodín podporuje už samotný fakt, že je tu „niekto“ kto je nápomocný, ochotný pomôcť, poradiť, viesť.

Podľa M. Habalovej (2010, s. 40): „sú indikáciou na realizáciu poradenstva vo včasnej intervencii výchovné výzvy, presahujúce možnosti a kompetencie rodičov, konkrétne problémy súvisiace so správaním dieťaťa a podpora stratégií výchovy na dosiahnutie maximálneho možného rozvoja zručností a schopností dieťaťa.“ Úlohou odborníka v rámci poradenského procesu je zanalyzovať situáciu a korekciami zlepšiť výchovné stratégie, podpora kompetencii rodiča, zladenie jednotlivých výchovných vplyvov v prístupe ku dieťaťu, riešenie krízových situácií, orientácia v systéme pomoci a predchádzanie ťažkostiam dieťaťa v rámci preventívnych opatrení. Kompetencie rodičov môžeme zvyšovať aj tým, že naučíme rodičov nielen konštruktívne pracovať so získanými informáciami, ale aj vedieť ich aktívne vyhľadávať prostredníctvom literatúry, internetu, absolvovaní podporných skupín...atď. V neposlednom rade dôležitou pomocou pre tieto rodiny je ich napojenie na systém sociálnej pomoci, poskytujúcej rodine finančnú podporu, prístup k sociálnym dávkam, sprostredkovanie kompenzačných pomôcok... a pod. Toto sú dôležité aspekty, ktoré tiež významne podporujú ich rezilienciu.

Zhrnutie terapeutových možností podporiť rezilienciu rodiny v poradenskej fáze ECI:

vytvorenie dôverného vzťahu medzi terapeutom a rodinou,
vnímavo chápať a prijímať jedinečnosť rôznych pocitov a predstav rodičov,
aktívne počúvanie a následné venovanie pozornosti všetkým výpovediam a podozreniam rodičov,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

poskytnúť rodičom to čo aktuálne potrebujú počuť, vedieť, zažiť...či ide o informácie, návody alebo ich podporu a posilnenie, či umožniť lepšiu orientáciu, usmerniť ich výchovné pôsobenie,

zaktivizovať rodinu,

byť empatický, podporujúci, optimistický a prirodzený,

vyvarovať sa v poradenstve tzv. indukovanému pocitu viny – typu: „keby som to bol skôr vedel...“ – pocit, že prišli neskoro, že niečo sa zanedbalo,

zaradenie rodičov do rodičovskej diskusnej skupiny – medzi rodičov, ktorí riešia podobné problémy.

ZHRNUTIE

Mojou snahou je interpretovať praktické skúsenosti s rodinami v rámci včasnej intervencii. Na základe toho môžem zobjektivizovať základné východiská úspešnej intervencie:

úspešné napojenie sa na rodinu a vytvorenie čo najkvalitnejšieho profesionálneho vzťahu medzi rodičom a odborníkom,

vo včasnej, proces-orientovanej diagnostike dieťaťa a následnom zhodnotení aktuálneho stavu, z ktorého vychádzame a na základe ktorého navrhujeme nové, účinné, výchovné stratégie, nové možnosti pre rodinu a dieťa, návrh zmien, ktoré je vhodné absolvovať,

umožniť rodine lepšiu orientáciu vo svojej novovzniknutej situácii – zreálniť obraz o dieťati pokiaľ možno s očakávaním pozitívnych zmien, zreálniť možnosti, ale aj limity, ktorými disponuje ako dieťa, tak aj rodina ako systém,

v realizácii konkrétnych terapeutických cvičení, krokov nápravy a opatrení, zameraných na predchádzanie ťažkostiam, či ich nápravu, stimuláciu vývinu a podporu toho zdravého v dieťati.

Niekedy ani enormné úsilie odborníka nestačí pri zmiernení napätia v rodine a neraz narazíme na skryté či otvorené odmietanie. Sú rodiny, ktoré objektívne vykazujú väčšiu mieru reziliencie ako iné. Faktory, ktoré hodnotím ako pro-rezilientné sú:

funkčná komunikácia medzi členmi rodiny, spojená s otvoreným úprimným prežívaním emócií,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

kvalitné, otvorené, úprimné vzťahy v rodine, založené na vzájomnej dôvere, tolerancii a vzájomnej láske,

kvalitné vzťahy aj mimo rodiny (priateľské, rodinné, pracovné...),

schopnosť rodiny vedieť flexibilne, pohotovo riešiť nové situácie, prijať aj nečakané zmeny, ktoré zvládnu pretransformovať na akési životné výzvy,

súdržnosť rodiny, ktorá sa prejavuje aj štýlom ako trávia spoločný voľný čas či v dodržiavaní nejakých rodinných rituálov,

spiritualita, viera, že „veci" sa dejú, okolnosti prichádzajú rôzne... či pozitívne nastavenie, ladenie... pozitívny pohľad do budúcnosti,

sociálna podpora, starostlivosť, schopnosť orientácie sa v spleti sociálnych zákonov a poznať možností pomoci.

Ďalej ešte dopĺňam zistenia, ktoré mám vypozorované a patria rovnako medzi faktory, ktoré značne determinujú prijatie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením a podieľajú sa na reziliencii:

druh a stupeň zdravotného postihnutia dieťaťa,

kedy, za akých okolností k poškodeniu došlo... a akým spôsobom rodičom tieto skutočnosti boli oznámené,

vek rodičov,

dosiahnuté vzdelanie rodičov (niekedy sa stretávame so skutočnosťou, že inak prijíma vysokoškolsky vzdelaná, ambiciózna matka dieťa s výrazným mentálnym oslabením a inak dieťa, ktoré má napr. zrakový handicap...),

poradie v akom sa dieťa do rodiny narodilo (či ide o prvorodené, či je jedináčik, alebo ide o viacdetnú rodinu...),

dokonca aj bydlisko (či býva rodina na dedine, či v meste – kde je väčšia anonymita),

úplnosť/ neúplnosť rodiny,

spiritualita.

Aj rodiny, ktoré nedisponujú z rôznych dôvodov pro-rezilientnými faktormi, resp. rodiny, ktoré následkom narodenia dieťa so zdravotným znevýhodnením vykazujú už znaky dysfunkčnosti môžeme správnym prístupom a v správnom čase podporiť a pomôcť im. Stretnutia s odborníkom, ktoré absolvujú v rámci včasnej intervencie sú ideálnym miestom na takýto druh pomoci. Ako rodina, ktorá má ťažkosti zvládať krízu a ktorá by možno nikdy cielene

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

nevyhľadala odbornú pomoc, ale v rámci pomoci, ktorú vnímajú ako orientovanú striktne len na ich dieťa je nám umožnené sa úspešne na rodinu napojiť a prehodnotiť problém komplexne. Táto skutočnosť je veľkou výhodou nami poskytovanej včasnej intervencii. Ďalšie skutočnosti, ktoré hodnotíme ako pozitíva nami poskytovanej ECI v našich podmienkach sú:

komplexný servis, ktorý zabezpečuje tím odborníkov (lekár, fyzioterapeut, liečebný pedagóg, klinický psychológ, logopéd, ergoterapeut...),
využitie časového priestoru – intervencie sú pravidelné, intenzívne, vzájomne sa doplňujúce aj s inými druhmi procedúr vyplývajúce z absolvovania kúpeľného režimu (rehabilitácia, masáže, plávanie, cvičenie...),
intenzívny kontakt s rodinou prakticky počas 24 hodín,
aktívne spolupreživanie ťažkostí podobného charakteru rodiča s ostatnými rodičmi, ktorí sú spoločne na pobyte,
zapojenie rodiča do rodičovských diskusných skupín – získajú nadhľad, nové informácie, praktické rady, kontakty...

Na druhej strane si uvedomujeme aj obmedzenia a nevýhody, ktoré takýto druh ECI so sebou prináša, a síce:

niekedy prvé pobyty v našom zariadení dieťa absolvuje už vo vyššom veku (nad 3-4 roky) a teda je zjavná absencia včasného odborného pôsobenia ako na samotné dieťa, tak aj na rodinu (v rôznom zmysle),
časový faktor – v našich podmienkach z objektívnych dôvodov sú pobyty len mesačné čo je krátke obdobie na tak rozsiahle pôsobenie a z tohto dôvodu majú intervencie občas charakter skôr len poradenských vstupov – neostáva veľa časového priestoru na zmenu,
kontakt obyčajne len s jedným rodičom – na zobjektivizovanie skutočností nám chýba pohľad ostatných členov rodiny, resp. pracujeme s informáciami, ktoré nám sprostredkuje zvyčajne len matka dieťaťa,
niekedy rodina pobyt nezopakuje, alebo prídu vo väčšom časovom odstupe... absencia „spätných väzieb“,
absentujúca sieť zariadení na Slovensku, kde by bola zabezpečená kontinuálna starostlivosť.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Napriek týmto skutočnostiam som presvedčená (a spätné väzby od našich pacientov sú toho dôkazom), že včasná intervencia, ktorú poskytujeme v našom zariadení je kvalitným a dôležitým zdrojom informácií a inšpirácií pre jednotlivé rodiny, s ktorými prichádzame do kontaktu.

Prax mi potvrdzuje, že väčšina rodín zvláda svoje záležitosti veľmi dobre. Som presvedčená, že ľudia sú oveľa viac resilientní než by sme predpokladali. Najmä v krízových, nečakaných stavoch sa rodič dokáže psychicky zmobilizovať a preukázať obdivuhodnú odolnosť. Keď ide „o dieťa" rodič doslova zvláda aj dlhodobo „fungovať na kyslíkový dlh". Preto sa domnievam, že väčšina rodín nepotrebuje žiadnu psychoterapiu (ako sa neraz predpokladá), tieto rezilientné rodiny potrebujú len dostatočnú podporu okolia – a to je aj mojou snahou, stratégiou, ktorú v rámci intervencií preferujem.

Literatúra:

DICKMAN, I.- GORDON, S. One miracle at a time: How to get help for your disabled child – from the experience of other parent. In: HAVENS, A.I. *Becoming a resilient family:* Child disaility and the family system. National center on accesibility, [citované 15.03.2006] Dostupné na internete: http://www.indiana.edu/~nca/monographs/17family.shtml.

HABALOVÁ, M.: Výchovné poradenstvo – formy, metódy a prostriedky v rámci včasnej intervencie. Doktorská dizertačná práca. PdF UK Bratislava 2010.

HORŇÁKOVÁ M.: Včasná intervencia orientovaná na rodinu. Bratislava, UK v Bratislave 2010. ISBN 978-80-223-2915-6.

KŘIVOHLAVÝ, J.: Povídej, naslouchám. Praha, Návrat 1993. ISBN 80-85495-18-X.

SLANINOVÁ M.: Reziliencia rodín so znevýhodnením. In Revue liečebnej pedagogiky 3/2008 roč. II s. 3. 2008. ISSN 1337-5563.

ŠOLCOVÁ I.: Vývoj reziliencie v dětství a dospělosti. Praha, Grada 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.

VYGOTSKIJ, L. S.: Vývoj vyšších psychických funkcí. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1976.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Kontaktné údaje:

PaedDr. Silvia Šaškievičová

liečebná pedagogička

Špecializovaný liečebný ústav Marína š.p., KOVÁČOVÁ

E-mail: ssilvia@centrum.sk

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VÝZVY RANEJ INTERVENCIE S RODINAMI S DEŤMI S PORUCHOU SLUCHU V CENTRE ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA

Silvia Hovorková

ABSTRAKT

Predkladaný príspevok sa v prvej časti zaoberá výzvami, ktoré ovplyvňujú úroveň ranej intervencie poskytovanej v Centre špeciálno-pedagogického poradenstva – prepojenie skríningu a intervencie, komplexnosť služieb, tímové prepojenie odborníkov, nové profesionálne nároky, dostupnosť služieb a materiálovo-technické zabezpečenie. V druhej časti informujeme o rodinne orientovanej filozofii a službách, ktoré ponúkame vrámci ranej intervencie v našom Centre (poradenstvo v centre, terénne poradenstvo, internetové poradenstvo). Snažíme sa poukázať na nutnosť prepojenia ranej identifikácie a intervencie a tímovú spoluprácu odborníkov a rodiny.

Kľúčové slová: *rané poradenstvo, raná intervencia, rodina s dieťaťom so stratou sluchu, rodinne orientovaný prístup, intervencia v domácom a klinickom prostredí, tímová spolupráca, internetové poradenstvo*

ABSTRACT

Challenges of early intervention with families with a child with hearing loss in the Center of special education counseling

This article initially discusses the challenges that are affecting the effectiveness of early intervention provided in the Centre of special education counseling – early detection and follow up intervention, complexity of services, interdisciplinary team services, new demands on professionals, availability of services, material and technical support. Next, we explain and present family centered philosophy and early intervention services which we provide in our Center (center based and family based counseling, internet counseling). Finally, we emphasize

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

the necessity of interconnection of early detection and intervention and team collaboration between family and professionals.

Key words: *early counseling, early intervention, family with a child with hearing loss, family centered intervention, family based and center based intervention, team collaboration, internet counseling*

Rané poradenstvo (ranú intervenciu) môžeme definovať ako poskytovanie vzdelávacích, terapeutických, preventívnych a rodinu podporujúcich služieb deťom s postihnutím vo veku od 0 do 6 rokov (s dôrazom na prvé tri roky života). Je to tímový prístup odborníkov, zameraný na konkrétnu rodinu, ktorý holisticky vníma vývin dieťaťa v jeho ekologickom kontexte a preferuje diagnostiku a podporu vychádzajúcu zo silných stránok rodiny (Hovorková, 2006). Takúto charakteristiku sme uviedli zámerne, pretože nám umožňuje pozastaviť sa nad realitou ranoporadenských služieb ponúkaných rodinám s dieťaťom s poruchou sluchu na slovensku a zamyslieť sa nad ich slabými a silnými stránkami.

Stav a problémy ranej intervencie v CŠPP pre deti s poruchou sluchu

Cieľom výpočtu nasledujúcich problémov nie je znechutiť čitateľa plačom nad rozliatym mliekom, ale skôr snaha vyzvať ho k úvahe, ako sa multidisciplinárne spolupodieľať na zmene, ktorú nie sme schopní riešiť na izolovanej úrovni jedného CŠPP

A.) Novorodenecký skríning a následná raná intervencia

Zatiaľ čo ešte prednedávnom sa uvádzal priemerný vek identifikácie poruchy sluchu medzi 2 a 3 rokom, v súčasnosti sa vďaka novorodeneckému skríningu sluchu posunula hranica identifikácie možného problému na prvé dni života dieťaťa. Carney a Moeller (1998) tvrdia, že skorá identifikácia poruchy sluchu stojí v prvej línii v redukovaní dôsledkov poruchy sluchu. Plný potenciál novorodeneckého skríningu sluchu však môže byť viditeľný iba vtedy, ak za ním bude nasledovať načasované a primerané rodinné poradenstvo, diagnostika a intervencia. Tento postulát dokazujú aj viaceré longitudinálne zahraničné štúdie (Yoshinaga-Itano a spol., 1998; Moeller, 2001), ktoré ukázali, že novorodenecký skríning sluchu s nasledovnou ranou intervenciou má potenciál zabrániť alebo redukovať signifikantné oneskorenia v reči, jazyku, socializácii a akademických výsledkoch, ktoré zvyčajne sprevádzajú neskoro identifikované deti s percepčnou stratou sluchu.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Systém špeciálno-pedagogickej starostlivosti by mal logicky nasledovať vývoj v medicíne. Slovenská realita bohužiaľ ukazuje, že napriek novorodeneckému skríningu sluchu, ktorý máme na slovensku povinný, sa nám deti mladšie ako 1 rok objavujú v centre špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP) len zriedkakedy. Ako hlavnú príčinu vidíme v absencii systému, ktorý by automaticky centralizoval dáta o novorodencoch, ktorí boli identifikovaní cez novorodenecký skríning sluchu a rozosielal základné informácie o nich príslušným CŠPP podľa bydliska. Bez takéhoto prepojenia cšpp nemôže osloviť rodiny priamo, pretože sa o nich nedozvie a zdravotnícky personál v nemocnici rodičov do CŠPP často neodkáže. Pružný systém prepojenia medzi špecializovanými diagnostickými zdravotníckymi službami, zariadeniami špeciálno-pedagogického poradenstva a organizáciami, ktoré ponúkajú sociálne poradenstvo a služby rodinám by teda mal potenciál predísť „stratám“ novorodencov, ktorí boli identifikovaní cez skríning, ale nevyužívajú služby raného poradenstva, pretože sa o nich rodičia nedozvedia. V snahe zvýšiť povedomie o našich službách medzi širšou verejnosťou sme v súčasnosti vytlačili brožúrky o našom CŠPP, ktoré plánujeme umiestniť na novorodenecké oddelenia, ORL a foniatrické ambulancie, pediatrické ambulancie a rehabilitačné centrá a zároveň publikovali na portáli „Rodinka“ článok o našom zariadení.

Ďalšou príčinou sú podľa nás ešte stále skreslené predstavy o nevyhnutnosti ranej intervencie u detí s poruchou sluchu u odborníkov prvého kontaktu. Ešte stále sa nám stáva, že pediatri, ale niekedy aj foniatri, kontakt na CŠPP rodinám nielen nedajú, ale na otázku rodičov, či ich dieťa bude potrebovať nejakú špecializovanú starostlivosť odporúčajú rodinám, aby sa do starostlivosti (a tým myslia väčšinou iba logopedickú starostlivosť) prihlásili, až keď bude dieťa „väčšie“ a „bude schopné spolupracovať“. S takýmto prístupom sa stretávame predovšetkým u detí so stredne ťažkou nedoslýchavosťou a detí s jednostrannou poruchou sluchu. Práve tieto deti však bez ranej intervencie v neskoršom veku vykazujú veľké problémy s adaptáciou v hlučnom prostredí materskej alebo základnej školy a následne emocionálne aj akademické problémy. Závažným problémom skorej identifikácie bez následného vedenia však nie je len oneskorovanie sa vývinu detí. Výskumy ukázali, že u rodičov, ktorí si neuvedomia, že pri komunikácii s dieťaťom s ťažkou poruchu sluchu je nutné stáť vo vizuálnom poli dieťaťa, používať gestá a hovoriť na neho v krátkych vetách sa častejšie stáva, že dieťa nereaguje na pokusy rodičov komunikovať spôsobom, aký by rodičia očakávali a ich vzájomná komunikácia tak začne viaznuť. Rodičia následne v mylnej predstave, že ich hlas dieťa aj tak nepočuje, prestanú na dieťa intuitívne rozprávať a spievať, čím sa proces budovania vzťahu a vzájomného

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

pripútania sa ešte viac naruší. Keďže takýchto nedorozumení zažívajú rodičia aj deti počas dňa viac, postupne začnú rodičia spochybňovať nielen svoje dieťa, ale aj svoju schopnosť vychovávať „takéto“ dieťa. Cítia sa neschopní a zranení.... Cielenou ranou intervenciou by sa týmto zbytočným a závažným problémom dalo predísť.

Vieme, že v Českej republike vystupujú odborníci z centier ranej intervencie na pediatrických a foniatrických konferenciách, kde sa snažia zvýšiť povedomie lekárskej komunity o zmysluplnosti ranej intervencie. Takáto aktivita je výzvou aj pre nás do budúcnosti a hľadáme pre ňu partnerov. Zároveň dúfame, že sa nám v spolupráci s inými odborníkmi podarí presadiť e-learningove projekty pre zdravotnícky personál, kde by sme informovali o aktivitách CŠPP.

B.) Komplexnosť služieb a odborná spolupráca vrámci CŠPP

V rámci CŠPP mali byť pôvodne dostupní odborníci z rôznych oblastí, ktorí sa podieľajú na diagnostike a intervencii vhodnej pre dieťa a jeho rodinu. Malo ísť predovšetkým o služby špeciálno (liečebno) pedagogického, psychologického, technického, rehabilitačného, logopedického a sociálno-právneho charakteru. Hlavnou výhodou malo byť, že komplexná starostlivosť „pod jednou strechou“ umožní rodičom priamo komunikovať s tímom odborníkov svoje postrehy a otázky a zároveň umožní odborníkom navzájom konzultovať jednotlivých klientov z multidisciplinárneho hľadiska. Bohužiaľ realita ukazuje, že v prípade CŠPP tomu z personálnych a priestorových dôvodov tak často nie je. Na takúto starostlivosť doplácajú hlavne rodiny s deťmi s viacnásobným postihnutím, kde je rodič nútený cestovať s malým dieťaťom za službami na rôzne miesta, odborníci sa navzájom nepoznajú a tak nedochádza ku komplexnejšiemu pohľadu na daný prípad rodiny.

V súčasnosti nedokážeme ovplyvniť personálne obsadenie CŠPP, veľmi by nám však pomohlo vytvorenie databázy odborníkov z rôznych oblastí, ktorí rodinám detí s poruchou sluchu už svoje služby ponúkajú, prípadne sa neboja si prácu s deťmi s ťažkou poruchou sluchu do budúcnosti predstaviť.

C.) Nové profesionálne nároky na poradcov

Novorodenecký skríning vedie k nástupu „nového druhu“ detí do poradenského systému s ktorými často nemajú skúsenosť ani dlhodobí poradenskí pracovníci. Je to preto, že deti s poruchou sluchu sa zvyčajne neobjavovali v intervenčnom procese skôr ako v druhom roku

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

života. Nástup detí mladších ako 9 mesiacov do poradenského procesu vyžaduje od odborníkov nielen úzko zamerané vzdelanie týkajúce sa napríklad informácií z oblasti audiológie a skríningov sluchu alebo špecifík rozvoja reči a sluchového tréningu u batoliat s ťažkou poruchou sluchu, ale zároveň vzdelanie v teórii rodinných systémov a krízovej intervencii, keďže pozitívna adaptácia a „well being" rodiny je kľúčovým elementom starostlivosti o bábätko. Ako by tých zručností a vedomostí nebolo dosť, od poradenského pracovníka sa zároveň očakáva, že by mal zároveň slúžiť ako mediátor profesionálneho tímu (foniater, pediater, genetik, logopéd, sociálny pracovník), ktorý je schopný koordinovať poradenské služby v ranom veku.

Z diskusií so zahraničnými kolegami vieme, že ich zamestnávatelia pochopili, že kvalita starostlivosti je priamo úmerná odbornej kvalifikovanosti zamestnancov a ich vnútornej motivácii prácu vykonávať a preto im napriek slušnému mesačnému príjmu pravidelne preplácajú časť nákladov za kontinuálne vzdelávanie a umožňujú absolvovať supervízne stretnutia. Takáto starostlivosť o zamestnanca je v okatom rozpore s tým, čo je ponúkané poradenským pracovníkom v našich podmienkach. Niet sa potom čo diviť, že časť poradcov začne časom inklinovať k rigidným spôsobom práce s rodinami a postupne vyhorí.

D.) Dostupnosť služieb zariadení ŠP poradenstva

Na území Slovenska sa síce zvyšuje počet lokalít, kde je prístup k zariadeniam, v ktorých sa poskytuje poradenstvo rodinám s dieťaťom so zdravotným postihnutím, avšak počet inštitúcií, ktoré poskytujú poradenstvo cielene pre rodiny s deťmi s poruchou sluchu je stále obmedzený (a to nehovoríme o tých, kde majú aj odborníka, ktorý by sa špecializoval na ranú intervenciu s deťmi s poruchou sluchu). Rodiny sú tak nútené riešiť dilemu, či vynaložia pomerne veľké úsilie a prostriedky, aby dochádzali za odborníkom s deťmi, ktoré sú mrzuté a unavené z dlhého cestovania, alebo ostanú bez akejkoľvek pomoci a podpory. Myslíme si, že pre takéto rodiny je internetové poradenstvo (email, skype videokonferencia) aspoň čiastočnou „náhradou" za starostlivosť, ktorá im právom prináleží.

E.) Materiálové a technické zabezpečenie CŠPP

S nástupom batoliat do intervencie sú CŠPP nútené pretransformovávať intervenčné miestnosti tak, aby bezpečnostne aj materiálovo zodpovedali potrebám maličkých detí. Vzhľadom na fakt, že ministerstvo školstva ponúka každoročne granty len veľmi obmedzenému počtu zariadení,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

CŠPP sú nútené hľadať zdroje na nákup literatúry, pomôcok a zariadenia väčšinou z mimovládnych zdrojov. Ďalším problémom s ktorým sa potýkame je absolútny nedostatok štandardizovaných špeciálno-pedagogických diagnostických testov a intervenčných programov (ako je napr. SkI-HI Curriculum, AEPS, The Carolina Curriculum for young children.), ktoré by boli cielene určené deťom do 3 rokov veku. V neposlednom rade nám robia starosti financie na nákup benzínu na výjazdy do terénu a autá, ktoré by sa na výjazdy používali. Realita je momentálne taká, že ministerstvo peniaze na terénnu činnosť, ktorú majú CŠPP v popise práce (terénna práca viď vyhláška MŠ SR č. 325/2008) nielen neposkytne, ale snahy odborníkov vypracovávať granty obmedzuje tým, že takúto činnosť neumožňuje vykonávať vrámci ich úväzku. Autá, ktoré používame sú zvyčajne osobným vlastníctvom poradcov.

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva na Hrdličkovej ulici 17 v Bratislave

V predchádzajúcej stati sme sa zmienili o kontexte súčasného poradenstva, ktorý dáva limity aj nášmu CŠPP. V tejto stati by sme chceli ukázať, že kvalitná práca sa dá odvádzať aj v týchto podmienkach, vyžaduje však veľký entuziazmus a značný kus dobrovoľníctva.

Na úseku ranej intervencie v našom centre vychádzame z prístupu zameraného na rodinu (family centered intervention). Rano poradenská prax totiž aj u nás ukázala, že rodina je v živote dieťaťa konštantou, zatiaľ čo odborníci v tomto systéme fluktuujú.

Služby, ktoré rodinám ponúkame:

1. *Poradenstvo v zariadení CŠPP*

- Individuálne stretnutia - tvorí zväčša intervencia, ktorej sa zúčastňuje rodič (prípadne iná osoba, ktorá sa stará o dieťa) spolu s dieťaťom. Na stretnutiach si rodičia aktívne nacvičujú nové zručnosti (nie sú len pozorovateľmi činností, ktoré s dieťaťom vykonáva odborník). Okrem štandardnej diagnostiky a cielenej vývinovej intervencie sa na každom stretnutí snažíme rodinám ponúkať emocionálnu podporu a výchovné vedenie. Intervencia má podľa potreby aj edukatívny charakter – s rodičmi hovoríme o vyšetreniach sluchu, načúvacích prístrojoch a kochleárnom implantáte, metódach komunikácie, vývine jazyka, kultúre a komunite Nepočujúcich. Stretnutie trvá približne 1,5 - 2 hodiny a prebieha zväčša 1-2 krát za mesiac. Čas je podľa aktuálnej potreby rozložený medzi potreby rodiny a vývinové potreby dieťaťa.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- Podporné skupiny pre rodičov – sú vzácnym zdrojom emocionálnej a sociálnej podpory rodín, ktoré prechádzajú podobnou skúsenosťou. Podľa rodičov nielen zmierňujú izoláciu, ale poskytujú aj názorný príklad a praktické informácie ako sa vyrovnávať s problémami. Maličké skupinky sa stretávajú v Centre zväčša raz do mesiaca s tým, že v posledných dvoch rokoch sme vrámci podporných skupiniek ponúkali aj tréning komunikácie v posunkovom jazyku, ktorý viedla nepočujúca špeciálna pedagogička. Ako sa ukázalo, spolupráca s dospelou osobou s poruchou sluchu sa stala dvojnásobne zmysluplnou - rodičia sa od nej učia efektívne komunikovať s nepočujúcimi ľuďmi a zároveň sa z prvej ruky dozvedajú, aké je to žiť s ťažkou poruchou sluchu. Stretnutia trvajú okolo dvoch hodín.

- Požičovňa pomôcok – je nový projekt, ktorý sa nám veľmi osvedčil. Vďaka finančnej podpore ČSOB nadácie a Nadácie VÚB sme zriadili miestnosť pre ranú intervenciu, zozbierali publikácie a DVD o poruche sluchu a zakúpili pomôcky pre deti raného a predškolského veku, ktoré si môžu rodičia na dobu jedného mesiaca zapožičať. Ukázalo sa, že rodičia majú o vypožičanie pomôcok nielen veľký záujem, ale vrámci reciprocity prinášajú dobrovoľne do centra vlastné hračky, z ktorých ich deti už odrástli.

2. *Poradenstvo v teréne (v rodine dieťaťa)*

Vďaka projektu "Mobilný pedagóg" Nadácie Pontis, ktorá prepláca náklady na benzín, máme možnosť ponúkať rodinám s ktorými spolupracujeme ranú intervenciu v domácom prostredí. Cieľom terénnej intervencie je podobne ako pri intervencii v centre pomôcť rodičom budovať prirodzenú komunikáciou s dieťaťom pomocou reči a (alebo) posunkov, zlepšovať jeho sluchové vnímanie, podporovať vývin dieťaťa v oblasti myslenia, sociálnych vzťahov, motoriky a sebaobsluhy, pomáhať rodinám adaptovať sa na nové výzvy, ktoré prináša starostlivosť o dieťa s poruchou sluchu. Špeciálne sa zameriavame na spoločné čítanie rodičov s deťmi, pretože čítaním sa prirodzene rozvíja slovná zásoba, ktorá často zaostáva práve u detí s ťažkou poruchou sluchu. Napriek tomu, že rodinám prinášame pomôcky, ktoré si môžu podľa záujmu na mesiac zapožičať, našou filozofiou je využívať pri intervencii bežné predmety, ktoré sa nachádzajú v domove dieťaťa, ktoré môže rodina aktívne použiť pri hre s dieťaťom aj po našom odchode. Stretnutie trvá približne dve hodiny a prebieha zväčša raz za mesiac.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Po dvoch rokoch práce v teréne plne súhlasíme so Shearer (in Schulz, 1987), že intervencia v domácom prostredí má mnohé nesporné výhody:

- Rodič sa učí a pracuje s dieťaťom v prirodzenom prostredí a preto nemá problém využívať novo naučené zručnosti v rámci domáceho prostredia.

- Rodič aj poradca majú priamy prístup k správaniu sa dieťaťa v domácom prostredí. To umožňuje poradcovi lepšie vnímať kultúru, hodnoty, životný štýl rodiny a následne v spolupráci s rodičom, stanoviť reálne ciele. Rodič je totiž ten, ktorý pomáha určiť, čo a ako sa dieťa bude učiť.

- Na intervencii sa môže podieľať aj širšia rodina, čo jednotlivým členom rodiny umožní mať jasnejšiu predstavu o realistických očakávaniach od dieťaťa a tým pádom potenciálne zlepší ich interakciu s dieťaťom.

- V prirodzenom prostredí vidí poradca široké spektrum vzorcov správania sa dieťaťa, ktoré sa v centre objaviť nemusia. Primeraná reakcia rodiča na takéto správanie sa najlepšie modeluje v čase, kedy sa toto správanie objaví.

- Pretože poradca pracuje v domácom prostredí s rodičom na osobnej úrovni, je väčšia šanca, že sú ciele individualizované a nie zovšeobecnené.

3. *Poradenstvo bez priameho, fyzického kontaktu*

- Aktívne internetové poradenstvo - keďže priame poradenské služby nie sú často fyzicky dostupné pre rodičov, ktorí s nami spolupracujú zo vzdialenejších kútov Slovenska (Žilina, Zvolen…), ponúkame im služby formou internetového poradenstva, skrze email alebo skype (vo forme telefonického rozhovoru aj videokonferencie). Internetové poradenstvo sa tak v našom prípade stalo pojítkom, ktoré pomáha preklenúť medzeru medzi limitovanými štandardnými poradenskými sedeniami s rodinou. Pomocou emailu, chatu alebo web kamery zvykneme s rodičmi "tu a teraz" diskutovať o problémoch, ktoré prináša osvojovanie si nových zručností na strane dieťaťa aj rodiny, rodičia nám môžu ukázať ako robia s dieťaťom napr. sluchový tréning, alebo nám pošlú video na ktorom vidíme pokroky dieťaťa. Internetové poradenstvo jednoznačne zvýšilo efektivitu poradenského procesu v našom Centre.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- Pasívne internetové poradenstvo (Informačno poradenský systém - www.infosluch.sk). V snahe osloviť ľudí, ktorí nemajú prístup k štandardnému poradenstvu tvoríme v spolupráci s OZ Infosluch multimediálne články (kombinácia článkov, obrázkov, videonahrávok), ktoré ponúkajú rodičom, učiteľom alebo akýmkoľvek iným osobám, ktoré sa stretávajú s deťmi s poruchou sluchu základné informácie o poruche sluchu, načúvacích prístrojoch, sluchovej a rečovej výchove, posunkovom jazyku a kultúre Nepočujúcich (Hovorková, 2009). Rodičia si zvyknú na Infosluchu vyhľadávať nielen konkrétne informácie z určitej oblasti, ale s obľubou čítajú aj skúsenosti iných rodín s deťmi s poruchou sluchu alebo životné príbehy dospelých osôb s poruchou sluchu. Vyhľadávanou súčasťou Infosluchu je zároveň multimediálny slovník posunkov a fráz v posunkovom jazyku, ktorý postupne vylepšujeme a dopĺňame.

V krajinách, kde je raná intervencia hlbšie zakorenená, došlo v poslednom desaťročí k veľkým zmenám vo vnímaní jej formy aj obsahu. Odborníci vedú siahodlhé debaty ohľadne efektívnosti terénnej a ambulantnej ranej intervencie. Zohľadňujú pritom faktory ako napr. zaangažovanie sa rodiča do intervencie, vývinový pokrok dieťaťa, vplyv intervencie na funkčnosť rodiny, cenovú výhodnosť, dostupnosť kvalitných pomôcok. Vzhľadom na to, že vychádzame z rodinne orientovaného prístupu, rešpektujeme, že rôzne rodiny majú rôzne potreby a očakávania od intervenčného programu a preto sa snažíme ponúknuť rodinám paletu rozmanitých služieb, čo sa týka formy aj obsahu. Intervenciu v domácom a klinickom prostredí vnímame ako dve alternatívy a nie ako opozitné modely. Za ideálne považujeme, ak má rodina možnosť absolvovať niektoré služby v domácom prostredí, iné v poradenskom centre a zároveň podľa záujmu a možnosti pracovať s poradcom aj formou internetového poradenstva. Ponúkať služby, ktoré skutočne naplnia potreby rodín s ktorými pracujeme, a to aj napriek prekážkam s ktorými sa každodenne potýkame, je pre nás veľkou profesionálnou aj osobnostnou výzvou.

Kontaktné údaje:
Mgr. Silvia Hovorková, PhD.
špeciálny a liečebný pedagóg
Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Hrdličkova 17, 833 20 Bratislava
poradnahovorkova@gmail.com

Literatúra:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

CARNEY, A. E., MOELLER, M.P. 1998. Treatment efficacy: Hearing loss in children. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 41, no. 1, p. 61-84.

HOVORKOVÁ, S. 2006. *Rané poradenstvo v rodine s dieťaťom so stratou sluchu*. [diplomová práca]. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, Katedra liečebnej pedagogiky, 2006, 130 s.

HOVORKOVÁ, S. 2009. *Multimediálny informačný systém pre rodičov detí so stratou sluchu – doplnková forma poradenskej pomoci.* [dizertačná práca]. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, Katedra špeciálnej pedagogiky, 2009, 228 s.

MOELLER, M. P. 2001. Intervention and outcomes for children with hearing loss and their families. In KURTZER-WHITE, E., LUTERMAN, D. *Early Childhood Deafness*. Baltimore : York Press, 2001, p. 109-138.

SCHULTZ, J. B. 1987. *Parents and professionals in special education*. Boston : Allyn and Bacon, 1987. 510 p. ISBN 0-20510-479-7.

Vyhláška MŠ SR č. 325/2008 zo dňa 6. augusta 2008 o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie. [online]. [cit. 2013-27-09]. Dostupné na: Ministerstvo školstva SR web site: <http://www.minedu.sk/data/att/662.pdf>.

www.infosluch.sk – informačno - poradenský systém pre rodiny s dieťaťom s poruchou sluchu

YOSHINAGA-ITANO, C., SEDEY, A. L., COULTER, B. A., MEHL, A. L. 1998. Language of early- and later-identified children with hearing loss. In *Pediatrics*. [online]. 1998, vol. 102, no. 5 [cit. 2013-27-09], p. 1161 –1171. Dostupné na: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/102/5/1161>.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VČASNÁ INTERVENCIA U DETÍ S FETÁLNYM ALKOHOLOVÝM SYNDRÓMOM

Alžbeta Sykorjaková

ABSTRAKT

Príspevok sumarizuje príčiny vzniku Fetálneho Alkoholového syndrómu. Autorka uvádza symptómy, ktoré sú potrebné pri diagnostike. V rámci včasnej intervencie sa zamerala na dopad alkoholovej expozície na dieťa s FAS v dojčeneckom období. V príspevku poukazuje na spôsoby prevencie, vhodné stratégie pri práci s deťmi s FAS a primárne možnosti a limity liečebnopedagogickej stimulácie. V praktickej rovine je uvedená kazuistiku dieťaťa s FAS, ktoré bolo umiestnené v dojčeneckom ústave.

Kľúčové slová: *Fetálny Alkoholový Syndróm, včasná intervencia, prenatálna alkoholová expozícia*

Early intervention in children with Fetal Alcohol Syndrome

ABSTRACT

Contribution summarizes the causes of Fetal Alcohol Syndrome. The author presents symptoms that are necessary for the diagnosis. In early intervention focused in the impact of alcohol exposure on child with FAS in infant age. The contribution points to way of prevention, appropriate strategies for working with children with FAS and primary possibilities and limits therapeutic of education stimulating. In practical terms it is referred to a case report a child with FAS, which was placed in the foster home.

Key words: *Fetal Alcohol Syndrome, early intervention, prenatal alcohol exposure*

Uvedenie do problematiky Fetálneho Alkoholového Syndrómu

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Prvýkrát na súvislosti vplyvu alkoholu na plod upozornil francúzsky pediater Lemoin v roku 1968, ktorého zaujali podobné črty tváre a oneskorený vývin detí, ktorých matky konzumovali počas gavidity alkohol (Klecka 2012). Postupom času sa uskutočnili výskumy, ako napr. Jones a Smith (1973), Goodlett a West (1992) a i., ktoré potvrdili negatívne účinky na plod v rôznych oblastiach ako napr. poznávacích funkciách, telesného vývinu, správania. Jediná profylaxia, ktorou sa dá predísť Fetálnemu Alkoholovému Syndrómu (ďalej FAS) je úplná abstinencia, nepitím alkoholu. FAS môže byť spôsobený užitím 30 g. čistého alkoholu denne to je 3 dcl. vína alebo dve pivá (Čížková 2003). Klecka (2012, s.6) uvádza, že miera poškodenia plodu je závislá od množstva alkoholu, ktorý matka užije; od štádia tehotenstva, v ktorom matka konzumuje alkohol a od predispozície matky a dieťaťa.

FAS je celoživotná porucha, ktorá je ireparabilná. Vhodným prístupom sa dá predísť veľmi častým súvisiacim sekundárnym poruchám.

Podľa Klecka (2012, s. 6) k základným symptómom FAS patria:

faciálna dysmorfia (abnormálne črty tváre);
oneskorený rast (vývin) a
poškodenie centrálnej nervovej sústavy.

VPLYV ALKOHOLU NA VYVÍJAJÚCI SA MOZOG PLODU

Alkoholová expozícia môže podľa Winn (2005) zapríčiniť rozsiahle poškodenie mozgu v štrukturálnej, neurologickej, funkčnej úrovni a narušiť normálnu poliferáciu (rast) a migráciu mozgových buniek. Vplyvom alkoholu môže vzniknúť narušenie elektrofyziologickej a neurochemickej rovnováhy. Dôsledkom toho je, že správy nie sú prenášané presne a efektívne (ibidem).

Dysfunkcie centrálneho nervového systému môžu mať za následok mikrocefalus, tremor, záchvaty, hyperaktivita, problémy s jemnou motorikou, problémy s hrubou motorikou, poruchy pozornosti, poruchy učenia, mentálne postihnutie, vývinové oneskorenie, intelektové postihnutia (The University of South Dakota; Center For Disabilities, s. 9.). V dôsledku poškodenia mozgu dochádza k porušeniu senzorickej integrácie a exekutívnych funkcií, ktoré sú primárne potrebné na školskú úspešnosť ale i začlenenie do spoločnosti. Nepoznanie limitov týchto detí, ich odsúva často na okraj spoločnosti. Objavujú sa závažné behaviorálne poruchy,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ktoré výrazne ovplyvňujú ich spoločenský život, začlenenie sa do skupiny, vytváranie si trvalých a dôverných vzťahov. Poškodenie mozgu ovplyvňuje proces učenia, nakoľko výrazné poruchy koncentrácie, pozornosti, organizovania sťažujú edukačný proces.

ONESKORENÝ VÝVIN DIEŤAŤA SA FETÁLNYM ALKOHOLOVÝM SYNDRÓMOM

Jedným zo základných symptómov pri FAS je oneskorený vývin. Ten sa prejavuje už počas prenatálneho obdobia a neskôr aj po narodení dieťaťa (počas celého života). Oneskorený rast podľa Spohr a Steinhausen (1996) spôsobuje deficity v oblasti váhy a výšky a to v prenatálnom a postnatálnom období. Približne 98% novorodencov s FAS má podpriemernú hmotnosť a dĺžku tela a zhruba 86% má menší vzrast hlavy v porovnaním s telom. Vývinové zaostávanie v spomenutých oblastiach je výrazné v predškolskom veku a u 50% detí pretrváva až do obdobia adolescencie.

Klecka (2012) uvádza, že deti s FAS dosahujú nízku pôrodnú hmotnosť o 3 ‰ (percentily) v porovnaní s normou, nízku hmotnosť i napriek primeranej výžive, disproporcie medzi hmotnosťou a vzrastom. Klecka (ibidem s. 10) tvrdí, že *„k najčastejším príznakom u malých detí patria problémy so satím a kŕmením, spojené s nesprávnou stavbou rečového aparátu (brachygnatia, retrogénia - nápadne ustupujúca brada), s nevytvorením sacieho a prehĺtacieho reflexu a neprimeraným citom v ústnej dutine.“*

Z výskumu, ktorý uviedla Janas-Kozik (2012) vyplýva, že vplyvom alkoholu dochádza v bunkách plodu k zvýšenej koncentrácii vitamínu retinolu (A) a nedostatku zinku (Zn). Súčasné pôsobenie alkoholu a spomínaného vitamínu zvyšuje riziko vývinových porúch. Jednou z nich môže byť napr. rázštep podnebia, ako príklad ďalej v texte uvádzame kazuistiku klienta. Ďalším problémom, ktorý sťažuje celkový rast a vývin dieťaťa sú problémy so satím často sa vyskytujúce u detí s FAS. Dysmorfické črty tváre

K. Lyons Jones a D. W. Smith (1973), americkí lekári, skúmali skupinu detí, ktorých matky konzumovali počas tehotenstva alkohol. V sledovanej skupine detí si všimli zvláštnu fyzickú podobu i napriek rôznym kultúrnym a rasovým rozdielom. Súbor skúmaných porúch a dysmorfické črty tváre identifikovali a pomenovali ako fetálny alkoholový syndróm (Klecka, 2012). Medzi najčastejšie sa objavujúce spoločné črty tváre u detí s FAS patria (*The University of South dakota; Center for disabilities)*: úzke očné štrbiny, tenká a hladká vrchná pera, malá brada, sploštená stredná časť tváre a ploské philtrum (časť medzi perami a nosom).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Vývinové obdobia verzus FAS

Následky, ktoré zapríčinilo pôsobenie alkoholu počas prenatálneho vývinu sú viditeľné už u novorodenca. Vo väčšine prípadov následky s narastajúcim vekom pribúdajú, menia svoju intenzitu, prejavy. Sú podmienené prostredím, zmenou životného štýlu či novými veľkými udalosťami (nástup dieťaťa do školy a iné). U novorodencov je badateľný nepravidelný cyklus bdenia a spánku. Klecka (2009) uvádza, že deti s FAS už počas prenatálneho vývinu reagujú na podnety oneskorene. Taktiež sa objavujú postihnutia v oblasti psychickej a motorickej (výrazne oneskorený psychomotorický vývin). U dojčaťa, ktorého uvádzame v kazuistike sa objavili nasledovné problémy, ktoré sú často uvádzané v súvislosti s FAS:

ťažkosti so spánkom (problém zaspať, zobudiť sa, pravidelný cyklus spánku);
anomálie objavujúce sa v elektroencefalograme;
celkové neprospievanie (prírastok na váhe, výške);
problémy s kŕmení, často slabý sací reflex (nevyvinutý);
srdcové defekty;
zvýšená citlivosť na svetlo a zvuk- ľahko prestimulovateľné;
neurologické dysfunkcie;
oslabená jemná motorika;
oslabená hrubá motorika;
nepokoj;
náchylnosť na infekcie;
celkový malý vzhľad- výška a hmotnosť

Pre lepší pohľad na danú problematiku uvádzame konkrétnu kazuistiku dieťaťa sa FAS.

Meno: V. J.

Dátum narodenia: 15. 11. 2011

Pohlavie: žena

Inštitucionalizovaná: detský domov

Diagnóza:

P 04.3- Fetálny alkoholový sy

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Q 21.1 Defekt predsieňového septa

Hypoplastické pravé rameno pľúcnice

Q 35- Palatoschíza

Prematurita v 36. t.g.

Hypoxicko- ischemická encefalopatia I.-II. st.

CTP- axiálna hypotónia

RA: dieťa pochádza z piatej gravidity. 3 krát pôrod, jeden krát umelé prerušenie tehotenstva. Matka po cerclage, amniocentéza- normálny karyotyp. Matka priznala konzumáciu alkoholu počas gravidity. Pôrod dieťaťa bol spontánny, záhlavím v 36. týždni gravidity, užité medikamenty. Dieťa má staršiu sestru (12) a staršieho brata (4). Najstaršia dcéra žije s matkou. Pre zmenenú materiálnu situáciu a nevyhovujúce podmienky bol matke dočasne odobratý aj syn (4r.), ktorý bol na krátky čas umiestnený v detskom domove. Následne bol preložený do profesionálnej rodiny kde žije aktuálne spolu so sestrou V.J. Informácie o ostatných členoch rodiny nie sú známe.

OA: pôrodné hodnoty 2230g/45 cm, apgar skóre 2/7. Podozrenie na genetické postihnutie Pierre Robin sy., ktoré sa po testovaní nepotvrdilo. Po pôrode potrebná oxygenoterapia, polohovanie, airway pre problémy s dýchaním pri palatoschíze horných dýchacích ciest. Od narodenia bola klientka sondovaná z dôvodu palatoschízy. Dieťa po narodení umiestnené do dojčeneckého ústavu. Matka sa nevzdala svojich práv, podľa jej slov keď sa dieťa dostane „z najhoršieho“ zoberie si ho domov. Dieťa navštevuje nepravidelne, pričom neprejavuje fyzickú náklonnosť, často cítiť zápach alkoholu. Dieťa strávilo v dojčeneckom ústave 10. mesiacov a v septembri 2012 sa klientku podarilo umiestniť do profesionálnej rodiny (do ktorej bol neskôr umiestnený aj brat). Počas inštitucionalizováneho pobytu bola od 15.4. 2012 hospitalizovaná pre vyšetrenia a problémy s nízkou hmotnosťou (napriek sondovaniu nepriberala na váhe). 19.4. 2012 bola operovaná na defekt predsieňového septa na kardiochirurgii (NsP Kramáre), prevezená na JIS. Operáciu zvládla bez komplikácií a 23.4. 2012 bola preložená na lôžkové oddelenie detskej kardiochirurgie. Presun do detského domova bol realizovaný 27.4.2012. Po operácii dieťa lepšie naberalo na váhe i keď celkový vývin bol do veľkej miery ovplyvnený FAS. Od mája navštevovala dieťa liečebná pedagogička

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

v priemere raz až dva krát do týždňa (jedna hodina v poobedných hodinách). Okrem stimulačného programu dieťa raz týždenne cvičilo s fyzioterapeutom.

Aktuálny stav: dieťa je od septembra 2012 v starostlivosti profesionálnej matky, kde bol v mesiaci november 2012 umiestnený aj jej brat. Prostredie je veľmi podnecujúce a pokojné. Rodina je úplná a žije v rodinnom dome na dedine. Okrem dvoch spomenutých detí žije v domácnosti matka, otec a ich vlastné dospelé deti.

Záver a výsledky z praxe

V rámci včasnej intervencie bol s dieťaťom realizovaný štvormesačný podporno-stimulačný program, ktorého cieľom bol všestranný rozvoj dieťaťa, podpora interakcie a vzťahovej väzby. Z jednotlivých oblastí sme sa komplexne zamerali na stimuláciu jemnej motoriky, hrubej motoriky, vnímanie a komunikáciu. V rámci práce liečebného pedagóga sa primárne prepájali bazálnu stimuláciu s muzikoterapiou, ktoré sa nám zároveň osvedčili pri práci s konkrétnym dieťaťom. V tabuľke uvádzame vstupné a výstupné informácie, ktoré boli zaznamenané v neštandardizovanom záznamovom hárku. Vstupné informácie boli získané pri vstupnej diagnostike klientky. Po štvormesačnom stimulačnom programe prebehla výstupná diagnostika kde boli získané výstupné informácie. Výsledky uvádzame v nasledovnej tabuľke.

TABUĽKA 1 POROVNANIE VÝSLEDKOV DIAGNOSTIKY

	Vstupné informácie	Výstupné informácie	Maximálny počet bodov
Oblasť A (hrubá motorika)	2b.	25b.	30b.
Oblasť B (jemná motorika)	3b.	32b.	34b.
Oblasť C (vnímanie a odozva na podnety)	10b.	21b.	26b.
Oblasť D (interakcia a reč)	13b.	32b.	34b.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Aj ireparabilné postihnutie ako je FAS, sa dá do istej miery pozitívne ovplyvniť a dieťa môže pri vhodne zvolenej stimulácie a odborného multidisciplinárneho prístupu prosperovať a dosahovať kvalitný rast. Detský mozog preukazuje veľkú plasticitu a preto je raný vek dôležitým obdobím, v ktorom treba využívať najmä multisenzoriálny prístup.

Fetálny Alkoholový Syndróm je veľmi závažné postihnutie, ktoré má dopad na celkovú kvalitu života človeka. Ako najväčší problém súčasnosti vnímam neinformovanosť širokej spoločnosti ako i odborných kruhov o danej problematike. Už od raného veku je možné pozorovať výrazne odlišnosti a oneskorenie vo vývine, ktoré bez cielenej a odbornej stimulácii nemusí nikdy dosiahnuť priemernú úroveň. Žiaľ niekedy ani včasná diagnostika „neposunie" problém dieťaťa s FAS a to potom nemá možnosť dosiahnuť najvyššiu kvalitu života. Nakoľko pri FAS ide o široké štrukturálne poškodenie mozgu a je potrebná odborná starostlivosť, ktorá zabezpečí cielenú stimuláciu a podporu vývinu. Najpodstatnejšie odporúčanie do praxe sa dotýka prevencie FAS v celej spoločnosti a teda predchádzanie vzniku daného postihnutia. Dôležité je informovať ľudí o dopade konzumácie alkoholu počas gravidity a poukázať na alarmujúce problémy, s ktorými sa dieťa či dospelý s FAS stretáva počas celého života. Prevenciou FAS vo všetkých úrovniach môžeme ponúknuť zlepšenie kvality života deťom a ľuďom s FAS.

Literatúra:

ASTLEY, S. J. 2004, *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4- Digit Diagnostic Code*. Washington: School of Public Health and Community Medicine 2004. 103 s.

CENTER FOR DISABILITIES. Sanford School of Medicine of The University of South Dakota, *Fetal alcohol spectrum disorder.* [online].[cit. 2012-12-30]. Dostupné na internete <http://www.usd.edu/medical-school/center-for-disabilities/upload/fasdhandbook.pdf>

ČÍŽKOVÁ, J., et. al. 2003, *Přehled vývojové psychologie.* Olomouc: Ostravská univerzita. 2003. ISBN 80-244-0629-2

GUIDE FOR FLORIDA EDUCATOR. Florida State University Center for Prevention & Early Intervention Policy 2005 *Teaching Students with Fetal Alcohol Spectrum Disorders.* [online].[cit. 2012-12-27]. Dostupné na internete http://www.fldoe.org/ese/pdf/fetalco.pdf

KLECKA, M. 2012, *FAScinujúce deti.* Nitra: Návrat 2012. 98 s. ISBN 978-80-969621-6-7

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

JANAS-KOZIK, M., KLECKA, M. 2012, *Dieťa s FASD (Diferenciálna diagnostika a základy terapie).* Nitra: Návrat 2012. 94 s. ISBN 978-80-969621-7-4

LANGMEIER, Z., KREJČÍŘOVÁ, D. 2007, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing a. s. 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9

SPOHR, H. L., STEINHAUSEN, H. CH., (ed). 1996, *Alcohol, pregnancy and the developing child.* Cambridge: University Press 1996. 307 s.

SVOBODA, M., VÁGNEROVÁ M., KREJČÍŘOVÁ, D. 2001, *Psychodiagnostika detí a dospívajících.* Praha: Portál 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8

Kontaktné údaje:

Mgr. Alžbeta Sykorjaková

liečebná pedagogička, interná doktorandka

Univerzita Komenského v Bratislave,

Pedagogická fakulta

Šoltésová 4, 813 01

E-mail. betysykorjakova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VÝZNAM PODPORY DOJČENIA VO VČASNEJ INTERVENCII

Oľga Chovancová

ABSTRAKT

Vo svojom príspevku sa zameriavam na dôležitosť dojčenia pre dieťa so zdravotným znevýhodnením. Jeho význam sa prejavuje nielen vo vzácnom zložení materského mlieka, ale I v samotnom priebehu dojčenia. Svojím pozitívnym pôsobením na dieťa, ale i celú rodinu ako systém, výrazne zvyšuje efektivitu všetkých následných terapeutických krokov včasnej intervencie. V poslednej časti príspevku navrhujem konkrétne kroky pre odborníkov, ktoré môžu pomôcť k tomu, aby bolo na Slovensku dojčených čo najviac detí so zdravotným znevýhodnením.

Kľúčové slová: *včasná intervencia, dôležitosť dojčenia, podpora v dojčení, laktačné poradenstvo, vzťahová výchova*

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF BREASTFEEDING SUPPORT IN ECI

In my contribution, I focus on the importance of breastfeeding children with special health care needs. Its importance is not only in the unique composition of breastmilk, but also in the act of breastfeeding. The positive effect on the child, as well as the entire family as a system, significantly increases the efficiency of all subsequent steps of early therapeutic intervention. In conclusion, I suggest specific steps for professionals to recommend and support breastfeeding of children with special health care needs in Slovakia.

Keywords: *Early Childhood Intervention, The Importance of Breastfeeding, Breastfeeding Support, Lactation Counseling, Attachment Parenting*

Ako liečebný pedagóg sa už približne 10 rokov venujem laktačnému poradenstvu, čiže praktickej pomoci a podpore matkám v dojčení a v budovaní bezpečnej vzťahovej väzby v rodine. Po absolvovaní konferencie *Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej*

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

intervencii v septembri tohto roku a po preštudovaní dostupných materiálov, som si uvedomila, že práve taký obrovský potenciál, ktorý sa v dojčení skrýva, je v tomto smere zatiaľ neobjavený a jeho preventívny a terapeutický význam zostáva nevyužitý. Preto som sa aj v tomto príspevku rozhodla v prvom rade zamerať na dôležitosť samotného dojčenia práve pre deti so zdravotným znevýhodnením a v druhom rade poukázať na zmysel podpory a praktickej pomoci matkám, aby mohli dojčiť svoje deti. Túto pomoc považujem za veľmi efektívnu a za jednu z prvých priorít "najvčasnejšej" intervencie. Som presvedčená, že dojčenie svojím pôsobením výrazne ovplyvňuje kvalitu všetkých následných krokov včasnej intervencie a zároveň je jej nevyhnutnou súčasťou. Dojčenie by malo byť integrované do všetkých programov včasnej intervencie.

Dôležitosť dojčenia

Dojčenie je jediný prirodzený prostriedok na nasýtenie fyzických a psychických potrieb novorodenca od prvej sekundy jeho narodenia až do obdobia prirodzeného, samostatného odstavenia (približne v troch či viacerých rokoch dieťaťa). Počas celého tohto obdobia je celkový význam dojčenia a prijímania materského mlieka pre každé dieťa nenahraditeľný. Mnohokrát sa považuje dojčenie materským mliekom za rovnocenné s kŕmením umelým mliekom z fľaše. Avšak nie je to pravda. Samotné zloženie mlieka materského a kravského (umelé mlieko sa vyrába z kravského mlieka), spôsob sania a kŕmenia, celkové vnímanie bábätka počas kŕmenia, vzájomné vzťahové procesy medzi matkou a dieťaťom a v neposlednom rade krátkodobý, ale i dlhodobý účinok na celkovú kvalitu zdravia a života, je v oboch prípadoch diametrálne odlišný a neporovnateľný. Kŕmenie umelým mliekom by sa malo používať len v nevyhnutných, skôr výnimočných a medicínsky oddôvodnených prípadoch s vedomím rizík, ktoré podávanie umelej výživy pre zdravie dieťaťa i matky reálne prináša. Matka by v prvom rade mala dostať všetku potrebnú podporu a pomoc v dojčení od skúseného laktačného poradcu.

V rámci včasnej intervencie by som rada zdôraznila predovšetkým tieto aspekty dojčenia:

1. Dojčenie je nevyhnutné pre zdravie a dozrievanie imunitného systému dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.

Podľa Newmana (2004) a stoviek iných štúdií majú dojčené deti vďaka zloženiu materského mlieka ochranu pred infekciami. Nedojčenie a používanie umelej výživy tým pádom vystavuje

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

deti riziku užívania väčšieho množstva liekov, väčšieho počtu hospitalizácií a to obzvlášť v súvislosti s najčastejšími dôvodmi pre hospitalizáciu detí, ako sú hnačky, zvracanie, infekcie dýchacích ciest či dehydratácia. Ak aj dojčené deti ochorejú, tak samotné ochorenie má miernejší priebeh, nakoľko sa v materskom mlieku vytvárajú protilátky. Kŕmenie umelým mliekom zvyšuje pri deťoch riziko výskytu cukrovky, zápalov črevného traktu, obezity, zápalov stredného ucha, ochorení horných a dolných dýchacích ciest, alergií a množstva ďalších diagnóz. Zvláštnu pozornosť je dôležité venovať počiatočnému materskému mlieku, zvanému kolostrum, ktoré sa začína tvoriť už v polovici tehotenstva až do približne prvých dvoch-troch dní po pôrode. Obsahuje vo zvýšenej miere obranné látky, najmä imunoglobulíny, ktoré pomáhajú dieťatku bezpečne zvládnuť náročný prechod zo sterilného vnútromaternicového prostredia. Kolostrum urýchľuje osídlenie tráviaceho traktu mikroflórou, urýchľuje vylučovanie smolky, je najlepšou prevenciou hypoglykémie a hyperbilirubénie.

2. Dojčenie je dôležité pre kognitívny a senzomotorický vývin dieťaťa.

Mozog novorodenca nie je pri pôrode plne vyvinutý. Ešte približne tri roky sa mimoriadne rýchlo vyvýja a vytvárajú sa dôležité medzibunkové spojenia. Materské mlieko obsahuje výživné látky potrebné na to, aby mozog dozrieval a nakoniec dosiahol svoj maximálny potenciál. Samotné dojčenie rozvíja celkové vnímanie. Počas kŕmenia cíti dieťatko vôňu matky, chuť mlieka, pozerá sa na matkinu tvár, dotýka sa jej pokožky, cíti jej teplo spredu, zozadu cíti jej dotyk, počúva matkin hlas a tlkot jej srdca, pohybuje sa spolu s ňou. Všetky tieto vnemy pôsobia na vznik mozgových prepojení a podporujú jeho vývin. Slúžia ako jemná a prirodzená stimulácia, ktorá je nenahraditeľná inými terapeutickými postupmi.

3. Dojčenie má zásadný význam pre zdravie matky.

Dojčenie nie je len nakŕmenie hladného bábätka, ale je tiež dôležité pre matkino zdravie. Matke, ktorá začne dojčiť bezprostredne po pôrode, sa bude správne zavinovať maternica, čo ovplyvňuje popôrodné krvácanie, ako aj rekonvalescenciu po pôrode. Dojčenie a kontakt koža na kožu podporuje schopnosť matky postarať sa o dieťatko. Dojčenie má potenciál odvrátiť vznik popôrodnej depresie, čo je veľmi dôležitý aspekt hlavne z pohľadu vyrovnávania sa so zdravotným znevýhodnením dieťaťa. A v prípade popôrodnej depresie či akútnej psychózy, je dôležité z hľadiska zdravia matky i dieťaťa ďalej pokračovať v dojčení popri liečbe. Z dlhodobého hľadiska má význam spomenúť, že ak matka nedojčí, má zvýšené riziko rakoviny

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

prsníkov a vaječníkov, zvýšené riziko vzniku osteoporózy i obezity a aj riziko nedostatku železa. Pre matku je taktiež samotné dojčenie oveľa pohodlnejšie ako príprava umelej výživy.

4. Dojčenie rozvíja materský inštinkt a osobnosť matky.

Matkina schopnosť dojčiť vysoko zvyšuje jej pocit vlastnej sebahodnoty a sebadôvery. Počas úspešného dojčenia je zabezpečená správna hormonálna regulácia, čo výrazne ovplyvňuje jej citové prežívanie. Na základe týchto skutočností je zrejmé, že matky, ktoré dojčia dieťa so zdravotným znevýhodnením, majú vyššiu pravdepodobnosť odolávať nepriaznivým okolnostiam, v menšej miere budú mať tendenciu podľahnúť pocitom úzkosti a panike, cítia sa viac posilnené vo svojich kompetenciách. Sú presvedčené o tom, že kŕmenie materským mliekom a samotné dojčenie ako také, je niečo mimoriadne dôležité, čo môžu momentálne pre svoje dieťa urobiť. Zároveň tým získajú potrebný čas a pokoj na premyslenie si ďalších krokov pomoci dieťaťu.

5. Dojčenie - ako akútna pomoc pri lekárskych zásahoch a vyšetreniach.

Rodičia detí so zdravotným znevýhodnením alebo aj rodičia s pochybnosťami o zdraví svojho dieťaťa, musia často absolvovať množstvo vyšetrení, ktoré sú pre nich a ich dieťa náročné a stresujúce. Možnosť okamžite nadojčiť dieťa po náročnom vyšetrení alebo zákroku, či priamo počas neho, prípadne počas hospitalizácie, je v danej situácii veľkou pomocou. S našou dcérou sme počas jej prvých šiestich mesiacov života dvakrát absolvovali ultrazvukové vyšetrenie srdiečka. Prvé vyšetrenie celé preplakala a bolo to pre nás všetkých veľmi stresujúce. Pred druhým vyšetrením som požiadala lekára, či by som dcéru mohla počas vyšetrenia dojčiť. Lekár súhlasil, keďže mohol vyšetrovať aj cez chrbátik. Výsledok bol taký, že dcéra bola úplne pokojná a ani raz nezaplakala. Vyšetrenie prebiehalo oveľa kratšie a výsledky neboli skreslené nepokojom a plačom našej dcérky.

6. Dojčenie - ako nástroj budovania bezpečnej vzťahovej väzby.

Samotný aspekt choroby alebo poškodenia dieťaťa je veľkou výzvou pre každého rodiča. Celý proces vyrovnávania sa s realitou, môže byť brzdou v rozvoji vzťahovej väzby medzi dieťaťom a rodičmi. Dojčenie tu ponúka prirodzený a účinný nástroj zbližovania a spoznávania sa. Toto puto sa niekoľkokrát denne upevňuje a dieťa je opakovane uisťované o rodičovskej láske. Čerpá z neho istotu a dôveru. Samotné dojčenie upokojuje novorodenca, ktorý plače, ale zároveň aj

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

dvojročné dieťa, ktoré spadlo, je choré alebo sa necíti dobre. Sears (2007) uvádza, že aj práve z tohto dôvodu majú dojčené deti nižšiu hladinu stresových hormónov, čo je dobré pre ich imunitu.

7. Dojčenie predčasne narodeného dieťaťa.

Mnohé z detí, ktoré potrebujú včasnú intervenciu, sa narodia predčasne. Práve pre tieto deti sú dojčenie a fyzický kontakt koža na kožu (tzv. Kangaroo Mother Care – materská starostlivosť klokankovaním) ešte dôležitejšie ako pre zdravé. Popri riešení zdravotného problému by sa preto rovnako nemalo zabúdať ani na tieto dôležité potreby. Čo však robiť v prípade, keď je dieťa uložené v inkubátore? Aj tu platí tá istá odpoveď. Takéto dieťa by malo dostávať materskú starostlivosť klokankovaním a byť v kontakte koža na kožu tak, aby nemuselo tráviť čas v inkubátore a jeho potreby by nemali stáť v úzadí aj napriek závažnosti ochorenia. Dojčenie, materské mlieko a fyzický kontakt potrebuje rovnako ako všetku medicínsku starostlivosť.

Terapia materskej starostlivosti klokankovaním, počas ktorej je dieťa preložené z inkubátora do náruče rodičov, vychádza z vedeckých poznatkov, že matkina náruč ponúka bezpečnejšie a termostabilnejšie prostredie ako inkubátor. Ani zavedenie infúzií, výživovej sondy alebo umelej ventilácie nie je prekážkou pre tento typ staroslivosť. Litavec (2007), vedúci lekár novorodeneckého oddelenia v Bardejove uvádza, že predčasne narodení novorodenci, ktorým je umožnené byť počas dňa v kontakte s matkou koža na kožu, v rámci terapie materskej starostlivosti klokankovaním, vykazujú kvalitnejšiu organizáciu spánkových cyklov, stabilnejšie kardiorespiračné funkcie. Sú tiež termostabilnejšie a laktácia ich matiek je niekoľkokrát úspešnejšia, čo celkovo umožnuje skrátenie doby hospitalizácie. Veľkým prínosom je zníženie hladiny stresu u matky a aj dieťaťa. Inými slovami, inkubátor prináša riziká, ktoré pri materskej starostlivosti klokankovaním nevznikajú.

Bergman, ktorý sa tiež zaoberá vplyvom inkubátora na novorodenca, dokazuje, že dieťa, ktoré je oddelené hneď po narodení od matky, prežíva frustrácie z tejto absencie vzťahu a tieto zážitky dlhodobo negatívne ovplyvňujú vývin mozgu. Dieťaťu, ktoré je uložené v inkubátore, sa desaťnásobne zvyšuje hladina stresových hormónov.

Bergman tiež skúmal spôsob kŕmenia predčasne narodených novorodencov. Uvádza, že hoci dieťa dokáže sať z fľaše až od 34. týždňa gestačného veku, tak schopnosť dojčiť sa začína už v 28. týždni veku dieťaťa. Kŕmenie z fľaše je nárazové, nie je skoordinované s prehĺtaním, čo

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

spôsobuje hypoxiu a spomalenie srdcovej frekvencie. Taktiež na pitie z fľaše je potrebných veľa malých, slabých svalov, ktoré musia vyvinúť maximálne úsilie. Tento spôsob pitia je pre bábätko oveľa vyčerpávajúcejší ako dojčenie. Na pitie materského mlieka z prsníka sa využíva najväčší sval na hlave, ktorý robí najmenej náročný pohyb.

Čím je dieťa menšie, o to urgentnejšie potrebuje prijímať materské mlieko. Imunita predčasne narodeného dieťatka je nedozretá, preto tu vzniká väčšie riziko infekcií, o to viac, že v nemocničnom prostredí je prítomných množstvo škodlivých mikróbov. Newman (2004) uvádza, že mlieko matky predčasne narodeného dieťaťa je špeciálne prispôsobené jeho potrebám. Má iné zloženie ako mlieko dieťatka porodeného v termíne a práve preto ho dieťa potrebuje akútne dostať. Má vyššiu koncentráciu bielkovín, viac polynenasýtených mastných kyselín s dlhým reťazcom a viac imunitných faktorov. Kŕmenie predčasne narodených detí umelou výživou prináša ešte väčšie riziká ako pri ostatných deťoch.

Zmysel podpory dojčenia

Mnohé ženy, ktoré sú počas tehotenstva rozhodnuté, že budú dojčiť svoje dieťa, ho nakoniec nedojčia. Jednou z najčastejších príčin je, že hneď na začiatku sa stretnú v pôrodnici s množstvom prekážok, ktoré bránia dobrému začiatku dojčenia. Matky neboli na tieto okolnosti pripravené a nevedia ako ich riešiť. Avšak problémy s dojčením sú tak akútne, že je nutné ich riešiť okamžite. Ak sa matkám zo strany zdravotného personálu nedostane správna a jednotná praktická pomoc, ich problém sa zhoršuje. Matka je zmätená, rýchlejšie sa vzdáva, postupne siaha po kŕmení z dojčenskej fľaše i po umelej výžive a následkom nesprávnych postupov a informácií prestáva dojčiť.

Na Slovensku pôsobí občianske združenie MAMILA (www.mamila.sk), ktorého cieľom je pomáhať ženám pri dojčení a poskytovať im podporu. Toto združenie školí laktačné poradkyne, ktoré pripravujú matky na dojčenie ešte počas tehotenstva a následne im prakticky pomáhajú v problémoch súvisiacich s dojčením po pôrode. Laktačné poradenstvo je postavené na vedeckých dôkazoch, ktoré môžu pomôcť matkám, aby svoje deti dojčili. Najväčšou prekážkou pre dojčenie je absencia praktickej pomoci v dojčení a nedostatok správnych informácii.

Laktačná poradkyňa poskytuje podľa svojich možností osobné, telefonické, ale I emailové poradenstvo. Kontakt na ňu získa mamička zo zoznamu poradkýň na webovej stránke www.mamila.sk. Samotná stránka ponúka aj ilustračné videá a fotografie správneho dojčenia a

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

mnoho ďalších dôležitých rád pre rodičov, vrátane rád pre rodičov predčasne narodených detí. Ako laktačná poradkyňa som mnohokrát navštívila matky aj priamo v pôrodnici. Pomáham im so správnym prisatím bábätka, ukazujem im, ako majú rozlíšiť, kedy dieťa pije a kedy len saje, odpovedám na všetky otázky, týkajúce sa dojčenia.

Ako poradkyne sme zároveň školené ako pomôcť matke dojčiť bábätko, ktoré sa zo zdravotných dôvodov nedokáže prisať. Môže sa to týkať napr. fyziologických príčin v orofaciálnej oblasti, môže ísť taktiež o celkovú hypotóniu novorodenca (napr. u detí s Downovým syndrómom). Mnohé deti sa nedokážu správne prisať aj vplyvom pôrodných techník (napr. epidurálnej anestézie), či oddialenému prvému dojčeniu. Komplikácia nastáva aj vtedy, ak dieťa má zdravotný problém, ktorý mu bráni prijímať materské mlieko dojčením. V tomto prípade povzbudzujeme mamičku, aby si začala svoje mlieko hneď, ako je to pre ňu možné, pravidelne odstriekavať či odsávať a podávať dieťaťu vhodným spôsobom, napríklad pohárikom, a nie z fľaše. Pokiaľ si matka udrží tvorbu mlieka a zároveň bude používať postupy, ktoré neučia dieťa inému spôsobu satia, tak hneď, ako je to možné, môže jej bábätko s väčšou pravdepodobnosťou znovu prejsť na pitie z prsníka.

Matka, ktorá je presvedčená o dôležitosti dojčenia svojho dieťaťa, dostane správne informácie a podporu, bude mať aj napriek nepriaznivým okolnostiam oveľa väčšiu snahu robiť kroky k tomu, aby jej dieťatko mohlo byť dojčené. Ak má nablízku človeka a zároveň odborníka, ktorý jej poskytuje psychickú, ale i praktickú podporu, je jej to významnou pomocou. Významnú časť tejto pomoci poskytujú podporné skupiny dojčiacich matiek, ktoré vedú laktačné poradkyne.

Praktické kroky v podpore dojčenia vo včasnej intervencii

V poslednej časti môjho príspevku by som rada navrhla konkrétne kroky, ktoré by pomohli k tomu, aby mohli byť dojčené aj deti so zdravotným znevýhodnením. Cieľom týchto krokov je taktiež presieťovanie odborníkov z včasnej intervencie a laktačného poradenstva a aj zvýšenie vzájomnej informovanosti o ponúknutých službách.

Konkrétne kroky:

- informovanosť všetkých odborníkov zahrnutých vo včasnej intervencii o dôležitosti dojčenia a spôsoboch, ako ho podporiť

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- zaradenie podpory dojčenia medzi ciele včasnej intervencie

- pri získavaní vstupných údajov v rámci diagnostického procesu sa odborník podľa potreby zaoberá aj otázkou dojčenia. Dôležité je to vtedy, ak je otázka dojčenia u matky ešte aktuálna – čo vzhľadom na dĺžku dojčenia môžu byť prvé roky života dieťaťa. Čiže, ak ide o rodičov, ktorí kontaktujú odborníka ešte počas tehotenstva, v dobe bezprostredne po pôrode alebo už dojčia a majú v tejto oblasti problémy a potrebujú konkrétnu pomoc. Odborník poskytne rodičom informácie o dôležitosti dojčenia a ďalej nasmeruje na konkrétnu pomoc laktačného poradcu (zoznam poradkýň na www.mamila.sk).

- zvýšiť informovanosť rodičov o dôležitosti dojčenia aj prostredníctvom internetovej stránky www.early-intervention.eu – pričom anglicky hovoriacich rodičov je možné smerovať na stránku www.breastfeedinginc.ca ,kde sú texty v mnohých svetových jazykoch. V užitočných odkazoch spomenúť aj laktačné poradenstvo (www.mamila.sk). Informácie na stránke www.early-intervention.eu by bolo potrebné zmeniť, pretože v súčastnosti tieto stránky evokujú rovnocennosť dojčenia a kŕmenia z fľaše, chýba väčšia podpora a povzbudenie dojčiť.

- informovať laktačné poradkyne o spolupráci s odborníkmi z včasnej intervencie, osloviť konkrétne poradkyne s najširšími skúsenosťami v poradenstve rodinám s deťmi so zdravotným znevýhodnením. Medzi poradkyňami sú zároveň i odborníci, lekári či psychológovia, prípadne ľudia, ktorí majú deti so zdravotným znevýhodnením.

Záver

Motiváciou k napísaniu tohto príspevku je pre mňa skutočnosť, že máloktoré dieťa so zdravotným znevýhodnením je dojčené. Rodičia týchto detí potrebujú aj v tomto smere veľkú pomoc a podporu nás odborníkov. Verím, že aj vďaka týmto informáciám, sa podarí zvýšiť povedomie o tejto problematike. Pokiaľ sa, ktorémukoľvek odborníkovi podarí prakticky uskutočniť vyššie spomínané kroky a pomôže k tomu, aby mohlo byť konkrétne dieťa dojčené, sám sa bude môcť v krátkom čase presvedčiť o jeho prirodzenom pozitívnom pôsobení vo všetkých následných terapeutických intervenciách.

Literatúra:

Newman, J.: Guide to Breastfeeding. HarperCollins Publishers Ltd., Toronto 2004.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Bergman, N.: Dostupné na http://www.kangaroomothercare.com/research.htm

Sears, W.: Attachment Parenting. Zborník z konferencie: Dojčenie, pediater a vzťahy v rodine. MAMILA 2007.

Litavec, M.: Humanizačné trendy v starostlivosti o rizikového novorodenca. Zborník z konferencie: Dojčenie, pediater a vzťahy v rodine. MAMILA 2007.

http://www.mamila.sk/pre-matky/dojcenie-a/predcasniatka/

http://www.mamila.sk/pre-matky/dojcenie-a/klokankovanie/

Kontaktné údaje:

Mgr. Oľga Chovancová

liečebná pedagogička

t. č. rodičovská dovolenka so štvrtým dieťaťom

olga@chovanec.org

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

SPOLUPRÁCA S RODIČMI PRI LIEČBE DIEŤAŤA S HYPERKINETICKOU PORUCHOU

Zuzana Šiserová

ABSTRAKT

Príspevok sa venuje problematike komplexnej liečby detí s hyperkinetickou poruchou. Približuje výskyt, symptomatiku, priebeh a prognózu hyperkinetických porúch, ktoré sa môžu začať prejavovať už v priebehu druhého roka života dieťaťa. Ďalej popisuje význam spolupráce rodiča na diagnostickom a liečebnom procese. Špeciálne sa zameriava na spoluprácu rodiča a liečebného pedagóga pri identifikácii a rozvíjaní protektívnych faktorov dieťaťa, podpore reziliencie dieťaťa a eliminácii negatívnych dopadov poruchy na kvalitu života dieťaťa.

Kľúčové slová: *hyperkinetická porucha, spolupráca s rodičom, protektívne faktory, rizikové faktory, reziliencia.*

ABSTRACT

Cooperation with parents on treating children with hyperkinetic disorder

The research addresses the complex treatment of children with hyperkinetic disorder. It explains the presence, symptoms, process and prognosing the of the hyperkinetic disorders which can appear in the second year of children life. It describes the importance parent cooperation on the diagnosis and treatment of disorder. Especially it is aimed at the cooperation between a parent and a therapeutic pedagogue during the identification process of protective factors of the child and resilience of child and elimination of negative influences of the disorder on the quality of child's life.

Keywords: *hyperkinetic disorder, cooperation with parents, protective factors, risk factors, resilience.*

Hyperkinetické poruchy sú najčastejšie sa vyskytujúcou skupinou porúch psychického vývinu v detstve. Výskyt porúch sa odhaduje až na 3-9% detskej populácie. Porucha zasahuje všetky

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

činnosti a oblasti správania dieťaťa – hru, učenie, ako aj sociálne vzťahy dieťaťa (Levčíková, 2004). Do kategórie hyperkinetických porúch zaraďujeme špecifické poruchy správania, ktoré možno ďalej rozdeliť na syndróm ADHD, syndróm ADD a hyperkinetickú poruchu správania (Vágnerová, 2004). MKCH-10 rozlišuje dva typy hyperkinetických porúch: poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickú poruchu správania. DSM-IV rozlišuje tri subtypy ADHD. Subtyp s prevahou poruchy pozornosti (s výskytom 20–30%), subtyp s prevahou hyperaktivity-impulzivity (s výskytom menej ako 15%) a kombinovaný subtyp ADHD (s výskytom 50–75%).

Pre označenie hyperkinetických porúch správania sa v minulosti používal termín ľahká mozgová dysfunkcia (ĽMD), prípadne špecifické vývinové poruchy správania. Termín ĽMD je v súčasnosti nahrádzaný termínmi porucha pozornosti ADD (z anglického Attention Deficit Disorder) a porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD (z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder). ADHD má neurobiologický podklad a posledné výskumy dokazujú, že u časti jedincov sa jedná o geneticky podmienenú poruchu. Šuba (2003) upozorňuje, že často uvádzaný pomer výskytu ADHD u chlapcov a dievčat 4:1, je v súčasnosti spochybňovaný. Dievčatá sú totiž pravdepodobne najviac reprezentované subtypom s predominantnou poruchou pozornosti, čo častejšie vedie k poddiagnostikovaniu a neliečeniu poruchy.

Poruchy sa prejavujú v troch oblastiach symptómov, ktoré sa zvyčajne prejavia v prvých piatich rokoch života (Vágnerová, 2004): 1. Poruchou pozornosti - neschopnosťou sústrediť sa, vydržať pri činnosti vyžadujúcej kognitívnu účasť, ľahkou vyrušiteľnosťou (dieťa je zábudlivé, stráca veci); 2. Vyššou pohotovosťou k impulzívnemu konaniu - tendenciou prechádzať z jednej činnosti na druhú bez ich dokončenia (dieťa je netrpezlivé, nie je schopné čakať, vyrušuje iných pri hrách); 3. Hyperaktivitou - nezorganizovanou, nedostatočne regulovanou a nadmernou aktivitou (dieťa je neposedné, hrá sa z rukami, pokrikuje).

Hyperkinetické poruchy sú charakterizované skorým začiatkom, prvé príznaky poruchy sa prejavujú už v druhom roku života. Deti sú mimoriadne živé, nepozorné, treba ich stále kontrolovať a chrániť. Nedokážu vydržať dlhšie pri hrách, sú neporiadne, nedôsledné. Hry často končia rozhádzaním hračiek (Kolibáš, 2010). Deti s hyperkinetickou poruchou sa môžu prejavovať ako bezohľadné a impulzívne, náchylné na úrazy. Vyskytuje sa u nich zhoršenie poznávacej schopnosti a špecifické oneskorenia vo vývine motoriky a reči. Vyskytujú sa tiež poruchy spánku, neskoré zaspávanie, nedostatočná dĺžka spánku. Neskôr bývajú nepopulárne

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

medzi inými deťmi a môžu sa dostať do izolácie (MKCH-10). Najmä hyperaktivita dieťaťa má podľa Traina (1997) vplyv na vzťahy dieťaťa s vrstovníkmi. Tí nedokážu tolerovať jeho neustálu aktivitu, nesústredenosť a zaujatosť iba svojimi problémami. Pretože sa permanentne niečoho dožaduje, býva neobľúbené a odmietané. Deti mu dávajú svoj nesúhlas otvorene najavo, čo ešte zvyšuje jeho nepokoj. Pocit odmietnutia sa môže snažiť kompenzovať pútaním pozornosti. Jeho problémy sa tak ďalej prehlbujú.

U dieťaťa s ADHD býva tiež narušený celkový obraz sveta, vytváranie si názoru na svoje okolie, taktiež pôsobenie na okolie, priateľské spolunažívanie a chápanie diania okolo neho. Tiež býva narušená schopnosť vcítiť sa do iného, schopnosť vytvoriť s okolím priateľský vzťah. Dieťa s touto poruchou vo vzťahu k sebe samému a vo vzťahu k svojej rodine v istom zmysle celkom vydané napospas svojmu okoliu a žije akoby stále na verejnosti. Navonok to však môže pôsobiť ako zasahovanie do okolia, prílišná živosť a aktivita, niekedy až neznesiteľnosť vo svojom správaní (Slováková, Hrádečná, 2003).

Hyperkinetické poruchy majú chronický priebeh. Vo vysokom percente prípadov symptómy pretrvávajú počas adolescencie aj dospelosti. Všeobecne sa udáva pretrvávanie symptómov do dospelosti až u 60% jedincov. Porucha má navyše vysokú komorbiditu, až 80% detským pacientov má aspoň jednu komorbidnú diagnózu. Najčastejšie sa vyskytuje porucha opozičného vzdoru, porucha správania, špecifické poruchy učenia, poruchy motorickej koordinácie. Význam tu preto má včasná primárna liečba. Medzi spôsoby liečby patrí farmakoterapia, kognitívne a psychoedukačné stratégie, behaviorálna terapia a psychosociálna rehabilitácia (Šuba, 2009).

U detí v ranom veku sa včasná intervencia zameriava predovšetkým na optimalizáciu celkového stavu a harmonizáciou vývinu (sociálneho a emocionálneho vývinu, motorického vývinu, vývinu reči), čím pôsobí ako prevencia rozvoja symptómov a pridruženia ďalších psychických porúch. Včasná intervencia si vyžaduje spoluprácu tímu odborníkov s rodičmi dieťaťa. Podľa potreby sa do tímu zapája pediater, psychológ, pedopsychiater, liečebný pedagóg. Spolupráca s rodičmi začína už pri identifikácii problému a diagnostickom procese. Pre skompletizovanie celkového obrazu sú nevyhnutné práve informácie od rodiča. Veľmi cenným je tu získanie pohľadu rodiča - ako vníma svoje dieťa a jeho problémy; aké sú prežívanie a prejavy dieťaťa v

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

domácom prostredí; ako sa symptómy vyvíjajú v čase; aká je závislosť výskytu určitého typu správania od rôznych situácií a pod.

Liečebnopedagogická starostlivosť o deti s rozvíjajúcou sa hyperkinetickou poruchou v ranom veku spočíva v harmonizácii vývinu prostredníctvom identifikácie a posilňovania protektívnych faktorov na strane dieťaťa, ku ktorým patrí v ranom veku najmä harmonické rodinné prostredie a kvalita vzťahov v rodine. Pre úspešnú liečbu je preto kľúčovým nadviazanie dobrého vzťahu a kvalitného pracovného spojenectva, kde rodič dostáva potrebnú podporu a spolupracuje pri riešení problémov. U detí s hyperkinetickou porucho je potrebný individuálny prístup, rešpektujúci špecifické potreby (unaviteľnosť, rozloženie záťaže, pozornosti...) a podmienky výchovy (uspôsobený harmonogram, pravidlá, nároky na dieťa...). Na základe ich identifikácie, možno vytvárať predpoklady pre ich napĺňanie. Liečebnopedagogické poradenstvo vychádza so skúsenosti rodičov, preto sa zisťujú ich: špecifiká v prístupe k dieťaťu, čo im pomáha, čo sa osvedčilo; čo zhoršuje príznaky, čomu sa treba vyhnúť; ktoré formy relaxácie/uvoľňovania zaberajú, čo možno použiť ako motiváciu dieťaťa k želaným aktivitám a pod. Rodič sa tak zároveň dostáva do roly participanta s významným postavením v intervenčnom procese, čím je motivovaný k ďalšej spolupráci.

Spolupráca sa orientuje najmä na funkčné stránky, teda oblasti fungovania dieťaťa, ktoré nie sú poruchou zasiahnuté a môžu pôsobiť pre jeho vývin kompenzačne. Rodič tu aktívne napomáha v procese identifikácie a následne posilňovania protektívnych faktorov. Protektívne faktory zmierňujú negatívny dopad poruchy na kvalitu života dieťaťa, najmä na jeho vzťah k sebe a sebaobraz, ako aj proces socializácie, vzťahy v rodine a s rovesníkmi. Eliminujú tiež pravdepodobnosť vzniku a rozvoja ďalších psychických porúch. Hort (2000) delí protektívne faktory na strane dieťaťa; protektívne faktory vo vzťahu k rodine a protektívne faktory vo vzťahu k sociálnemu prostrediu. Medzi protektívne faktory na strane dieťaťa patrí pozitívny temperament; nadpriemerná inteligencia; sociálna zdatnosť; úspešnosť v materskej škole; adaptácia v skupine rovesníkov; ľahký kontakt s cudzími autoritami; fyzické zdravie a zdatnosť. Medzi protektívne faktory v rodine dieťaťa patrí harmonické rodinné usporiadanie; primerané výchovné postoje a postupy rodičov; podpora dieťaťa; dobrá vzťahová väzba s matkou; postoje rodičov k problémom, poruche dieťaťa. Medzi psychosociálne protektívne faktory patrí dostupnosť vhodnej starostlivosti a stabilita vonkajšieho prostredia.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Ďalším z cieľov spolupráce s rodičom môže byť identifikovanie rizikových faktorov. Rizikové faktory podmieňujú udržiavanie, či prehlbovanie príznakov hyperkinetickej poruchy a ich negatívny dopad na jednotlivé oblasti života dieťaťa. Úzko súvisia s vulnerabilitou, čo je citlivosť dieťaťa na záťaž. Vplyvom rizikových faktorov sa vulnerabilita dieťaťa zvyšuje, stáva sa tak psychicky menej odolné, symptómy poruchy sa môžu zvýrazňovať. Hort (2000) delí rizikové faktory na strane dieťaťa, vo vzťahu k rodine a sociálnemu prostrediu. Medzi rizikové faktory na strane dieťaťa patrí vývinové oneskorenie; podpriemerná inteligencia; sociálna neobratnosť; zložitý temperament dieťaťa; chronické ochorenie dieťaťa; handicap. Medzi rizikové faktory v rodine patrí rozvod rodičov; násilie v rodine; situácie, kedy je dieťa svedkom násilia medzi rodičmi; alkoholizmus a drogová závislosť rodičov; psychiatrické ochorenie rodičov; kriminalita rodičov; dysfunkčné výchovné postoje rodičov. Medzi rizikové faktory vo vzťahu k sociálnemu prostrediu patrí chudoba rodiny; strata zamestnania niektorého z rodičov; časté sťahovanie rodiny a nedostatočná starostlivosť o dieťa.

Eliminácia negatívneho vplyvu rizikových faktorova a rozvíjanie protektívnych faktorov vytvárajú rezilienciu dieťaťa, jeho odolnosť voči záťaži, ktorá mu pomáha vyrovnávať sa s náročnými životnými situáciami (Šolcová, 2009). Rezilienciu dieťaťa možno podporovať na jednotlivých jej úrovniach. Na úrovni osobnosti je vhodné rozvíjať sociabilitu a komunikačné schopnosti. Na úrovni rodiny najmä vzájomnú podporu, súdržnosť, bezpečie a prejavovanú vrelosť. Na úrovni komunity sú to zásahy do širšieho sociálneho prostredia dieťaťa v zmysle sociálnej inklúzie dieťaťa. Kvalitná spolupráca s rodičom vedúca k cielenému posilňovaniu protektívnych faktorov pomáha znižovať intenzitu a častosť prejavov poruchy, vytvára priestor pre kompenzačné mechanizmy a zdravý vývin dieťaťa, podporuje jeho vnútorný pocit spokojnosti a zvyšuje tak celkovú kvalitu jeho života.

Literatúra:

HORT, V. et al. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOLIBÁŠ, E. 2010. *Príručka klinickej psychiatrie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2010. ISBN: 978-80-89322-05-3.

LEVCÍKOVÁ, M. 2004. *Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole*. Metodicko-informatívny materiál. Bratislava : Štátny pedagogický ústav.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

MERTON, R., BATEMAN, J. 2007. *Social inclusion Its immportance to mental health*. Mental Health Coordinating Council, Rozelle, 2007.

MKCH-10. (1994). Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. verzia, 1. diel. (WHO, Ņeneva 1992). Bratislava: Obzor. 824 s.

O'SULLIVAN, CH. 2010. Social inclusion and mental health. In Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. European Communities, 2010.

ŠOLCOVÁ, I. 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospeľosti*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-6234-0.

ŠUBA, J. 2009. *Nové možnosti liečeby ADHD na Slovensku.* In Psychiatria pre prax 10 (3), 2009, ISSN 1339-4258.

ŠUBA, J. 2003. HKP/ADHD – úvod do problematiky. In *ADHD – liečba a rehabilitácia poruchy.*

TRAIN, A. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhajícií profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-678-0.

Kontaktné údaje:
Mgr. Zuzana Šiserová, PhD.
liečebná pedagogička
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta UK, Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava
E-mail: zuzana@siserova.sk

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

ZÁKLADNÉ FORMY LIEČEBNOPEDAGOGICKEJ TERAPIE HROU VO VČASNEJ INTERVENCII

Petra Mitašíková

ABSTRAKT

Predložený text sa zameriava na vymedzenie jemných, ale zároveň zásadných rozdielov v troch základných formách liečebnopedagogickej podpory prostredníctvom terapie hrou. Popisuje neštruktúrovanú prirodzenú voľnú hru, pološtrukturovanú činnosť – tzv. voľnú prácu a vysokoštruktorovanú aktivitu – zamestnávanie. Príspevok sa venuje problematike časopriestorových a vzťahových podmienok a bariér týkajúcich sa týchto troch foriem terapeuticko-výchovnej intervencie. Súčasne vymedzuje niekoľko možných kontextov priamej a nepriamej účasti rodičov na terapeutickom procese.

Kľúčové slová: *neštruktúrovaná prirodzená voľná hra, pološtrukturovaná činnosť – voľná práca, vysokoštrukturovaná aktivita – zamestnávanie, diagnostické pozorovanie, nepriame terapeutické sprevádzanie, terapeutické zaškolenie rodičov, individuálna, skupinová a hromadná forma terapie hrou, časo-priestorové a vzťahové podmienky v kontexte liečebnopedagogickej terapie hrou*

ABSTRACT

Basic forms therapeutic-education play therapy in early intervention

The text aims to introduce delicate, but important diferencies in three basic forms therapy-education support through play therapy. It describes nonstructure free play, semistructured activity – free work and higt-structured activity – occupation. The article dedicates to problematic of time-areal and relationship conditions and barriers in touch to three forms therapeutic-education intervention. At the same time defines several possible contexts direct and indirect participation parents on therapeutical process.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Key words: *unstructured natural free play, semi-structured activity – free work, hight-structured activity – occupation, diagnostic observation, indirect therapeutic accompanying, therapeutic training of parents, individual, group and collective form play therapy, time-areal and relationship conditions in context of therapeutic-education play therapy.*

Terapia hrou má v rámci liečebnopedagogickej ranej intervencie svoje nezastupiteľné miesto. Hra je u detí najprirodzenejším spôsobom komunikácie. Tento základný komunikačný kanál je využiteľný v rovine podpory:

- vzťahu dieťa – rodič (alebo dieťa versus iní dospelí),
- vzťahu dieťa – súrodenci (iné deti) a
- sebaskúsenosti a sebavnímania u samotného dieťaťa.

V liečebnopedagogickej terapii, vo včasnej intervencii, podľa potreby volíme medzi troma základnými cestami: medzi využívaním potenciálu **neštruktúrovanej prirodzenej voľnej činnosti** (prirodzená voľná hra), **pološtruktúrovanej činnosti** (voľná práca) alebo **vysokoštruktúrovaných aktivít** (zamestnávania). Voľba spôsobu vedenia terapie je závislá od problematiky a stavu klienta a vo veľkej miere aj od odborného zamerania samotného terapeuta. Východiskom pre štruktúrovanú aktivitu v rámci terapie je poznanie neštruktúrovaného voľného prejavu dieťaťa v rámci rôznych vzťahov a kontextov.

Diagnostické pozorovanie **neštruktúrovanej prirodzenej voľnej hry dieťaťa – *jeho najprirodzenejšej inštinktívnej potrebe po sebauplatnení*** - možno bezpochyby považovať za základ akejkoľvek ďalšej štruktúrovanej terapeutickej intervencie. Prirodzená voľná hra je jazykom dieťaťa – ktorým vyjadruje svoje vnútorné potreby, pocity, myšlienky, záujmy, preferencie a neskôr aj komplexnejšie postoje. Spočiatku komunikuje na preverbálnej a neskôr aj na verbálnej úrovni svoje témy, otázky, konflikty, zmätky, radosti i starosti. Vedieť „prečítať“ hru dieťaťa – a porozumieť jej odkazu - je „umením“. Vyžaduje si to zo strany pozorovateľa vnímavú prítomnosť, odstup, reflektujúci (zrkadliaci) prístup, ale hlavne nadviazanie hlbokého, bezpečného vzťahu s dieťaťom - vzťahu, ktorý „dovolí“ dieťaťu existovať a konať slobodne.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Prirodzená voľná hra je hrou, ktorá je vo svojej najhlbšej podstate slobodnou aktivitou – samozrejme vždy v kontexte istých **prirodzených hraníc.** Hranice sú prirodzeným vymedzením priestoru, času, vzťahových pravidiel, a sú zásadné, aby hra v bezpečnom časopriestore vôbec bola možná. Zjednodušene povedané – dieťaťu budú vytvorené optimálne podmienky k prirodzenej, samoúčelnej (účelom hry je hranie samotné), spontánnej, voľnej činnosti. K základným podmienkam umožnenia voľného hrania je bezpečie, dostatok času, dobré hygienické zabezpečenie, podnecujúce prostredie a optimum vnímavej a reflektujúcej pozornosti dospelých počas voľného hrania dieťaťa.

Viaceré bariéry môžu voľnú hru blokovať a zamedzovať jej prítomnosti. Uvediem niekoľko príkladov **časo-priestorovo–vzťahových rámp,** ktoré prirodzenú voľnú hru znemožňujú. Dieťa je:

- nadmerne a neustále stimulované – „prestimulované“ - (dráždené podnetmi nadmerného množstva alebo intenzity) – nemá dostatočný časový priestor a pokoj na rozvinutie voľného konania;
- dlhodobo umiestňované v priestore neumožňujúcom voľný pohyb a voľnú činnosť (detské ohrádky, kočíky, autosedačky, neskôr školské lavice...);
- dlhodobo v prostredí, kde je voľná hra zaznávaná, nepodporovaná a kde nie sú vytvorené bazálne materiálne podmienky k hraniu – prostredie nie je pripravené;
- ohrozené v rovine uspokojovania jednej zo základných psychických potrieb podľa Matějčeka, Dytrycha (1997) – potreby životnej istoty tým, že sa nachádza permanentne v konfliktnej, zaťažujúcej, neistej atmosfére nefungujúceho alebo neexistujúceho bezpečného primárneho vzťahu so vzťažnými dospelými.

Týchto niekoľko vyššie uvedených príkladov hatenia spontánnej voľnej činnosti dieťaťa je samo osebe indikáciou liečebnopedagogickej intervencie. Na začiatku terapie je základom diagnosticky **zhodnotiť komplexnú životnú situáciu dieťaťa** – jeho bio-psycho–socio–materiálneho ukotvenie. Terapia začína práve tu. Pokúšame sa odblokovať hatiace závory, ktoré sú prekážkou vývinu dieťaťa. Zaoberáme sa v tomto kontexte primárne: komplexnou rodinnou situáciou (i stavom partnerstva rodičov), rodičovskými kompetenciami (analyzujeme výchovný štýl rodičov, spoločne hľadáme pozitívne rezervy prehodnotenia a zlepšenia rodičovských

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

zručností), zhodnocujeme možnosti suportívnych služieb pre rodinu (v rámci podporných služieb iných pomáhajúcich odborníkov zvažujeme i špecifickú, cielenú a systematickú liečebnopedagogickú intervenciu a pritom možnosti spolupráce rodičov).

Liečebnopedagogická terapia hrou ponúka priebežnú terapeutickú prácu s dieťaťom formou dlhodobejšieho individualizovaného liečebnopedagogického programu za konštantnej spolupráce a komunikácie vzťažných osôb dieťaťa. Realizuje sa väčšinou individuálne, v malých terapeutických skupinkách alebo vo väčších skupinkách tzv. hromadnou formou (ale tu už za priamej podpornej prítomnosti rodiča/rodičov). Posledná naznačená forma je formou **nepriameho terapeutického vedenia dieťaťa prostredníctvom zaškolovaných rodičov,** ktorí sú priebežne „zacvičovaní“, aby vedeli účinne podporovať svoje dieťa. Terapeut počas stretnutí prechádza pomedzi zúčastnených rodičov, ktorí pracujú so svojimi deťmi s ponúknutými materiálmi a hračkami, pozoruje ich vzájomnú interakciu a intervenuje pre dieťa i rodiča demonštračnými ukážkami práce s terapeutickým materiálom alebo rozoberá s rodičom jeho interakcie s dieťaťom. Takáto forma terapie je zaujímavou aj z ekonomického hľadiska. Bonusom je, že sa vo vymedzenom čase pod odborným vedením môžu stretávať rodičia a učiť sa navzájom. Veľmi malé deti tak dostávajú príležitosť stretávať sa s inými deťmi v pripravenom prostredí, sprevádzané a suportované vzťažnými osobami. Vyššie zmienené terapeuticko-výchovné formy podpory je možné podľa individuálnej situácie klienta aj rôzne kombinovať nasledovne:

- individuálnu terapiu s terapeutom (bez priamej prítomnosti rodiča v terapeutickej miestnosti) kombinovať s hromadnou terapiou s priamou prítomnosťou rodiča tak, že každý rodič sa venuje v pripravenom prostredí svojmu dieťaťu pod supervíziou liečebného pedagóga);

- individuálnu terapiu s terapeutom (s priamou prítomnosťou rodiča) kombinovať so skupinovou (bez priamej prítomnosti rodiča, ktorú vedie terapeut);

- individuálnu terapiu s terapeutom kombinovať s „domácou terapiou“ (cvičenia a navrhnutý program realizuje s dieťaťom rodič v domácom prostredí) a zúčastňuje sa individuálnej terapie len občasne podľa potreby za účelom kontrolnej diagnostiky, ďalšieho „zácviku“ rodiča – alebo odborného poradenstva odborníka (a toto sa môže diať ambulantnou alebo mobilnou intervenciou odborníka).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

K lepšiemu objasneniu vyššie načrtnutých variant liečebnopedagickej práce s detským klientom si bližšie popíšeme na možnostiach terapeutického využitia vynikajúceho materiálu **Montessoriovej červených tyčí.** Materiál obsahuje 10 drevených tyčí natretých sýtočervenou farbou, veľmi precízne fabricky spracovaných. Sú rozdielne iba v jednej izolovanej vlastnosti – v dĺžke. Najkratšia má 10 cm – a postupne po 10 cm sa predlžujú – až po tyč dlhú jeden meter. Všetky majú hrúbku rovnakú. Zdanlivo jednoducho vyzerajúci materiál ponúka pre terapiu veľmi variabilné možnosti využitia. Červené tyče sú uložené v miestnosti vždy na svojom vyhradenom mieste – buď pozdĺžne – horizontálne - jedna vedľa druhej od najkratšej po najdlhšiu - v otvorenej (pre tento materiál) uspôsobenej polici vo výške prispôsobenej dieťaťu. Niektorí terapeuti preferujú vertikálne uloženie tyčí od najkratšej po najdlhšiu v drevenom stojane – aby si deti uvedomili ich výškové rozdiely. Možno to aj striedať a upriamiť tak pozornosť dieťaťa raz na postupne narastajúcu dĺžku a raz na výšku.

Práca s týmto materiálom začína demonštračnou ukážkou – **„ako materiál nosiť“.** Už tu dieťaťu sprostredkovávame základné a výrazne izolované informácie o dĺžke – alebo výške. Pred samotnou prácou s týmto materiálom si na koberec pripravíme vedľa seba dva demonštračné koberčeky. Začíname nosiť od najkratšej tyče. Pomaly pristúpime k polici, kde je materiál uložený. Ľavú dlaň (ak sme pravákmi) oprieme o ľavý koniec červenej tyče – a ukazovákom spolu s prostredníkom jemne pomaly prejdem po celej dĺžke tyče – aby sme dieťaťu ukázali, ako môže jednotlivé dĺžky tyčí prežívať aj taktilne. Presná a detailne rozkrokovaná ukážka ponúkaná terapeutom rýchlosťou prispôsobenou vnímaniu dieťaťa je zásadná pre manipuláciu s materiálom samotným dieťaťom.

Potom tyč uchopíme na jej koncoch zboku – oboma rukami súčasne – jemne ju odsunieme od ostatných, zdvihneme do výšky pása, lakte zafixujeme o driek a nesúc tyč v oboch rukách kráčame. **Kráčame a niečo pri tom súčasne nesieme.** Dieťa to síce ešte nevie – ale nosí v rukách 10 centimetrov – a nakoniec nesie jeden meter. Získava priamu predstavu o rozmeroch cez viaceré kanály (v tomto prípade taktilný a vizuálny), ale najmä cez aktívne experimentovanie s materiálom. Vytvára si mentálnu predstavu dĺžky, lebo ju má možnosť aktívne prežívať. U dieťaťa, u ktorého nie je ešte celkom stabilizovaná rovnováha, pravidelná rytmická chôdza a koordinácia pohybov – je toto malé cvičenie dostatočne náročné, aby jemne podnecovalo rovnovážnu chôdzu s orientáciou v priestore a prenášanie v rukách materiál, ktorý treba prepraviť z bodu A do bodu B.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Cieľový bod B je demonštračný koberček, kde prvú tyč jemne položíme - hocikde voľne do kobercom vymedzeného priestoru. Ukazujeme dieťaťu, **že vždy prenášame iba jeden diel materiálu (jednu tyč) – nikdy nie dve tyče naraz.** (Neskôr budeme prenášať aj viac menších materiálov naraz – ale to budeme demonštrovať ako nosenie predmetov v miske alebo na podnose alebo položených na tácke – ale to je už iný priamy terapeutický cieľ – a vyžaduje to zapojenie iných zručností.)

Pomaly sa vraciame k polici a rovnakým spôsobom - po jednom - **prenášame** zvyšné červené tyče. Prenášanie sa stáva náročnejším, ak sú v priestore rozložené ďalšie demonštračné koberčeky s inými materiálmi, s ktorými pracujú iné deti. Vtedy ukazujeme dieťaťu, ako pomaly a opatrne koberčeky **obchádzame –** po demonštračných koberčekoch nestúpame. Rešpektujeme prácu ostatných, vážime si materiály, s ktorými iné deti **voľne pracujú.** Maria Montessori (1998) hovorí, že dospelí by sa mali na čas vzdať svojho pohodlia, aby sa mohli lepšie prispôsobiť potrebám rastúceho dieťaťa. Vyššie živočíchy tak činia celkom inštinktívne, keď sa inštinktívne adaptujú na potreby svojich mláďat. Keď je malé sloníča privedené svojou matkou do stáda, ostatné zvieratá zo stáda spomalia podľa kroku mláďaťa krok.

Tu by som sa pristavila pri termíne **voľná práca.** Deti s ponúknutými materiálmi skutočne pracujú – nazýva sa to aj **veľká práca.** Tento jav nastáva u detí, ktoré sa intenzívne ponoria do práce s materiálom, koncentrovane sa zahĺbia, pracujú s ním v rámci stanoveného účelu. Účelom materiálu červené tyče je vizuálne i taktilne preskúmať dĺžku, príp. výšku. Účelom tohto materiálu nie je symbolická hra (hoci v mnohých prípadoch deti pri práci s montessoriovskými materiálmi prirodzene z roviny reálneho experimentovania s materiálom do roviny symboliky preskočia – a pri stavbe jednotlivých zostáv stvárňujú symbolický obsah („Staviam schody, vežu, vlak...“), alebo pomenovávajú zostavy („To vyzerá ako mrakodrap!. To je vysoké ako hora!“).

Ak však terapeut spozoruje, **že dieťa sa potrebuje viac voľne hrať –** (niečo si vyhrať, prehrať, niečo hrou stvárniť, vyrozprávať, znovuprežiť) **a nie experimentálne využívať materiál spôsobom a s účelom, na ktorý je navrhnutý** (teda v prípade červených tyčí - skúmať, porovnávať dĺžku, výšku, merať, hľadať a diskriminovať aj malé rozdiely v dĺžke, stavať harmonické zostavy) vlastne tento **špecializovaný materiál využíva („zneužíva“) na iný účel, ako je určený** - napr. zoberie červenú tyč a začne ňou symbolicky prehrávať boj s palicou – vtedy treba rozhodne zasiahnuť takto: „Vidím, že sa chceš viac hrať ako pracovať s červenými

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

tyčami, pozorovať ich a niečo z nich zostavovať. Tento materiál je určený na prácu a porovnávanie dĺžky. Máš na výber – buď si vyberieš iný materiál – alebo si môžeš kresliť tak, aby si ostatných pri práci nerušil. Čas a priestor na hru na bojovníka budeš mať neskôr.“ Dieťaťu dávame jasnú informáciu, že na svete existujú isté hranice. V symbolickej hre je žiaduce a možné, aby dieťa využívalo predmety zástupne (na iný účel, ako sú určené). Ale v živote existuje čas a veci, ktoré nemôžu byť na účel voľnej hry využívané. Dieťa sa nemôže hrať s kuchynským nožom na pirátov (ale môže sa hrať s hračkárskou zbraňou, alebo paličkou, ktorú si nájde v lese) – ale najmä **môže s kuchynským nožom krájať – teda pracovať** (a dokonca pri tom aj mnohé deti predstierajú, že sú „akože“ kuchárkou... ale v tomto prípade oni aj reálne „kuchármi“ sú, robia reálnu činnosť, s reálnym nástrojom, s reálnym výsledkom – nakrájajú možno banán, ktorý sa dá skutočne zjesť).

Vraciame sa tu opäť k vymedzeniu pojmu **„sloboda v hraniciach“.** Terapeut určuje, v závislosti od poznania individuálneho rytmu dieťaťa, kedy vyhradiť časo-priestor na **voľnú prácu** (a ten pomáha dieťaťu aj dodržať), kedy vyhradiť časo-priestor na **voľnú hru** a kedy je vhodné **„dieťa cielene zamestnať“** (jeho aktivitu zvonka zamerať na dospelým určený cieľ). Obe tieto polarity pracovný mód a hravý mód je dobré pomôcť dieťaťu udržať aj rozlišovať, v závislosti od individuálnych možností dieťaťa a jasne pomenovať. „Teraz pracujeme.“ „Teraz sa hráme.“ Alebo „Teraz pracuješ.“ „Teraz máš čas na voľné hranie.“ Aj v škole, alebo neskôr v zamestnaní bude potrebovať dieťa tieto modality jasne rozlišovať. Teraz je potrebné urobiť zadanú úlohu v zadanom čase, v určenom priestore. „Psík potrebuje vyvenčiť, je potrebné to urobiť hneď.“ „O ôsmej treba ísť do postele, máš už iba 10 minút na to, aby si si stihol umyť zúbky.“ Deti sa to postupom času aj samé naučia rozlišovať a počujeme ako hovoria: „Teraz sa hrám. Poďme sa hrať na..... Ty budeš akože....“ a na druhej strane: „Zmeriam červenými tyčami tvoju výšku.... Zmeriam výšku okna, dĺžku stola, dĺžku izby..... A ponuka zamestnania dieťaťa zo strany dospelého môže znieť takto: „Ak chceš, ukážem ti, ako môžeš z červených tyčí postavať labyrint, v ktorom sa dá kráčať.“ Maria Montessori (2001) uvádza tzv. **koncepciu „uvedomelej disciplíny“ –** zmyslom je nebrániť spontánnemu detskému správaniu a nenútiť ho konať podľ vôle niekoho iného. Na druhej strane nemôžeme dieťaťu dovoliť, aby sa oddávalo povrchným, neužitočným alebo spoločensky neúnosným činnostiam.

Časo-priestor – teda vymedzený čas a priestor k týmto jasne rozlíšiteľným činnostiam má byť primerane flexibilný s ponechaním dieťaťu možnosti svoju voľnú prácu si dokončiť, svoju

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

voľnú hru si dohrať. V rámci fixne vymedzeného času a priestoru na prácu a na hru má dieťa slobodu nakladať s časom a ponúkaným materiálom podľa svojho rozhodnutia. Samé dieťa si vyberá materiál/materiály – alebo podľa voľnej hry hračky a využíva ich ako dlho uzná za vhodné. Ak čas na voľnú prácu alebo voľnú hru uplynie – dieťa má možnosť si svoju nedokončenú prácu alebo hru označiť a dokončiť neskôr. V prípade, že dieťa niečím priamo zamestnáme – niečo treba a treba to urobiť v konkrétnom čase, môžeme zmierniť dikciu povinnosti splnenia „zadania" ponechaním dostatku času na jej realizáciu. **Ideálny rovnovážny stav dosiahneme, ak poskytneme rovnocenný harmonicky vyvážený časo-priestor priameho zamestnávania dieťaťa v porovnaní s voľnou hrou alebo voľnou prácou.** Čas priameho zamestnania môžeme uviesť napr. takto: „Teraz máme čas spoločného stretnutia na elipse a ukážem vám, ako môžete stavať červené tyče do výšky." Tu je vhodné tiež dať dieťaťu, ktoré sa nechce zúčastniť na výber – ale výber zúžiť len na dve ponuky – v zmysle: „Ak si sa rozhodol nezúčastniť sa spoločného stretnutia na elipse, kde si ukážeme zaujímavé veci, môžeš si v tichosti kresliť, aby ostatní neboli pri spoločnom stretnutí rušení." Delačová, Caiatiová, Mühlerová (1994) upozorňujú ešte na jeden rozdiel. Rozvíjanie v zmysle **„dávať podnety".** To sa deje pri voľnej práci, alebo voľnej hre a nazývame to voľnou činnosťou v **pripravenom prostredí** (kde podnety ponúkame) – versus **„zamestnávanie", „zamestnávať" –** niekomu vypĺňať čas, hovoriť mu čo má robiť, koľko má na to času, ako to má urobiť, kedy to má urobiť, hodnotiť ho, ako to urobil, príp. ho za to odmeniť alebo potrestať. To sa deje aj v škole aj neskôr v zamestnaní, kde je veľký dôraz na výkon – menej na slobodnú kreativitu. Aj to je súčasť reálneho života aj to sa treba naučiť prijímať.

Rozlišovanie a jasné pomenovávanie – voľná hra, voľná práca (aj keď niekedy tieto dve formy splývajú) **a zamestnávanie** (vonkajšie organizovanie priestoru a času) je vhodné a užitočné. Dieťa neskôr bude spontánne rozlišovať čas práce, voľnej zábavy a oddychu a vyučovania. Dieťa, ktoré prostredníctvom 10 cm Montessoriovej červenej tyče meria šírku okna, stola, iného kamaráta sa **„hravo učí" – experimentuje, pracuje – s cieľom niečo preskúmať, zistiť, objaviť, často podľa „návodu" demonštračnej lekcie – ako s daným materiálom pracovať. Takéto zámerné, experimentálne, hĺbkové poznávanie bude využívať aj neskôr pri svojom ďalšom vzdelávaní.** Začne pracovať podľa návodu, daného postupu a ten môže následne experimentálne rozšíriť a na jeho základe vymýšľať svoje vlastné postupy. Štruktúra materiálu, jeho vopred dané množstvo, demonštračná ukážka postupu, účelnosť daného cvičenia s daným materiálom zdanlivo obmedzujúca – paradoxe veľmi

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

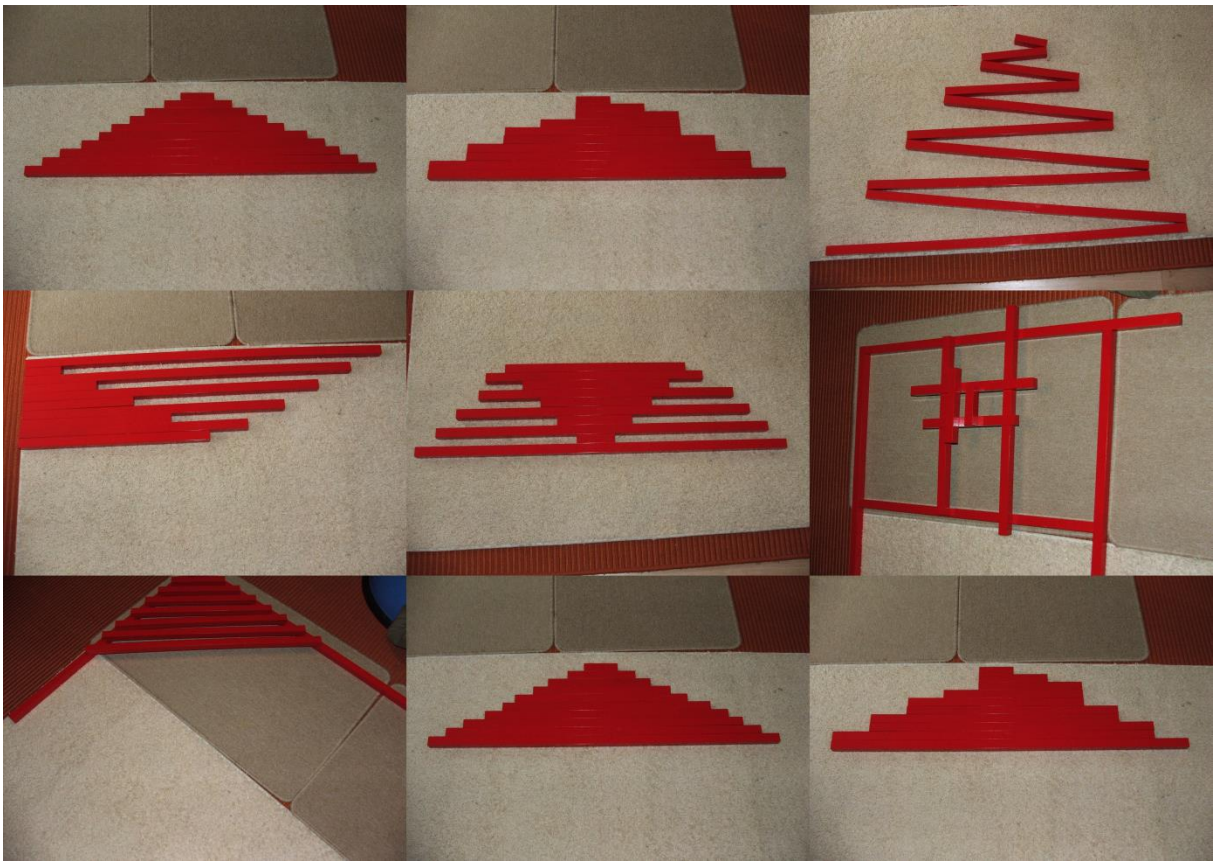
intenzívne podporuje kreativitu. Najmä vopred daný postup podnecuje dieťa k tvorbe ďalších „svojich" nadstavbových postupov voľnej práce. Často začujeme zvolanie: „Pozri, aj takto sa to dá postaviť!"

Naopak, dieťa, ktoré sa **voľne hrá** sa „**nehrá podľa návodu" –** nikto mu vopred neukazuje (u dieťaťa optimálne sa vyvíjajúceho nemusí ukazovať), čo má s danými hračkami robiť. Nemusí sa hrať podľa návodu – môže návod celkom ignorovať. Štrukturovanie jeho činnosti je minimálne, sloboda výrazu maximálna. Ponuka materiálov a ich kombinácií je väčšinou oveľa širšia ako v prípade ponúk voľnej práce. Zo strany dospelého si to žiada pripraviť dostatočne podnetné, kreativitu rozvíjajúce prostredie, jeho vnímavú pozornosť, ponechanie vedenia hry na dieťati a zabezpečiť istotu prirodzených materiálno-sociálnych hraníc (neničenie materiálu, neubližovanie sebe alebo iným a pod.).

V reálnom živote jasne rozlišujeme – teraz sa bavím, robím čo ma baví, hrám sa, majstrujem pre zábavu a pod. verus teraz pracujem na nejakej úlohe, ktorú splniť musím, aj keď celkom zábava to nie je (pracovné, študijné úlohy, zadania a pod.). Aj práca ma môže baviť, niekedy si môžem čiastočne aj vybrať, kedy pracovnú úlohu splním. Ale v prípade práce je v popredí silnejší imperatív.... „**treba" – v zmysle vonkajšia nutnosť** (treba to dokončiť, treba to urobiť, treba to navrhnúť, treba sa to naučiť naspamäť, treba to stihnúť do stanoveného termínu... a pod.) a potrebujeme k splneniu úlohy zapojiť vnútorné a/alebo vonkajšie motivačné zdroje. V prípade voľnej hry imperatív treba neexistuje. Hra sa nedá nariadiť žiadnymi imperatívmi zvonka. Netreba sa hrať, ale **chcem sa hrať.** Imperatív treba sa mení na „**potreba".** Potrebujem sa hrať, potrebujem niečo vyjadriť, potrebujem niečo znovuprežiť, potrebujem si oddýchnuť, potrebujem sa s niekým porozprávať, vyrozprávať (deti často zdieľajú a komunikujú pomocou hry, hrou sa rozprávajú). Nemusím pracovať na nejakej úlohe, nemusím manipulovať s materiálom nejakým spôsobom, môžem ho využívať zástupne (palicu, ktorú nájdem v lese môžem využiť absolútne voľným symbolických spôsobom. **Všetky tri formy liečebnopedagogickej podpory – voľná hra, voľná práca a priame hrové zamestnávanie sú dôležité a navzájom obohacujúce – rovnovážne podporujú vývin dieťaťa.** Voľná hra prospieva priamemu učeniu dieťaťa (napr. v zmysle dobre vyhrané, oddýchnuté dieťa sa lepšie sústredí), voľná práca obohacuje voľnú hru – to, čo dieťa voľnou prácou – slobodných experimentovaním s vymedzeným materiálom získa – zlepšuje kvalitu hry a platí to aj naopak – pohybové, kognitívne a sociálne zručnosti precvičované vo voľnej hre dieťa aplikuje

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

a zvyšuje svoju bravúru pri práci s materiálom. Všetky tri formy obohacujú vývin a zrenie dieťaťa prostredníctvom pripraveného prostredia. Lillard 2007 popisuje v tomto zmysle metódu tzv**. limitovanej voľby** v pripravenom prostredí – dieťa je limitované výberom materiálov v pripravenom prostredí a jednak samotným spôsobom využitia daného materiálu (ktorý je tiež vysoko štruktorovaný a obmedzený). Autorka však zdôrazňuje, že paradoxne, táto limitovanosť v množstve, vo výbere, v štruktúre ponúkaných aktivít vo veľkej miere pozitívne ovplyvňuje rozvoj kreativity. Deti nachádzajú – „objavujú" ďalšie a ďalšie možnosti vrámci štruktúry cvičení a tým je ich tvorivosť výrazne podporovaná. Nasledujúci text bude pojednávať práve o širokých možnostiach tvoriť z obmedzeného množstva materiálu vrátením sa opäť k príkladu Montessoriovej červených tyčí. Terapeut ukáže dieťaťu, ako materiál prenáša a voľne ho rozkladá kdekoľvek podľa vlastného uváženia na plochu demonštračného koberčeka. Ukazuje, ako si dieťa vždy znova a znova takýmto náhodným rozkladaním častí materiálu môže samo pripraviť vždy novú výzvu – nové cvičenie a v ďalšej časti postupu cvičenia **rôznymi spôsobmi červené tyče usporadúva.**



Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Diely materiálu kladieme najprv z dvoch vedľa seba uložených koberčekov na pravý z nich. Z pravého koberčeka vyberáme postupne jednotlivé diely – od najdlhšej tyče a ukladáme ich na ľavý koberček – v postupnosti: zľava – doprava alebo zhora – dole. Takýto spôsob postupného harmonického usporadúvania – ukladania jednotlivých tyčí vedie k posilňovaniu, automatizácii schopností potrebných pre neskorší nácvik čítania a písania (zľava – doprava) alebo zapisovania matematických príkladov (zhora – dole), vizuotaktilnej diskriminácii dĺžky. Vývin dieťaťa je podnecovaný učením sa cez zážitok, zručnosti a poznatky majú tým pádom vysokú trvácnosť. Cvičenia sú individualizované podľa aktuálnych možností dieťaťa. Poskytujú kontakt s reálnym svetom, pretože umožňujú pracovať s konkrétnymi materiálmi a nadobudnuté skúsenosti uplatňovať v skutočnom živote (napr. porovnať, ktorý koberček je širší, ktorý užší, kto je vyšší, kto je nižší a pod.). Zásadné je, že všetko sa v terapii deje cestou preukazovania úcty k dieťaťu a tým sa zázračne menia aj jeho vzťahy k iným.

Načrtnuté možnosti liečebnopedagogickej terapie hrou umožňujú podať rodičom, deťom, rodinám pomocnú ruku včas, ponúknuť im svoje služby prostredníctvom prirodzených, vývinovo primeraných, účelných aktivít a podľa potrieb klienta individualizovane prispôsobených foriem intervencie.

Literatúra:

Lillard, A. S. 2007. Montessori. She Science behind the Genius. Oxford University Press. 2007. ISBN 978-19-536936-6

Maria Montessori. 1998. Tajuplné dětství. Nakladatelství světových pedagogických směrů. Praha 1998. ISBN 80-86189-00-7

Maria Montessori. 2001. Objevování dítěte. Nakladatelství světových pedagogických směrů. Praha. 2001. ISBN 80-86-189-0-5

Matějček, Z, Dytrych. Z. 1997. Jak a proč nás trápí děti. Grada Publishing, Praha 1997. ISBN 80-7169-587-4.

Kontaktné údaje:

Petra Mitašíková, PhD.

liečebná pedagogička

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta

Katedra liečebnej pedagogiky

E-mail: petra.mitasikova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VYUŽITIE PRINCÍPOV PEDAGOGIKY MARIE MONTESSORI V LIEČEBNOPEDAGOGICKEJ PRAXI

Mária Heveriová

ABSTRAKT

Článok v skratke popisuje objavy a principy pedagogiky Márie Montessoriovej a ich využitie v praxi. Pohľad Márie Montessoriovej na dieťa, objavenie senzorických fáz, slobodnej voľby,polarizácie pozornosti a vplyv pripraveného prostredia zmenil smerovanie pedagogiky.Systém pomôcok, ktorý navrhla pomáha obohacujúcim spôsobom previesť dieťa predškolským vekom.

Mária Montessori svojím prístupom k dieťaťu predbehla dobu a jej prístup je aktuálny aj v súčasnosti. Ako prvá vyjadrila myšlienku pozorovať dieťa, premýšľať o ňom, rozumieť jeho správaniu a spôsobe ako funguje. Dala dieťaťu hodnotu, úctu a opísala jeho schopnosť rozvíjať sa . Objavila senzitívne obdobia, v ktorých je dieťa najviac otvorené naučiť sa niečo nové a rešpektovala individuálne tempo dieťaťa. Využila schopnosť dieťaťa pozorovať a napodobnovať svet dospelých a na tom postavila spôsob výuky. Silu skupinovej dynamiky a vzor použila ako hybnú silu pre rozvoj dieťaťa. Podporuje rast vnútornej motivácie, aby dieťa pracovala pre činnost samú a nie pre pochvalu dospelého. Jej cieľom je vychovať samostatné dieťa - čo sa odráža v spôsobe výučby- možnosti voľby, v kontrole chýb, ktoré sú zabudované v pomôckach a vo vnútornej motivácii(dieťa robí činnost pre vlastné obohatenie a nie pre radost dospelého). Vypracovala systém pomôcok, ktorý je pre dieťa príťažlivý, navzájom poprepájaný, rozvíja viaceré oblasti vývinu a postupne vedie od konkrétneho ku abstraktnému. Výsledkom tohto jej pozorovania je adresný prístup k dieťaťu a jeho nasledovanie. Svoje pozorovanie a výsledky zhrnula do princípov a rozvinula do fungujúceho celku.

Princípy Montessoriovej pedagogiky by sa dali zhrnúť do nasledujúcich bodov (Zelinková, 1997, s. 17-18; Kozelková,2010, s. 64-69):

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Dieťa je tvorcom seba samého. Dieťa má samo rozhodujúci vplyv na svoj vývin. Vyvíja sa v kontakte s dospelým, čerpá z neho podnety, ovplyvňujú ho ľudia v okolí, ale i napriek tomu samo určuje ktoré podnety a akým spôsobom ho ovplyvnia.

Pomôž mi aby som to dokázal sám. Úlohou dospelých nie je formovať dieťa, odstraňovať mu prekážky a manipulovať ho. Má urobiť pre neho všetko, aby ono samo, vlastnými silami a tempom získalo nové vedomosti a schopnosti. Celá oblasť praktického života je zameraná na činnosti, ktoré dieťa prirodzene vidí v rodine a následne vykonáva podľa vývinovej psychológie- prekladanie predmetov, vyberanie a umiestňovanie,(presýpanie , prelievanie, štipcovanie , žmýkanie), nácvik jedenia(lyžičkovanie) a nácvik sebaobslužných aktivít- obliekanie- rôzne druhy zapínania a triedenie.Postupne tak ako sa dieťa odpútava od matky a prichádza do kontaktu s rôznymi predmetmi- pridáva starostlivosť o prostredia(umývanie stola, utieranie prachu, leštenie rôznych predmetov) a stretáva sa s inými ľuďmi pridáva slušné správanie.

Ruka je nástrojom ducha. Práca rukou je základom pre pochopenie veci a javov, rozvoj myslenia a reči. Pri získavaní nových poznatkov je potrebné vychádzať z konkrétneho poznania a manipulácie s predmetom(pomôckami)až po matematické operácie v mysli, z konkrétneho myslenia postupne prechádza na myslenie abstraktné(v matematike prechádza z konkrétneho zlatého materiálu postupne na počítanie spamäti).

Rešpektovanie senzitívnych období. V senzitívnom období je dieťa obzvlášť citlivé a pripravené na získavanie určitých schopností. Ak nie je využité, citlivosť mizne. Vďaka zmiešanej triede má dieťa možnosť vidieť mnohé aktivity akoby v predstihu, môže ich pozorovať a keď príde čas vlastnoručne vyskúšať.

Slobodná voľba práce. Dieťa samo rozhoduje čo bude robiť, s kým bude pracovať a ako dlho. Príprava optimálneho prostredia a pomôcok je úlohou pedagóga. Sloboda neznamená, že si dieťa robí čo chce. Princíp slobodnej voľby zohľadňuje vznik senzitívnych období, počas ktorých sa rozvíjajú určité schopnosti dieťaťa. Východiskovým bodom pre zavedenie slobodnej voľby vo výchove bol rozvoj dieťaťa prostredníctvom zamerania pozornosti na predmet, ktorému sa spontánne venovalo. Intenzívna pozornosť nie je možná bez slobodného zaujatia (Helmingová,1996; Kozelková, 2010).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Pripravené prostredie. Prostredie dieťaťa je potrebné usporiadať tak, aby umožňovalo osvojenie nových poznatkov bez vonkajšej pomoci. To sa týka pracovného miesta, pomôcok a predmetov. Dieťa by malo kroky k riešeniu robiť bez pomoci dospelého. Podľa M. Montessoriovej je vývin dieťaťa výrazne ovplyvnený prostredím, v ktorom žije. Pripraveného učiteľa a pripravené prostredie považuje za dva základné prvky pedagogického pôsobenia. *„Princíp pripraveného prostredia je ústredným motívom v teórii a praxi pedagogiky Montessoriovej."* (Helmingová, 1992, s. 31). Dieťa si svojou tvorivou energiou a pomocou pôsobenia vonkajšieho sveta buduje vlastný duševný svet. Prostredie poskytuje „materiál" a dáva priestor k získavaniu skúsenosti. Výskumy naznačujú, že prostredie, poskytovanie skúsenosti rodičmi a školou ovplyvňuje rast a množenie dendritov (Helmingová cit in Kozelková, 2010, s. 68). Môžeme teda povedať, že prostredie je popri genetickej výbave jedným z najdôležitejších faktorov vo vývine dieťaťa. M. Horňáková(2010,) odvolávajúc sa na H.E.Utza hovorí, že masívne podnety skôr dieťaťu škodia, lebo nadmerný rast dendridov môže viesť k stavu zvýšenej dráždivosti mozgu, čo sa potom prejaví ako porucha pozornosti a hyperaktivite. Dôležitejšie než množstvo podnetov je preto ich druh a rešpektovanie senzibilných fáz. (Horňáková, 2007).

M. Montessoriová poukazovala na dôležitosť vytvárania optimálnych podmienok, ktoré by viedli ku koncentrácii pozornosti. Pozornosť je predpokladom aktivity, ktorou dieťa utvára samého seba. E. Standing (Kozelková, 2010, s. 69) hovorí, že v prostredí by teda mali byť predovšetkým tie veci, ktoré slúžia k vývinu dieťaťa. Všetko ostatné by malo byť z prostredia vylúčené. Pod pojmom pripravené prostredie sa rozumie okolitý svet, ktorý obsahuje podnety vzbudzujúce spontánnu aktivitu dieťaťa. Súčasťou prostredia sú tiež cvičenia a pracovné materiály. K tomu aby dieťa vrastalo do kultúry a spoločnosti mu pomáha množstvo pracovného materiálu a pomôcok, s ktorými môže experimentovať.

Hlavnou úlohou pedagóga je príprava prostredia, ktoré tvorí dostatočnú ponuku potrebnú pre senzitívne obdobie dieťaťa, také ktoré povzbudzuje dieťa k aktivite a zároveň dieťa dokáže mať koncentrovanú pozornosť. M. Montessoriová na informačnom letáku školy v Düsseldorfe uvádza didaktické princípy pripraveného prostredia (Zelinková, 1997, s. 42-43):

> Pri príprave prostredia je dôležité **rešpektovať senzitívne periódy vývinu**. Usporiadanie prostredia by malo v primeranej miere predbiehať vývoj. Je dôležité, aby predmety, ktoré dieťa obklopujú podporovali proces učenia.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Vonkajšie prostredie **nesmie svojím usporiadaním pôsobiť chaoticky**, predovšetkým pre malé deti, pretože príliš veľa predmetov sťažuje orientáciu. Všetky úlohy je potrebné pripraviť tak, aby ich dieťa mohlo splniť samo a aby vedelo nájsť riešenie. Nie je potom nutné vysvetľovanie a dieťa môže dôjsť ku riešeniu samostatne.

Prostredie má byť **bohaté na podnety**. Podnety majú povzbudzovať zvedavosť, záujem a aktivitu dieťaťa. Aktivita má vychádzať od dieťaťa. Dieťa svet potrebuje objavovať vlastným tempom. Prostredie je vtedy optimálne ak podnecuje samostatné voľbu. Dieťa má voľnosť a je schopné spontánnej práce. Pedagóg je sprostredkovateľ medzi dieťaťom a prostredím. Pomáha voliť pomôcky a chápať ich zmysel.

Pomôcky majú byť **v súlade s vekom dieťaťa**. Týka množstva, veľkosti a váhy. Dieťa by tak malo byť schopné pomôcku si vybrať, manipulovať s ňou a prenášať ju. Nové chápe vďaka vlastnej aktivite. Prostredie má tak skôr objavujúci a podnecujúci charakter.

Osobitné postavenie v pedagogike Márie Montessoriovej polarizáciou pozornosti sa rozumie zoskupenie všetkých telesných a duševných síl, ktoré vedú k hlbokému zameraniu sa na nejakú činnosť. Koncentrácia pri práci, ktorá vedie k prehlbovanému záujmu predmet prináša pocit radosti, spätne pozitívne pôsobí na človeka. M. Montessoriová používala pojmy polarizácia a koncentrácia pozornosti často ako synonymá. Polarizáciou zrejme chápala utvorenie spojenia medzi predmetom a dieťaťom, pod koncentráciou rozumela, že sa dieťa zahĺbi do činnosti a odpúta sa od okolia. M. Nakonečný (1998; Kozelková 2010) hovorí, že koncentráciu pozornosti môžu spôsobovať predmety našich záujmov ale motívy môžu byť aj nevedomé. V súčasnosti však psychológia hovorí o tom, že súčasťou mechanizmu pozornosti sú tak vedomé ako aj nevedomé procesy .Zrejme v tomto zmysle má kognitívna psychológia vysvetlenie pre jav, ktorý M. Montessoriová označila ako polarizácia pozornosti. Prehĺbená pozornosť je nevyhnutnou podmienkou práce dieťaťa, razí cestu pamäťovým procesom. To, čomu dieťa venuje pozornosť si zapamätá s vyššou pravdepodobnosťou než to, čo ignoruje (Sternberg, 2002; Kozelková, 2010) .

M. Montessoriová kladie na pedagóga špecifické požiadavky. Pedagóg musí vytvoriť dopredu pripravené prostredie a starať sa o neho. Musí sám ovládať využívanie pomôcok a vedieť sprostredkovať deťom ich používanie. Mal by byť aktívnym pri sprostredkovaný dieťaťu vzťah s okolím, ale naopak pasívnym v okamihu keď sa tento vzťah už uskutočnil. Mal by deti

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

neustále pozorovať a pomôcť ak je o pomoc požiadaný. Pomocnú ruku môže podať len vtedy keď je o pomoc požiadaný. Mal by vedieť načúvať a potom sa pýtať, rešpektovať dieťa, ktoré pracuje a nevyrušovať ho ani keď robí chyby. Keď dieťa odpočíva alebo pozoruje prácu iných nemal by ho pedagóg rušiť a nútiť do práce. Mal by sa stále pokúšať nadchnúť deti pre prácu. Dieťa musí cítiť, že sa na jeho pomoc môže stále spoľahnúť. Je dôležité, aby pedagóg rozumel dieťaťu, rozmýšľal o ňom, rozumel na akej vývinovej úrovni sa dieťa nachádza a aby v prípade neochoty spolupracovať porozumel príčinám. V prípade detí so špeciálnymi potrebami je dôležité, aby rozpoznal kanály, ktorými dieťa vníma a rozumie svetu. Pedagóg by mal byť v procese naozaj angažovaný, deti vycítia či ste s nimi, alebo iba vedľa nich.

M. Montessori používa pri výučbe vlastné pomôcky, ktoré vypracovala na základe poznatkov J. Itarda a E. Seguina a vychádzala z vlastnej skúsenosti. Pri práci s materiálom je predovšetkým dôležité zapojenie zmyslov a pohybu dieťaťa. Súčasťou všetkých cvičení je pohyb a činnosť ruky. Pomôcky vyzerajúce na prvý pohľad jednoducho poskytujú množstvo rôznych variácií (Zelinková, 1997; Kozelková, 2010, s. 78). Vlastnosti materiálu popisujú v svojich prácach V. Petrincová a V. Žitňanová (2007) a M. Kozelková (2010, s. 78-79). Pri práci s materiálom je predovšetkým dôležité zapojenie zmyslov a pohybu dieťaťa. Súčasťou všetkých cvičení je pohyb dieťaťa a najmä činnosť ruky. Pri systematickej práci s materiálom pribúda stále len jedna nová úloha, čo je charakterizované ako izolácia ťažkostí. Množstvo variácii a možnosť medzi krokov tak zabezpečuje plynulí prechod na najbližšiu úroveň. Systematické usporiadanie materiálu podľa náročnosti umožňuje predkladať deťom pomôcky, ktoré zodpovedajú ich „zóne proximálneho vývinu“, ktorá okrem aktuálnej schopnosti dieťaťa vypovedá zároveň o tom čoho je dieťa schopné. Postup cvičenia zahŕňa jednotlivé kroky a je zrejmý prechod od konkrétneho k abstraktnému. Predškolák sa zameriava predovšetkým na zmyslovú skúsenosť. Jeho myslenie je úzko späté s vnímaním a pohybom. Pri práci s materiálom uvádzame nasledujúce výhody:

- materiály sú usporiadané v logickej následnosti

- navzájom na seba nadväzujú, využívajú naučenú skúsenosť na to, aby sa naučili niečo ďalšie(napr. červeno- modré tyče nadväzujú na červené tyče)

- rozvíjajú sociálny vývin(každá pomôcka sa v triede vyskytuje iba raz a tak je potrebné čakať, alebo spolupracovať, deliť)

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

- podporujú rozvoj osobnosti- koncentrácia, pozornosť, vytrvalosť, sebaovládanie, sebadôvera, samostatnosť(systém kontroly chýb to podporuje), vnútorná istota -buduje vôľu, motiváciu a vytrvalosť, sebaovládanie, trpezlivosť

- rozvoj psychických procesov- stimuluje všetky zmysly a umožňuje prežiť zhmotnenú abstrakciu, podporujú vizuomotoriku, logickú postupnosť, zrakové vnímanie, vizuomotoriku, sluchové vnímanie, pamäť, dejovú postupnosť, slovnú zásobu, matematické predstavy(modré tvary- geometria, komody, binomické a trinomické kocky, geometrické tvary), podporujú vývin trojprstového úchopu(valčeky, komody-držiaky), rozvoj abstraktného myslenia(vrecúška,matematika), priestorovej orientácie

- podporuje psychomotorický vývin

- materiál je reálny, krehký, atraktívny čistý, kompletný, estetický, veľkosťou prispôsobený deťom

-pochádzať z kultúry dieťaťa

- má v sebe zameranú kontrou chýb, ktorá núti dieťa k rozumovej úvahe

Ticho má osobitné postavenie v pedagogike Márie Montessoriovej. Dieťa nie je zaplavované množstvom slov, slová sú vypovedané presne v správny okamih. Tu patrí aj cvičenie ticha elipsa, ktoré napomáha ku vnútornej koncentrácii, rozvíja motoriku, trpezlivosť, zmysel pre detail, má moc ukľudniť a rozvíjať sociálne vzťahy.

Montessori pedagogika určite pozitívne vplýva na vývin dieťaťa a pomáha mu uchopiť a pochopiť svet. Vedie k samostatnosti, robí dieťa samostatným, zodpovedným, naučí ho svet pozorovať, analyzovať a myslieť. Rozvíja všetky oblasti psychomotorického vývinu prirodzeným spôsobom.

Literatúra:

ATKINSON, Rita. L. a i. 2003. *Psychologie*. 2. akt. vyd. Praha : Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.

BRIERLEY, J. 1996. *7 prvních let života rozhoduje*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7478-109-6.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

HELMINGOVÁ, H. 1996. *Pedagogika M. Montessoriovej*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo,1996. 215 s. ISBN 80-08-00281-6.

HELMINGOVÁ, Helene. 1992. *Pedagogika M. Montessoriovej*. Bratislava : SPN, 1992. 214 s. ISBN 80-08-00281-6.

HORŇÁKOVÁ, Marta. 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : [vydavateľ neuvedený], 2007. 144 s. ISBN 978-80-89185-28-3.

HORŇÁKOVÁ, Marta. 2010, Mária Montessoriová a súčasná liečebná pedagogika. In M. MENDÍKOVÁ (Ed.) Rodina – subjekt odbornej starostlivosti pomáhajúcich profesií. Kreativita v pomáhaní .Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie. Bratislava : UK, 2010. 192 s. ISBN 978-80-223-2780-0.

HORŇÁKOVÁ, Marta. 2007. *Mozog ako partner v liečebnej výchove* , revue liečebnej pedagogiky, 1/

KOZELKOVÁ, Mária. Montessori terapia pre deti s ochorením nervového a pohybového ústrojenstva. Materiál z prednášky.

KOZELKOVÁ, Mária. 2010, Poruchy vyšších zrakových funkcii u detí s detskou mozgovou obrnou a možnosti Montessori terapie pri ich stimulácii. Trnava, Dizertačná práca

RÝDL, Karel. 1999. *Principy a pojmy pedagogiky podle Marie Montessori (učební pomůcka pro veřejnost)*. Praha : Nakladatelství Public History, 1999. 63. ISBN 80-902193-7-3.

ŽITŇANOVÁ Veronika. 2007. Materiál v pedagogike Márie Montessori. Seminárna práca. Trnava : FF Trnavskej univerzity, 2007. 9. s.

ZELINKOVÁ, Olga. 1997. Pomoz mi, abych to dokázal. Pedagogika Marie Montessoriové a její metody dnes. Praha : Portál, 1997. 112 s. ISBN 80-7178-071-5.

Kontaktné údaje

Mgr. Mária Heveriová

liečebná pedagogička

Ambulancia liečebnej pedagogiky, Komenského 3, 04001 Košice

E-mail: maria.heveriova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

LIEČEBNO-PEDAGOGICKÁ INTERVENCIA U DETÍ PREDŠKOLSKÉHO VEKU UMIESTNENÝCH V DETSKOM DOMOVE

Lucia Kurbelová

ABSTRAKT

Deti umiestňované do detského domova častokrát pochádzajú z málo podnetného rodinného prostredia. Trpia výraznou sociálnou zanedbanosťou a depriváciou. Včasnou intervenciou možno predchádzať odkladom školskej dochádzky, opakovaniu prvého ročníka, prípadne umiestneniu do špeciálnej základnej školy. Pri práci s deťmi používam liečebno-pedagogické pomôcky zamerané na rozvoj grafomotoriky, jemnej motoriky, priestorovej orientácie, zrakového a sluchového vnímania, matematických zručností, pozornosti a pamäte.

Kľúčové slová: *včasná intervencia, liečebno-pedagogické pomôcky, jemná motorika, pristorová orientácia, pozornosť.*

Deti, ktoré prichádzajú do nášho detského domova pochádzajú z výrazne sociálne zanedbaného rodinného prostredia. Často im chýbajú základné zručnosti a návyky. V mojej starostlivosti sú najmä deti predškolského veku (3-6 rokov). V detskom domove mám zariadenú vlastnú miestnosť, do ktorej deti prichádzajú individuálne, prípadne v malej skupinke 2-3 detí. Pri práci využívam vlastné liečebno-pedagogické pomôcky zamerané na rozvoj grafomotoriky, jemnej motoriky, priestorovej orientácie, zrakového a sluchového vnímania, matematických zručností, pozornosti a pamäte.

Na rozvoj jemnej motoriky, pozornosti a zrakového vnímania som vyrobila pmôcku z krabice od topánok, v ktorej sú otvory. Do týchto otvorov deti vkladajú podľa farby vrchnáky z pet fliaš. Pozri obrázok č.1.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Obrázok č.1

Obrázok č.2

Ďalšou pomôckou na rozvoj jemnej motoriky, pozornosti a zrakového vnímania je krabica, na ktorej je nakreslený obrázok. Po celej ploche obrázka sú malé ovory, do ktorých deti vkladajú podľa farby hríbiky z umelej hmoty. Tieto hríbiky sú bežne dostupné v obchodoch s hračkami. Pozri obrázok č.2.

Na rozvoj priestorovej orientácie, zrakového vnímania a logického myslenia je pracovný list, na ktorom je obrázok. V obrázku chýbajú niektoré časti, ktoré dieťa prilepuje pomocou suchého zipsu. Pozri obrázok č.3.

Obrázok č.3

Na rozvoj pozornosti, pamäte, logického myslenia a matematických zručností je pracovny list, na ktorom sú obrázky. K týmto obrázkom dieťa prilepuje pomocou suchého zipsu rovnaký

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

obrázok, prípadne obrázok, ktorý nejakým sôsobom súvisí s obrázkom na pracovnom liste. Tieto pracovné listy sú vyrobené podľa veku dieťaťa od jednoduchších po zložitejšie. Pozri obrázok č. 4 a č.5

Obrázok č.4

Obrázok č.5

Tieto a iné liečebno-pedagogické pomôcky využívam aj pri prvom kontakte s dieťaťom a jeho diagnostike. Pri hre s týmito pomôckami sa dieťa prejaví a ja mám možnosť zhodnotiť jeho vývinovú úroveň. Ak je v niektorej oblasti slabšie, napríklad v rozlišovaní farieb alebo pomenovaní číslic, pri najbližšom stretnutí mu ponúkam pomôcky zamerané na túto oblasť. Deti, ktoré sú umiestnené v detskom domove sú vďačné za každý prejav pozornosti a veľmi radi majú dospelého len sami pre seba. Na záver môžem skonštatovať, že včasnou intervenciou možno predchádzať odkladom školskej dochádzky, opakovaniu prvého ročníka, prípadne umiestneniu do špeciálnej základnej školy.

Kontaktné údaje:
Mgr. Lucia Kurbelová
liečebná pedagogička
Detský domov, A. Hlinku 1139/11, 926 01 Sereď
lucka79@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

MUZIKOTERAPIA U DETÍ S PAS V PREDŠKOLSKOM VEKU

Petra Vraňáková

ABSTRAKT

Článok popisuje vymedzenie muzikoterapie ako terapeutickej metódy s mnohostranným zameraním a tiež uplatnením. Venuje sa dôležitým bodom muzikoterapeutického procesu akými sú napr. indikácie a kontraindikácie, vymedzenie cieľov, predmet záujmu. Ďalej sú v článku uvádzané overené postupy pri aplikovaní individuálnej muzikoterapie u detí s PAS v predškolskom veku.

Kľúčové slová: *Dieťa s autizmom, poruchy autistického spektra (PAS), komunikácia, sociálne vzťahy, muzikoterapia, predškolský vek*

ABSTRACT

The Music therapy for children with autism spectrum disorders in preschol

Der Artikel beschreibt die Definition von Musiktherapie als therapeutisches Verfahren mit einem breiten Tendenz und auch die Anwendung. Sie ist ein wichtiger Punkt, der Musiktherapie Verfahren, wie z. B.. Indikationen und Kontraindikationen, Definition der Ziele, Gegenstand. Darüber, wie es in Artikel Best Practice bei der Anwendung einzelner Musiktherapie bei Kindern mit ASD im Vorschulalter angegeben.

Schlüsselwörter: *Kind mit Autismus, Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Kommunikation, soziale Beziehungen, Musiktherapie, Vorschulalter*

V súčasnosti je termín muzikoterapia čoraz populárnejší a používanejší. Oproti iným terapiám je muzikoterapia špecifická najmä v jej mnohostrannom obsahovom zameraní a širokospektrálnom variačnom uplatnení. Známych je niekoľko desiatok definícií muzikoterapie. Každá akcentuje iné prístupy alebo postoje, iné kvality terapeuta, vychádza z rôznych škôl, smerov a prúdov, má iný pohľad na človeka. Termín *muzikoterapia* má grécko – latinský pôvod. Jednoduchý preklad znie *liečenie hudbou.* V českej republike používajú aj

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

výraz *hudební terapie.* Grécky *moisika,* latinsky *musica* – hudba; grécky *therapeineio,* latinsky *iatrea* – liečiť, ošetrovať, starať sa, vzdelávať, pomáhať. (Mátejová, Mašura, 1992)

Z vyššie uvedenej jednoduchej definície nie je ale jasné, čo si pod slovným spojením liečenie hudbou máme predstaviť. Sú to „hudobné recepty" na nejaké ochorenie? Alebo je to len počúvanie obľúbenej hudby? Je to aktívne hranie na nejaký hudobný nástroj a tým následné samo – liečenie? Alebo je to účasť na tvorbe hudby? Tieto a ďalšie otázky nás vedú k hľadaniu konkrétnejších vymedzení muzikoterapie.

Kantor a kol. (2009) uvádzajú základné charakteristiky muzikoterapie vyplývajúce z analýzy súčasných definícií:

muzikoterapia zahŕňa vždy osobnosť terapeuta aj klienta, nie je autoterapiou;

využíva hudobnú skúsenosť (hudba, hudobné elementy, zvuky);

hudba má neverbálne, komunikačné, štrukturálne, estetické a emocionálne kvality;

klient nemusí mať hudobné skúsenosti ani vzdelanie;

terapeut by mal byť kvalifikovaný, definujú to asociácie jednotlivých krajín;

muzikoterapia má indikácie aj kontraindikácie;

muzikoterapia sa využíva u rôznych vekových skupín, z rôzneho sociokultúrneho zázemia, so špecifickými potrebami a schopnosťami;

účinok muzikoterapie zasahuje do všetkých dimenzií ľudského organizmu;

muzikoterapia sa využíva na naplnenie rôznych potrieb (telesných, kognitívnych, emocionálnych...);

muzikoterapeutické ciele sú označované ako nehudobné (liečba, učenie, rozvoj sociálnych interakcií a komunikácie, zvýšenie kvality života...);

do popredia sa kladie vzťah prostredníctvom spoločných hudobných skúseností a hudobnej komunikácie;

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

muzikoterapiu realizujeme za rôzneho usporiadania terapeutickej situácie (individuálna, skupinová, aktívna, receptívna);

muzikoterapia je systematický proces a zahŕňa diagnostiku, intervenciu a evaluáciu;

typická je existencia muzikoterapeutických asociácií, ktoré združujú, zastrešujú muzikoterapeutov a dbajú o dodržiavanie štandardov, odbornú prípravu a rozvoj muzikoterapie;

muzikoterapia je podmienená kultúrne (rôzne praktiky, špecificky zameraný výskum).

Obr.1 Vizualizácia a usporiadanie hud. nástrojov

V skratke možno povedať, že **muzikoterapia** je špecifické využitie rôznych modalít hudby za účelom dosiahnutia nehudobných cieľov u konkrétneho človeka. V každej terapii vstupuje do popredia vzťah. Vytvorenie vzťahového rámca je významné aj v muzikoterapii**.** Do popredia sa dostáva človek. Hudba a jej modality sú teda spolu s terapeutom akýmsi prostredníkom, médiom, ktoré môžu sprostredkovať človeku určité zážitky, skúsenosti a tým ho priviesť k iným vzorcom myslenia alebo správania. Človek nachádza seba vo všetkom, čo robí. Ako uvádza Horňáková (2003) má tiež tendenciu k sebauplatneniu a integrite na základe vstupovania do interakcie so svojím prostredím a reakcií na požiadavky tohto prostredia.

Deti s PAS sú obzvlášť špecifické práve vo svojich reakciách na podnety. Vyznačuje sa u nich taktilná, auditívna alebo precitlivenosť na vizuálne podnety. Najčastejšie hovoríme o **tzv.**

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

triáde poškodenia a to v oblasti komunikácie, sociálnych interakcií a imaginácie. Okrem rôznorodosti prejavov uvádza Thorová (2008) ďalšie oblasti narušenia vývinu dieťaťa s PAS:

porozumenie neverbálnej a verbálnej komunikácii;

aktívne používanie komunikácie;

porozumenie sociálnemu správaniu;

adaptabilita na požiadavky každodenného života;

problematické temperamentové rysy.

V literatúre sa často uvádza muzikoterapia ako **kontraindikácia** nielen u rôznych druhov psychóz, ale práve u ľudí s autizmom. Mátejová a Mašura (1992) uvádzajú, že správna diagnóza, správna indikácia a výber hudobných skladieb či odborné vedenie stretnutí prakticky vylučuje nepriaznivý vplyv na účastníkov muzikoterapeutických stretnutí. Otázka indikácie a kontraindikácie je preto jednou zo základných a zásadných otázok pred zahájením muzikoterapeutického procesu. A tu sa opäť dostávame k záverom, že v prvom rade ide o konkrétneho človeka, ktorého v muzikoterapeutickom procese máme a je potrebné ho poznávať. V praxi sa ukázala muzikoterapia ako vhodná metóda na rozvoj oblastí z tzv. triády poškodenia. Jej neverbálny charakter je zároveň silným motivačným činiteľom ku komunikácii. Taktiež hudba alebo hudobné nástroje vyzývajú dieťa k vytváraniu rôznych foriem sociálnych interakcií k terapeutovi. Nadväzovanie vzťahov prebieha nepriamo a prirodzene a to cez médium, ktorým môže byť práve hudba.

Ďalšou z kľúčových úloh je správne formulovať **ciele** v muzikoterapeutickom procese. Ciele by mali byť formulované jasné a primerané. Neprimeranosť cieľov môže viesť k neúspechu v terapii, či k terapeutovej frustrácii. Je potrebné aby boli ciele jasné nielen terapeutovi, ale aj klientovi. Terapeut sa nemusí uspokojiť s reálnou situáciou. Je potrebné si uvedomiť, že ciele volíme tak, aby boli osožné pre dieťa – nie pre naše ideálne predstavy, či predstavy ostatným. Je to neľahká úloha, zamýšľať sa nad zmyslom muzikoterapie pre samotné dieťa. Stanovené ciele sa v priebehu terapie menia alebo rozširujú.

Hlavné zásady pre individuálnu muzikoterapiu u detí s PAS v predškolskom veku:

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Získať informovaný súhlas a dodržanie etiky

Označiť mt stretnutia piktogramom

Označiť miestnosti pre mt

Vytvoriť úvodnú a záverečnú pieseň ako rámec istoty

Detailne upraviť miestnosť pred a po každom stretnutí

Zaznamenávať stretnutia tesne po /ideálne nahrávať a tak analyzovať/

Zamedziť prieniku hluku a zvukov do miestnosti

Zamedziť vstupu osôb do miestnosti počas procesu

Zabezpečiť si supervíziu alebo niekoho z odboru na konzultácie

Zabezpečiť širokú ponuku hudobných nástrojov a vytvoriť špeciálne vizualizované pomôcky a tiež dopĺňať muzikoterapiu prvkami z iných terapií

Pre vytvorenie štruktúry, istoty a bezpečia dieťaťa s PAS v muzikoterapeutickom procese sa nám osvedčilo:

oboznámiť sa s piktogramom na označenie mt stretnutia (Obr.1)

miestnosťou na individuálne mt stretnutia (Obr. 2)

úvodným a odchodným zvukovým signálom rolničiek (Obr.3)

s úvodnou, prípadne záverečnou piesňou

Obr. 2 Piktogram na muzikoterapiu

Obr. 3 Štruktúrovanie priestoru na muzikoterapiu

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Obr. 4 Zvukový signál príchodu a odchodu

Obr. 5 Využitie bábky v úvodnej piesni

Z hľadiska formy muzikoterapeutického stretnutia sa u detí s PAS osvedčila forma individuálna. Práve forma muzikoterapie je jedným z prvých aspektov, ktoré by sme mali v terapii zvážiť. Zohľadnili sme najmä špecifické potreby detí, stanovené muzikoterapeutické ciele, diagnózu, vek, priestorové obmedzenia, indikácie, kontraindikácie a mnohé iné aspekty.

Individuálna forma muzikoterapie je založená na interakcii terapeut – dieťa. Terapeut sa môže naplno venovať dieťaťu a reflektovať jeho potreby. Často sú do individuálnej terapie zaradené deti, ktoré nie sú vhodné do skupinovej formy. Sú to aj deti, ktoré potrebujú čas a individuálna forma je akousi prípravou na neskoršie zaradenie do skupiny. V individuálnej terapii môže dieťa nadobudnúť isté zručnosti, rituály, ktoré mu neskôr uľahčia kontakt so skupinou detí. Tento postup sa odporúča najmä u detí s mentálnym postihnutím a taktiež u detí s autizmom. (Kantor a kol., 2009)

Poruchy autistického spektra (PAS) presahujú celú osobnosť človeka s týmto vývinovým ochorením. Počet detí s týmto ochorením z rok a na rok rastie. Zatiaľ nepoznáme príčinu a tak existuje mnoho teórií či názorov na tzv. spúšťače tohto ochorenia. Pri práci s deťmi s PAS sa osvedčilo nahliadať na ne ako pedagóg, ktorý má v kompetencii osvojenie si štruktúry a edukáciu, ale aj ako terapeut, ktorý dáva priestor na sebavyjadrenie, na prirodzené prejavy osobností týchto detí.

Počas realizácie muzikoterapeutických stretnutí sme zažili rozpor medzi rolou pedagóga a terapeuta, medzi pevnou štruktúrou a slobodou, medzi potrebou edukovať a potrebou prežívať daný okamih. Zažili sme nutnosť vytvorenia hraníc nielen vonkajších ale aj vnútorných, osobnostných. Zistili sme, že v konečnom dôsledku je celá terapia založená na vzájomnom

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

vzťahu, dôvere a tým schopnosti otvoriť sa novým veciam či možnosti prejaviť sám seba a tým dať priestor pre vybudovanie nových vzorcov v myslení ale aj v správaní.

Každý človek, ktorý sa ocitne v bezpečnom a podnetnom prostredí je schopný nejakého prejavu. V muzikoterapii to môžeme vidieť u ľahko ovládateľných nástrojov, ktoré poskytujú človeku možnosť sebavyjadrenia, improvizácie aj explorácie. Človeka možno priviesť k tomu, aby nabral odvahu, sebavedomie a prejavil sa inak ako verbálne, no zároveň aby komunikoval, čo ho neskôr môže motivovať aj k verbalizácii – ak má na to predpoklady. Komunikácia, či motivácia k nej je dôležitým bodom na ceste k ďalšiemu rozvoju reči ale aj sociálnej interakcii. Nájdenie zmyslu u každého dieťaťa počas týchto stretnutí zasialo semienko nádeje pre ďalší rast. Každé vytváranie hudby môže poskytnúť uvoľnenie. A práve uvoľnenie môže u človeka naštartovať sebauzdravovacie procesy.

Muzikoterapia využíva nielen zvuky, ale aj tóny, rytmus, spev a ďalšie. Využíva aj ticho a to v náväznosti s pohybom či výtvarnými alebo dramatickými aktivitami. Pôsobí na človeka celostne. Liečivé v tomto procese je vytváranie a spolupodieľanie sa na hudbe alebo hudobných zážitkov, alebo pasívne prijímanie tónov a zvukov, ktoré sú človeku príjemné. No môže sa stať, že čo bolo príjemné na jednom stretnutí, nemusí byť príjemné na ďalšom. Muzikoterapia využíva verbálne aj neverbálne prostriedky. Rytmizovanie slov, spev, rôzna intenzita hlasu, to sú práve verbálne spôsoby. Človek vníma aj jemné frekvencie v hudbe a jeho časti tela rezonujú s hudbou. Jednotlivé tóny môžu uvoľňovať napätie v tele, stimulovať rôzne telesné funkcie. Práca s ľudským hlasom a dychom vplýva nielen na fyzické ale aj psychické procesy. Hudba je prostriedkom vzájomnej komunikácie. Využívame ju aj na sprevádzanie človeka. Byť s človekom tu a teraz, bez nejakých čiastkových alebo celkových cieľov.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Obr.6 Vizualizovaná pieseň – obľúbená technika u detí s PAS

Dovolíme si tvrdiť, že muzikoterapia môže významne prispieť k rozvoju zložiek z tzv. autistickej triády. No nielen to. Obohacuje každé dieťa, ktoré sa na procese zúčastňuje. Každé dieťa inak. Otvára nové možnosti jeho seba ponímania, vedie k integrite všetkých zložiek osobnosti a vytvára priestor na „tu a teraz." I keď sa nedá úplne špecifikovať, čo v hudbe nesie liečivý potenciál, jedno je zrejmé: každé stretnutie s človekom mení aj nás samotných.

Literatúra

HORŇÁKOVÁ, M. 2003. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie.* Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2003. 144 s. ISBN 80-968927-6-2.

KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie.* Praha : Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. 1992. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnj pedagogike.* 1. vyd. Bratislava : SPN, 1992. 202 s. ISBN 80-08-00315-4.

THOROVÁ, K. 2008. Poruchy autistického spektra (včasná diagnóza branou k účinné pomoci). Praha : APLA, 2008. 60 s. (informačná príručka)

Kontaktné údaje:

PaedDr. Petra Vraňáková

liečebná pedagogička; pedagogička predprimárneho vzdelávania detí s PAS

E-mail: pvranakova@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

PODPORA VZŤAHU RODIČ – DIEŤA S VIACNÁSOBNÝM POSTIHNUTÍM V RANOM VEKU PROSTREDNÍCTVOM PSYCHOMOTORICKEJ TERAPIE

Zuzana Fábry Lucká

ABSTRAKT

Príspevok predstavuje možné intervencie zamerané na podporu vzťahu rodič – dieťa vo včasnej intervencii v kontexte psychomotorickej terapie. Uvádza základnú terminológiu viacnásobného postihnutia, kategorizáciu viacnásobného postihnutia, možnosti dostupných metód intervencií, s ťažiskovým zameraním na psychomotorickú terapiu. Príspevok obsahuje konkrétne autorské návrhy psychomotorických aktivít, zameraných na podporu rodič – dieťa.

***Kľúčové slová**: dieťa s viacnásobným postihnutím, podpora rodiny, psychomotorická terapia*

ABSTRACT

Support of parent – child at an early age through psychomotor therapy

The present contribution represents a possible intervention to support the parent - child relationship in early intervention in the context of psychomotor therapy. States the basic terminology of multiple disability, multiple disability categorization, options available methods of intervention, with a focus on focal psychomotor therapy. Post contains concrete proposals author psychomotor activities to promote parent - child.

***Key words**: child with multiple disability, family support, psychomotor therapy*

Narodenie dieťaťa s postihnutím v rodine je náročnou udalosťou u všetkých členov rodiny. Je však rozdiel medzi tými rodičmi, ktorí o situácii dieťaťa boli informovaní pred narodením dieťaťa, a tými, pre ktorých táto situácia bola prekvapivou. Vágnerová (2004) tvrdí, že po oboznámení sa so situáciou rodina prechádza tzv. krízou rodičovskej identity, kedy sa rodičia (či iní členovia rodiny) obviňujú zo vzniknutého stavu, nasleduje fáza výčitiek a pocitov menejcennosti. Prevendárová (1998) v tejto súvislosti uvádza, že nájdenie „vinníka“ situácie je

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

pre rodinu veľmi dôležitým faktorom, na ktorý je sústredená. Sebaobviňovanie, obviňovanie ďalších členov rodiny, je v prvotnom šoku náplňou jednej z fáz emočných reakcií, ktoré popisujú Říčan, Krejčířová (1997): šok, popretie, obdobie smútku, zlosti, úzkosti a pocitu viny, štádium rovnováhy, a štádium reorganizácie alebo realistického postoja. Práve v období vyrovnávania sa so situáciou je dôležité rodine poskytnúť intervenciu, v zmysle predchádzania následkom. Úlohou liečebného pedagóga je rodinu sprevádzať, oboznámiť ju s určenou diagnózou a podporovať vytváranie a udržiavanie vzťahov a väzieb rodič – dieťa, ale tiež vzťahov v celom systéme rodiny.

Viacnásobné postihnutie popisuje Vašek (1999, s. 10), ako „operacionálne multisymptomatologicky, multifaktoriálne, multikauzálne podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení“. Uvedená definícia zdôrazňuje, že v prípade viacnásobného postihnutia skutočne ide o široké spektrum príčin, príznakov, faktorov a symptómov, ktorým je potrebné venovať pozornosť komplexne, vo vzťahu ku konkrétnemu dieťaťu. Problematika viacnásobného postihnutia je v podmienkach Slovenskej republiky stále nedostatočne rozpracovanou oblasťou, čo súvisí najmä s faktom, že pedagogika jedntlivcov s viacnásobným postihnutím je pomerne mladým vedným odborom. V minulosti bolo viacnásobné postihnutie rozčlenené na jednotlivé diagnózy, neboli vnímané komplexne. Viacnásobnému postihnutiu a jeho vymedzeniu sa v našich podmienkach venovali odborníci z oblasti špeciálnej pedagogiky (Vašek, 1999, 2001, Hátos, 1999, Vančová, 1999, 2010), pričom v minulosti sa skúmanie problematiky zameriavalo skôr na možnosti výchovy a vzdelávania v zmysle špeciálnej pedagogiky. V staršom ponímaní, Vašek (1999) vymedzuje kategorizáciu viacnásobného postihnutia vzhľadom ku konkrétnym diagnózam, v novšom ponímaní Vančová (2010) kategorizuje viacnásobné postihnutie ako ľahšie a ťažšie viacnásobné postihnutia, pričom v prípade ťažšieho viacnásobného postihnutia zdôrazňuje, že špeciálnu edukáciu je často nutné obmedziť len na elementum. Práve u dieťaťa s ťažkým viacnásobným postihnutím má proces intervencie svoje špecifiká - využívanie systému alternatívnej a augmentatívnej komunikácie, zvýšená unaviteľnosť zo strany dieťaťa, zohľadnenie aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa.

Poskytovanie terapeutických intervencií je vhodnou formou pomoci nielen dieťaťu, ale i celej rodine dieťaťa s viacnásobným postihnutím, nakoľko v interakcii majú členovia rodiny

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

možnosť prežitia spoločných zážitkov, získavania nových informácií o sebe navzájom. Müller (2001) stanovuje ciele intervencie diferencované do troch kategórií, a to:

• vzhľadom na potreby klienta – odstránenie vnútorných a vonkajších frustračných, konfliktných, stresujúcich faktorov, uvoľnenie, posilňovanie dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváranie schopnosti zmysluplnej komunikácie, nadväzovanie „normálnych" vzťahov, atď.

• vzhľadom k orientácii a schopnostiam terapeuta

• vzhľadom na zameranie inštitúcie, v ktorej terapia prebieha.

V našom príspevku sa zameriame na konkrétne využitie psychomotorickej terapie zameranej na podporu vzťahu rodič - dieťa. Psychomotorická terapia je vo voľnom preklade „terapia pohybom", preto najmä v prípade ľudí s viacnásobným postihnutím či obmedzením v oblasti pohybu sa natíska otázka, či je vhodnou formou intervencie. Základným teoretickým východiskom psychomotorickej terapie je psychomotorika. Podľa Zimmerovej (2006) tento pojem v minulosti označoval časť psychológie, zaoberajúcou sa vnímaním, nie pohybom. Na základe vyššie spomenutej kategorizácie viacnásobného postihnutia podľa Vančovej (2010) popisujeme aktivity zamerané na podporu vzťahu rodič – dieťa u detí s ľahším viacnásobným postihnutím a s ťažkým viacnásobným postihnutím.

U dieťaťa s ľahším viacnásobným postihnutím je možné využívať jednoduché pohybové hry, hry na telo, relaxačné techniky, pričom pri výbere hier sa zameriavame najmä na podporu sociomotoriky, ako napr. spoločné tance na hudbu, pantomimické predvádzanie zvierat a ich zapojenie do spoločných interakcií.

U detí s ťažkým viacnásobným postihnutím využívame jednoduché pohybové hry, rituálne hry na telo, kontaktné masáže, kontaktné dýchanie. Aj v prípade dieťaťa s problémami vo vyjadrení sa, psychomotorická terapia je cestou vzájomného pochopenia. Vo všeobecnosti ide o „terapiu pohybom", v našom ponímaní je u dieťaťa s viacnásobným postihnutím pohybom zmena polohy tela, zmena miesta v rámci priestoru určenému k intervencii, reakcia dieťaťa na zmenu v prítlaku pri dotyku, reakcia tela na rozličnú teplotu, vnímanie prostredia. V nasledovnom texte uvádzame niekoľko techník využiteľných v rámci psychomotorickej terapie na podporu vzťahu rodič – dieťa.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Technika – dopredu a dozadu

Jednoduchá psychomotorická hra zameraná na sociálne interakcie, priestorové vnímanie, vnímanie vlastného tela v priestore.

Na pesničku – „Dopredu a dozadu a zatlieskame rukami, dopredu a dozadu a zadupeme nohami. Točíme sa stále dokola, a naopak sa točíme, a začneme odznova.“ – sa dieťa s rodičom pohybuje podľa textu piesne. Na „dopredu a dozadu“ sa spoločne pohybujú v priestore, „zatlieskame rukami“ je spoločné zatlieskanie rukami (v prípade, ak dieťa nevie zatlieskať samostatne, rodič tlieska spoločne s ním – formou priloženia svojich rúk na ruky dieťaťa). „Točíme sa stále dokola“ – podľa stavu dieťaťa točí sa rodič a dieťa samostatne vedľa seba, či točí rodič dieťaťom najskôr na jednu stranu, potom na druhú. Formulka „a začneme odznova“ je vhodnou aj v prípade, ak je prítomný ďalší člen či členovia rodiny.

Technika – kontaktné dýchanie

Podpora dýchania je vhodnou metódou intervencie, v prípade kontaktného dýchania je dieťa a rodič v spojení, pričom rodič sa „naladí“ na rytmus a tempo dýchania dieťaťa. Táto technika je jednoduchou formou podporujúcou vzájomný kontakt rodiča s dieťaťom. Friedlová (2011), kontaktné dýchanie popisuje v koncepte Bazálnej stimulácie, ktorý je vhodný pre ľudí s problémami v nadväzovaní kontaktov a s využívaním systému AAK.

Technika – Klope, klope dáždik

Techniku aplikujeme formou rituálnej hry na telo, je zameraná na uvedomovanie si vlastného tela. Pri realizácii techniky pri piesni „Klope, klope, dáždik“ rodič poklopáva po tele dieťaťa v rytme piesne najskôr končekmi prstov, celými prstami, dlaňami, v ďalšej fáze pridávame predmety rôznej kvality – šatka, loptička, orech.

Technika – Rozprávka o nás

Technika „rozprávka o nás“ je vlastným biografickým dielom rodiny. Vymýšľa ju rodič spoločne s dieťaťom, stanovuje si postavy, dej. Následne ju rodič s dieťaťom stvárňujú prostredníctvom pantomímy buď pohybom po priestore, alebo stvárnením na tele dieťaťa, spoločne s vedením ruky dieťaťa rodičom. Pri výbere novej postavy do deja je dieťa vyzvané, aby postavu stvárnilo, ak je to potrebné, s pomocou rodiča.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Technika – hranice tela

Pri technike zameranej na hranice tela, telesné vnímanie a prežívanie dieťaťa s viacnásobným postihnutím je dôležitý blízky telesný kontakt. Technike hraníc tela predchádza telesná masáž – je dôležité, aby telo dieťaťa bolo dobre prekrvené na každej časti. Po masáži rodičom, prikladá rodič teplé ruky na koncové časti tela dieťaťa – ruky, prsty na rukách, nohy, hlava. Keď činnosť ukončí, ohraničí celé telo dieťaťa mäkkým materiálom (deka, „had“ z polystyrénových guľôčok).

Uvedené techniky sú zamerané najmä na telesné prežívanie dieťaťa. V prípade dieťaťa s viacnásobným postihnutím môže byť práve telesný kontakt vhodným komunikačným kanálom pre kontakt s rodinou a okolím.

Vo včasnej intervencii u dieťaťa s viacnásobným postihnutím je možné využívať tiež iné metódy terapeutických intervencií – ako napr. arteterapiu, muzikoterapiu, terapiu hrou, či metódy využívané najmú v posledných rokoch, ako Snoezelen terapia či koncept Bazálnej stimulácie. Psychomotorická terapia je len jednou z možných intervencií, a tak, ako v prípade viacnásobného postihnutia ide o široké spektrum príznakov či ovplyvňujúcich faktorov, je vhodné v rámci včasnej intervencie využívať širokospektrálne dostupné metódy intervencií.

Literatúra

MÜLLER, O. et al. 2001. Dítě se speciálnymi vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 289 s. ISBN 8024402319.

PREVENDÁROVÁ, J. 1998. Rodina s postihnutým dieťaťom. Nové Zámky: Vydavateľstvo Psychoprof, spol. s r. o. 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 1997. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 8071695122

PREVENDÁROVÁ, J. 1998. Rodina s postihnutým dieťaťom. Nové Zámky: Vydavateľstvo Psychoprof, spol. s r. o. 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023.

VANČOVÁ, A. 2010. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Bratislava: KKT o.z. a Pedagogická fakulta Univerzity Komenského. 2010. ISBN 978-80-970228-1-5.

VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. 1999. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Bratislava: Sapientia. 1999. ISBN 80-967180-4-5.

ZIMMER, R. 2006. *Handbuch der Psychomotorik.* 8. vyd. Freiburg im Breisgau : Herder, 2006. 271 s. ISBN-10: 3-451-28930-9.

Kontaktné údaje:

Mgr. Zuzana Fábry Lucká, PhD.

liečebná pedagogička

Katedra liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, Bratislava

E-mail: zuzana.lucka@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

PRÍPRAVA DIEŤAŤA A JEHO RODIČA NA VYŠETRENIE A CHIRURGICKÝ VÝKON

Martina Jackuliaková

Monika Stupková

ABSTRAKT

Článok sa venuje príprave dieťaťa a jeho rodiča na chirurgický výkon. Popisuje teoretické zázemie danej problematike a skúsenosti v konkrétnom zdravotníckom zariadení.

***Kľúčové slová**. Príprava. Chirurgický výkon. Informácie. Tvorivý denník. Fotokniha.*

ABSTRACT

The topic of this article based on the preparation of the child and his parent to surgery. It describes the theoretical background of the subject and experience in a particular medical klinik.

***Keywords**. Preparation. Surgery. Information. Creative diary. Photobook.*

Hospitalizácia dieťaťa sa dotýka každého člena rodiny. Aj minimálny pobyt v nemocnici môže mať na jej jednotlivých členov negatívny dopad. Základnou potrebou nielen pre detského pacienta, ale aj jeho rodinu je porozumieť vzniknutej situácii pomocou zrozumiteľných informácií. Súčasná zdravotnícka starostlivosť kladie veľký dôraz na spoluprácu zdravotníkov aj s rodičmi malých pacientov. Táto spolupráca je založená na kvalitnej a zrozumiteľnej obojstrannej komunikácii. Ide o interaktívny proces, ktorého súčasťou je zainteresovaný vzťah s prvkami terapeutickej komunikácie, píše Kristová (2004). Family Centred Care je starostlivosť zameraná na celú rodinu, nielen na dieťa s ochorením. Filozofiou je založená na poznaní, že rodičia sú pre dieťa základným a nenahraditeľným zdrojom istoty a bezpečia, poznajú ho a môžu najlepšie reagovať na jeho meniace sa potreby. Počas hospitalizácie zostávajú zákonnými zástupcami dieťaťa a majú za dieťa plnú zodpovednosť. Nie sú vylúčení z procesu uzdravovania (Sedlářová et al., 2008).

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

Základné piliere takejto starostlivosti podľa spomínanej autorky (2008) sú:

umožniť rodičom starať sa o dieťa po celú dobu hospitalizácie
prijať rodičov ako partnerov a rovnocenných spolupracovníkov
umožniť rodičom ovplyvňovať ošetrovanie a režim dieťaťa
poskytovať rodičom opakované a zrozumiteľné informáci*e*

Rodič potom môže napríklad:

sprostredkovať informácie medzi dieťaťom a zdravotníkmi

vysvetľovať dieťaťu liečebné postupy a uisťovať ho „že tak to má byť" a „tak je to v poriadku".
podporovať dôveru dieťaťa k zdravotníckemu personálu.
lepšie kontrolovať svoje emócie.
prebrať so zdravotníkmi predchádzajúce nepríjemné skúsenosti dieťaťa s vyšetrením a poradiť sa.
spolu so zdravotníckym personálom hľadať najlepšie spôsoby odpútania pozornosti dieťaťa od výkonu.

Príprava dieťaťa na vyšetrenie a operáciu

Matejček (2001) píše, že väčšina detí pomerne rýchlo zabúda na nepríjemnosti spojené s pobytom v nemocnici. Stretávame sa však, a to hlavne po vážnejších chirurgických výkonoch s niektorými zmenami a nápadnosťami v ich správaní. Tieto zmeny a nápadnosti trvajú rôzne dlho a majú individuálny charakter. Najčastejšie sa prejavujú ako úzkostné reakcie, nočné mory, afektívne výbuchy, u mladších detí môže dôjsť k regresu správania. Mitašíková (2004) píše, že u dieťaťa môžeme pozorovať aj prejavy zvýšenej agresívnosti, záchvatov zlosti, deštruktívnosti a nekooperatívnosti. Takéto správanie sa môže objaviť po niekoľkých týždňoch od hospitalizácie a rodič toto zmenené správanie dieťaťa už zvyčajne nespája s prežitou hospitalizáciou a výkonom. Preto je dôležité, aby dieťa bolo na vyšetrenie alebo prípadnú operáciu pripravené a dostatočne informované. Vychádzajúc z našich skúseností, niektorí rodičia odmietajú a neželajú si informovať dieťaťa o priebehu chirurgického výkonu. Majú strach, že sklamú dieťa alebo, že strach dieťaťa ešte znásobia. Tiež majú obavy, že sa dieťa bude na nich hnevať preto, že ho vystavili bolesti. Volia radšej stratégiu prekvapenia. Vhodné

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

je vypočuť si ich argumenty a sľúbiť im, že neurobíme nič, s čím by nesúhlasili. Ale na príprave dieťaťa na výkon trváme. Dieťa cíti a tuší, že sa niečo deje, vidí strach a rozrušenie rodičov. Fakt, že mu nikto nič nevysvetlí, v ňom môže posilniť podozrenie, že sa chystá niečo ohrozujúce a zvyšuje sa jeho strach a úzkosť. Druhou možnosťou je najprv pripraviť na výkon rodičov a následne im dať návod, ako majú informovať dieťa. Presný postup a všeobecný návod však neexistuje. Každá príprava musí byť *"šitá na mieru"* konkrétnej rodine. Rozumné je do prípravy vťahovať aj súrodencov, ktorí spolu s rodičmi prežívajú strach v domácom prostredí, často sa cítia osamelí a prehliadaní, píšu Thompson, Stanford (1981). Vo všeobecnosti by príprava na vyšetrenie alebo operáciu mala podľa Sedlářovej et al. (2008) obsahovať:

Zistenie koľko informácií dieťa má, ako situácii rozumie, čoho sa obáva
Vysvetlenie, čo sa bude diať a kedy
Informácie, že bude cítiť bolesť, ako s ňou môže pracovať
Informácie, kto bude dieťa sprevádzať
Informácie, ako dlho výkon potrvá
Poskytnutie informácie, čo bude nasledovať
Vysvetlenie praktickej časti výkonu
Diskusia a čas na otázky
Príprava rodičov

Thompson, Stanford (1981) za základné piliere efektívnej prípravy dieťaťa a rodiča na chirurgický výkon považujú:

facilitáciu ich emocinálnych prejavov.

zrozumiteľné informácie.

emocionálnu podporu

Pri príprave na vyšetrenie alebo operáciu je potrebné prihliadať na vek dieťaťa, jeho psychickú zrelosť, jazykovú úroveň, predchádzajúce skúsenosti s hospitalizáciou, ale aj k jeho individuálnej potrebe byť alebo nebyť informované. Predovšetkým u malých detí platí, že menej je niekedy viac. Popri informáciách potrebuje ubezpečenie, že akonáhle to bude možné, bude niektorá z blízkych osôb pri ňom. Táto informácia je dôležitejšia ako pohlcujúce detaily o výkone a priebehu následnej starostlivosti. U malých detí je vhodné podporiť prípravu

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

na vyšetrenie alebo operáciu hrou s bábkami alebo obľúbenou hračkou. V tomto prípade prebieha príprava formou hry. Hra je pri práci s malými deťmi najvhodnejším komunikačným prostriedkom. Dieťa si v bezpečnom prostredí prehráva situácie, ktorým ešte nerozumie a má z nich strach. Vhodné sú tiež knihy s tematikou nemocnice, zdolávania strachu a tiež o bezpečí, ktoré predstavujú pre dieťa rodičia.

Príprava väčších detí a dospievajúcich môže prebiehať dvojakým spôsobom. Spoločne s rodičmi, alebo spoločne a tiež oddelene. Tu je potrebné venovať dostatok času a priestoru otázkam dieťaťa alebo mladého dospelého a dôsledne zabezpečiť prostredie na intímny rozhovor o strachu z bolesti, odlúčenia, smrti alebo nahoty.

K príprave detského pacienta na vyšetrenie alebo operáciu je podľa Sedlářovej et al. (2008) vhodné používať rôzne pomôcky a materiály:

> ***Písomné a obrázkové informačné materiály*** – malé deti oceňujú brožúrky vo forme omaľovánky. Obrázky musia byť veľké, jednoduché a zrozumiteľné. Pre väčšie deti je vhodné pripraviť komiks (kreslený príbeh) s jednoduchým priehľadným textom a vtipnými obrázkami. Ďalšou z možností je vytvorenie informačného testu, ktorý bude obsahovať otázky o hospitalizácii a liečbe. Vhodnými materiálmi sú aj ukážkové albumy s obrázkami alebo fotografiami. Od iných materiálov sa odlišujú veľkou názornosťou.
>
> ***Demonštračné pomôcky*** – veľká časť prípravy prebieha formou hry. Pri demonštrácii používame vlastné hračky, špeciálne bábky alebo vhodne upravené bábiky, plyšové hračky. Vhodné a obľúbené sú originálne zdravotnícke pomôcky.

Ďalej je možné používať videoprogramy, knihy, atlasy, anatomické modely a pod. Jedna z vecí, ktorá ovplyvňuje kvalitu prípravy dieťaťa na vyšetrenie a operáciu je priestor, v ktorom sa príprava uskutočňuje. Nutné je vybrať také miesto, ktoré zaručí dieťaťu, jeho rodine a liečebnému pedagógovi pokoj a súkromie (Sedlářová, ibidem).

V Detskom kardiocentre v Bratislave sme pripravili fotoknihy[2], ktoré obsahujú fotografie priebehu hospitalizácie, operačného výkonu a katetrizačného vyšetrenia. Jednu fotoknihu si môžu prehliadať deti a rodičia spoločne so zdravotníkom, resp. osobou, ktorá prípravu s rodinou

[2] Fotoknihy vznikli s podporou nadácie Pontis a nadačného programu Slovak Telekom.

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

vykonáva. Obsahuje aj fotografie, ktoré slúžia na oboznámenie rodiča so špeciálnymi prístrojmi alebo postupmi v rámci medicínskej starostlivosti (napr. prístroje zabezpečujúce mimotelový krvný obeh, umelú pľúcnu ventiláciu, peritoneálnu dialýzu). Druhá fotokniha je jednoduchšia, obsahuje krátky príbeh (fotografie so stručným popisom) terapeutickej bábiky Julky, ktorá musí podstúpiť operáciu srdca a je určená pre deti.

Iným spôsobom, akým môže detský pacient vyjadriť svoje pocity a myšlienky zo svojho ochorenia, sú kresby a zápisky. **Tvorivý denník** ponúka deťom s ochorením bezpečné prostredie, aby mohli objaviť skrytý poklad svojich pocitov, zážitkov, snov a intuície. Súčasťou vedenia tvorivého denníku nie je kritika ani známkovanie a práca na daných úlohách je dobrovoľná. Deti sa môžu uvoľniť a s radosťou použiť tvorivý denník ako nástroj k sebavyjadreniu a sebapoznaniu (Capacchione, 1989).

Vedenie tvorivého denníka znamená, že na základe kreslenia a písania si dieťa precvičuje komunikačné schopnosti a umožňuje lepšie pochopenie samého seba. Rozvíja nielen tvorivosť a obrazotvornosť, ale taktiež porozumenie a sústredenosť. Práca s tvorivým denníkom je prospešná v dobe, kedy dieťa prechádza krízou alebo čelí rôznym nepriaznivým situáciám. Môže ísť o problémy v rodine, rozvod rodičov, zmena školy, konflikt s druhými, ochorenie a hospitalizácia ako aj smrť milovaného človeka. V takýchto chvíľach sa tvorivý denník môže stať pre dieťa priateľom, miestom, kde je možné vyjadriť vnútorné prežívanie. Niekedy je pre dieťa zložité vyjadrovať svoje pocity slovne a práve vtedy môže byť vhodnou formou práve kresba. Môže ísť tiež o príjemnú alternatívu zábavy. Stránka v tvorivom denníku je ako prázdna televízna obrazovka, na ktorej môže dieťa vytvárať obraz alebo zapisovať slová, pričom vychádzajú z vlastnej skúsenosti a predstavivosti (Capacchione, ibidem).

> V nemocničnom prostredí je využitie tvorivého denníka veľmi vhodné u detí pripútaných na lôžko. V priebehu ochorenia môže dieťa ľahko podľahnúť nadmernej pasivite napr. sledovaniu televízie. Vedenie tvorivého denníka je hodnotným protipólom takéhoto úniku. Pomáha detskému pacientovi precvičovať myseľ a obrazotvornosť i keď telo musí ostať v pokoji. Práca s tvorivým denníkom a spoločná analýza denníkových záznamov prehlbuje účinok liečebného procesu (Capacchione, 1989). Tvorivým denníkom v Detskom kardiocentre sprevádza dieťa bábika Julka, ktorá sa postupne malému pacientovi predstavuje, kladie mu otázky, zadáva rôzne úlohy,

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

vyzýva ho k zamysleniu i k hre. Pýta sa ho na súrodencov, kamarátov, ťažké, ale aj veselé situácie v nemocnici. Témami v Julkinom denníku sú napríklad:

Moja rodina

Moje záľuby

Ako sa cítim

Čo sa mi v nemocnici páči

Čo sa mi v nemocnici nepáči

Ako vyzerá choroba

Môj najlepší kamarát

Moje tri želania

Obľúbená osoba

Moja vysnívaná krajina

Sen, ktorý sa mi sníval

Denník je určený najmä pre deti mladšieho školského veku. Mladšie deti potrebujú pomoc pri prečítaní úloh. Staršie deti môžeme pomocou denníka vtiahnuť do rozhovoru alebo im dať priestor na popísanie pocitov, názorov a myšlienok. Spoločné vedenie denníka s dospelou osobou, ktorej dieťa dôveruje, napomáha lepšiemu zvládaniu záťažových situácií spojených s ochorením a hospitalizáciou, tiež poskytujú cenné informácie o dieťati, na ktoré môže nadviazať kvalitná terapeutická intervencia.

Literatúra

CAPACCHIONE, L. 1989. *The Creative Journal for Children.* NY : Shambhala Publication, 1989. 136 s. ISBN 978-08-7773-497-0.

KRISTOVÁ, 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Osveta : Martin, 2004. 1. vyd. 210 s.ISBN 80-8063-160-3.

MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* Jinočany : H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MITAŠÍKOVÁ, P. 2004. *Terapia hrou v nemocnici.* [online]. 14.11. 2012 [cit. 2013-01-13]. Dostupné na internete: http://www.openplay.sk/page/262/

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).

SEDLÁŘOVÁ, P. 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii.* Praha : Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

THOMPSON, R. H., STANFORD, G. 1981. *Child Life in Hospitals. Theory end Practice*. Charles Thomas Publisher, Illinois, U.S.A. ISBN 0-398-04456-2.

Kontaktné údaje:

Mgr. Martina Jackuliaková

liečebná pedagogička

Happy Kids o. z., Bratislavská 791, Most pri Bratislave.

E-mail: jacka16@azet.sk

PaedDr. Monika Stupková, PhD.

NÚSCH, a.s. Detské kardiocentrum, Bratislava.

E-mail: stupkovam@gmail.com

Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej Komisie. Táto publikácia (dokument) reprezentuje výlučne názor autora a Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii (dokumente).