


APLIKÁCIA VZDELÁVACÍCH PROGRAMOV PRE DETI SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM PRE PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Katarína Vladová
Viktor Lechta a kol.



SPU ŠTÁTNY
PEDAGOGICKÝ
ÚSTAV



Rozmnožovanie a šírenie tohto diela alebo jeho častí akýmkoľvek spôsobom bez výslovného písomného súhlasu vydavateľa je porušením autorského zákona.

**APLIKÁCIA VZDELÁVACÍCH PROGRAMOV
PRE DETI SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM
PRE PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE**

Autorský kolektív:

PaedDr. Katarína Vladová, Ph.D.
Štátny pedagogický ústav, Bratislava

Dr. h. c. prof. PhDr. Viktor Lechta, CSc.
Štátny pedagogický ústav, Bratislava

Mgr. Zdenka Cirjaková
Spojená škola internátna, Lučenec

Mgr. Iris Domancová, PhD.
Štátny pedagogický ústav, Bratislava

Mgr. Klaudia Gušťaříková
ČŠPP, Hrdličkova, Bratislava

doc. PaedDr. Terézia Harčaríková, PhD.
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

PhDr. Jiřina Kántorová
Autistické centrum Andreas, Bratislava

PaedDr. Monika Krammerová
Spojená škola internátna, Levice

doc. PaedDr. Jana Lopúchová, PhD.
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Mgr. Erika Lukáčeková
MŠ pri zdravotníckom zariadení, Bratislava

PaedDr. Ľuboslava Porubovičová, PhD.
Spojená škola internátna, Lučenec

PaedDr. Mária Tarabová
Štátny pedagogický ústav, Bratislava

prof. PaedDr. Darina Tarcsiová, PhD.
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

PaedDr. Mária Tekelová
Ministerstvo školstva, vedy výskumu a športu SR

Mgr. Ľubica Tkáčová
Evanjelická spojená škola internátna, Červenica

prof. PaedDr. Alica Vančová, CSc.
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Recenzenti:

doc. PhDr. Zuzana Kolláriková, CSc.

PhDr. Barbara Králiková

Jazyková korektúra:

Mgr. Božena Mizerová

Prvé vydanie, 2017

Počet strán: 194

Vydal: © Štátny pedagogický ústav Bratislava, 2017

ISBN 978-80-8118-197-9

EAN 9788081181979



Obsah

Úvod	8
1 Výchova a vzdelávanie detí so zdravotným znevýhodnením v predprimárnom vzdelávaní	9
(Katarína Vladová, Mária Tekelová)	
1.1 Dieťa so zdravotným znevýhodnením	9
1.2 Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie	12
1.2.1 Školský vzdelávací program	19
1.3 Návrh na vzdelávanie dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v materskej škole	20
1.4 Individuálny vzdelávací program	20
1.5 Možnosti ďalšieho vzdelávania dieťaťa so zdravotným znevýhodnením po ukončení predprimárneho vzdelávania	21
Literatúra	24
2 Výchova a vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím v predprimárnom vzdelávaní	25
(Mária Tarabová, Monika Krammerová)	
2.1 Charakteristika dieťaťa s mentálnym postihnutím v predškolskom veku	25
2.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s mentálnym postihnutím	30
2.2.1 Špecifiká vzdelávacích oblastí	31
2.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	34
2.2.3 Odporúčané špeciálnopedagogické postupy	42
2.2.4 Požiadavky na organizáciu prostredia výchovno-vzdelávacieho procesu	44
Literatúra	45
3 Výchova a vzdelávanie detí so sluchovým postihnutím v predprimárnom vzdelávaní	47
(Iris Domancová, Klaudia Gušťaříková)	
3.1 Charakteristika dieťaťa so sluchovým postihnutím v predškolskom veku	47

3.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí so sluchovým postihnutím	53
3.2.1 Kompenzačné pomôcky a technické pomôcky	61
3.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	61
3.2.3 Personálne zabezpečenie výchovy a vzdelávania	63
3.2.4 Materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania	64
Literatúra.....	65
4 Výchova a vzdelávanie detí so zrakovým postihnutím v predprimárnom vzdelávaní	67
(Jana Lopúchová)	
4.1 Charakteristika dieťaťa so zrakovým postihnutím v predškolskom veku	67
4.1.1 Dieťa raného a predškolského veku so zrakovým postihnutím	71
4.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí so zrakovým postihnutím	77
4.2.1 Vzdelávacie oblasti	79
4.2.2 Vzdelávacie štandardy	83
4.2.3 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	84
4.2.4 Povinné materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania	85
4.2.5 Podmienky na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri výchove a vzdelávaní	86
Literatúra	86
5 Výchova a vzdelávanie detí s telesným postihnutím v predprimárnom vzdelávaní	88
(Terézia Harčaríková)	
5.1 Charakteristika dieťaťa s telesným postihnutím v predškolskom veku	88
5.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s telesným postihnutím	99
5.2.1 Vzdelávacie oblasti	101
5.2.2 Vzdelávacie štandardy	102
5.2.3 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	103
Literatúra	104

6	Výchova a vzdelávanie detí s narušenou komunikačnou schopnosťou	
	v predprimárnom vzdelávaní	106
	(Viktor Lechta, Ľuboslava Porubovičová, Zdenka Cirjaková)	
6.1	Charakteristika dieťaťa s narušenou komunikačnou schopnosťou v predškolskom veku (Viktor Lechta)	107
6.2	Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s narušenou komunikačnou schopnosťou	113
6.2.1	Vzdelávacie oblasti (Ľuboslava Porubovičová)	113
6.2.2	Vzdelávacie štandardy (Zdenka Cirjaková)	116
6.2.3	Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie (Ľuboslava Porubovičová)	124
	Literatúra	125
7	Výchova a vzdelávanie detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami v predprimárnom vzdelávaní	127
	(Katarína Vladová, Jiřina Kántorová)	
7.1	Charakteristika dieťaťa s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami v predškolskom veku	127
7.2	Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami	135
7.2.1	Štruktúrované učenie	137
7.2.2	Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	139
	Literatúra	140
8	Výchova a vzdelávanie detí chorých a zdravotne oslabených v predprimárnom vzdelávaní	142
	(Katarína Vladová, Erika Lukáčeková)	
8.1	Charakteristika dieťaťa chorého a zdravotne oslabeného v predškolskom veku	142
8.2	Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí chorých a zdravotne oslabených	144
8.2.1	Špecifiká výchovy a vzdelávania v materskej škole pri zdravotníckom zariadení	146
8.2.2	Špecifiká výchovy a vzdelávania v špeciálnej triede materskej školy	151
8.2.3	Špecifiká výchovy a vzdelávania v školskej integrácii	152
8.2.4	Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	153

8.2.5 Povinné materiáľno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania	154
Literatúra	156
9 Výchova a vzdelávanie detí s hluchoslepotou v predprimárnom vzdelávaní	158
(Darina Tarcsiová, Ľubica Tkáčová)	
9.1 Charakteristika dieťaťa s hluchoslepotou v predškolskom veku	158
9.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s hluchoslepotou	162
9.2.1 Vzdelávacie oblasti	162
9.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie	171
9.2.3 Povinné materiáľno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania	172
Literatúra	173
10 Výchova a vzdelávanie detí s viacnásobným postihnutím v predprimárnom vzdelávaní	174
(Alica Vančová, Iris Domancová)	
10.1 Charakteristika dieťaťa s viacnásobným postihnutím v predškolskom veku	174
10.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím	180
10.2.1 Špecifiká výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím	186
10.2.2 Špecifiká výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím bez mentálneho postihnutia	190
Literatúra	190
Príloha 1 Individuálny vzdelávací program pre dieťa so zdravotným znevýhodnením (Vzor)	193



Úvod

„Aplikácia vzdelávacích programov pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie“ prezentuje aktuálne odporúčania na výchovu a vzdelávanie detí so zdravotným znevýhodnením, ktoré sa vzdelávajú v špeciálnych materských školách, v špeciálnych triedach a v triedach materských škôl spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii/individuálnom začlenení.

Predložená publikácia má prispieť ku skvalitneniu pedagogickej starostlivosti o deti so zdravotným znevýhodnením v oblasti predprimárneho vzdelávania. Bezprostredne nadväzuje na „Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie (2017)“, pričom má za cieľ poskytnúť pedagógom konkrétne informácie pri implementovaní týchto vzdelávacích programov do praxe. Adresátmi publikácie sú predovšetkým pedagógovia materských škôl, ktorí vychovávajú a vzdelávajú deti so zdravotným znevýhodnením.

Základnú štruktúru publikácie tvoria tie druhy zdravotného znevýhodnenia, pre ktoré boli vypracované vzdelávacie programy pre predprimárne vzdelávanie.

V prvej kapitole publikácie sú charakterizované základné pojmy, ktoré sa týkajú výchovy a vzdelávania detí so zdravotným znevýhodnením vo všeobecnosti.

Ďalšie kapitoly sa týkajú výchovy a vzdelávania detí s konkrétnym zdravotným znevýhodnením. Každá kapitola má dve základné podkapitoly: charakteristika dieťaťa so zdravotným znevýhodnením a špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania danej skupiny detí.

V predmetnej problematike ide o veľmi rôznorodú oblasť (tak, ako sú veľmi rôznorodé jednotlivé druhy zdravotných znevýhodnení a výchovno-vzdelávacie potreby detí s tými znevýhodneniami). Autori sa usilovali splniť náročnú úlohu: zohľadniť špecifiká výchovy a vzdelávania pri jednotlivých zdravotných znevýhodneniach. Pri ich realizácii v praxi je nevyhnutná čo najužšia transdisciplinárna kooperácia všetkých zainteresovaných odborníkov, synchronizovaná so spoluprácou s rodičmi.

Katarína Vladová

Viktor Lechta

V Bratislave 26. septembra 2017

Výchova a vzdelávanie detí so zdravotným znevýhodnením v predprimárnom vzdelávaní

Katarína Vladová, Mária Tekelová

1.1 Dieťa so zdravotným znevýhodnením

Kategória **detí so zdravotným znevýhodnením** (ďalej aj „ZZ“) podľa zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej aj „školský zákon“) v predprimárnom vzdelávaní zahŕňa:

a) dieťa so zdravotným postihnutím

- dieťa s mentálnym postihnutím,
- dieťa so sluchovým postihnutím,
- dieťa so zrakovým postihnutím,
- dieťa s telesným postihnutím,
- dieťa s narušenou komunikačnou schopnosťou,
- dieťa s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami,
- dieťa s viacnásobným postihnutím,

b) dieťa choré alebo zdravotne oslabené.

Školský zákon zaručuje dieťaťu so zdravotným znevýhodnením právo na výchovu a vzdelávanie s využitím špecifických foriem a metód, ktoré zodpovedajú jeho potrebám, a na vytvorenie nevyhnutných podmienok, ktoré túto výchovu a vzdelávanie na predprimárnom stupni vzdelávania umožňujú. Pojem **špeciálna výchovno-vzdelávacia potreba** je pre používanie v kontexte všeobecne záväzných právnych predpisov a rezortných predpisov platných pre regionálne školstvo zadefinovaný ako požiadavka na úpravu **podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov** vo výchove a vzdelávaní pre dieťa, ktoré vyplývajú z jeho zdravotného znevýhodnenia alebo nadania, alebo jeho vývinu v sociálne znevýhodnenom prostredí.

Právo na výchovu a vzdelávanie je v zmysle vyššie uvedeného premietnuté do jednotlivých **vzdelávacích programov pre deti so zdravotným znevýhodnením¹**, ktoré sú súčasťou Štátneho vzdelávacieho programu pre predprimárne vzdelávanie v materských školách schváleného MŠVVaŠ SR dňa 6. júla 2016 pod číslom 2016-17780/27322:1-10A0 s platnosťou od 1. septembra 2016 (ďalej aj „ŠtVP (2016)“).

Deťom so zdravotným znevýhodnením je **nevyhnutné zabezpečiť** predovšetkým nasledujúce **podporné prostriedky pre ich efektívne vzdelávanie**:

a) **odborný prístup vo vzdelávaní**, t. j. včasná špeciálnopedagogická, psychologická, medicínska diagnostika, vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu, individuálna a skupinová práca s deťmi, používanie špeciálnych metód a foriem vyučovania, úprava vzdelávacieho obsahu, usporiadanie denných činností s prihliadnutím na špecifické potreby a možnosti dieťaťa a so zohľadnením jeho aktuálneho psychického a fyzického stavu, aplikácia alternatívnych foriem komunikácie, úzka spolupráca s rodičmi a iné, podľa individuálnej potreby konkrétneho dieťaťa vyplývajúcej z výsledkov odbornej diagnostiky;

b) **materiálne**, ktoré zahŕňajú napríklad špeciálne vyučovacie pomôcky, kompenzačné pomôcky, úpravy prostredia a iné;

c) **personálne**, t. j. odborný a podporný servis špeciálneho pedagóga, školského špeciálneho pedagóga, logopéda, školského psychológa, tlmočníka posunkovej reči, asistenta učiteľa a iných odborníkov, odborná príprava pedagógov a iné;

d) **finančné** – na zabezpečenie špeciálnych materiálnych, odborných a personálnych podmienok.

Vzhľadom na špecifiká konkrétnych špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb každého dieťaťa je nevyhnutné riadiť sa pri jeho výchove a vzdelávaní odporúčaniami poradenských zariadení rezortu školstva, ktoré pri ich príprave aplikujú vyššie uvedené predpisy a odporúčania podľa zistení vyplývajúcich z diagnostiky, s využitím aktuálnych vedeckých poznatkov a skúseností z praxe.

Ustanovenie § 2 písm. j) školského zákona záväzne určuje, že **špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby detí a žiakov sa pre potreby vzdelávania diagnostikujú v školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie** (ďalej aj „poradenské zariadenia“), kto-

¹ Pri výchove a vzdelávaní **detí zo sociálne znevýhodneného prostredia** sa postupuje podľa Štátneho vzdelávacieho programu pre predprimárne vzdelávanie v materských školách schváleného MŠVVaŠ SR dňa 6. júla 2016 pod číslom 2016-17780/27322:1-10A0 s platnosťou od 1. septembra 2016.

rými sú centrá pedagogicko-psychologického poradenstva (CPPPaP) a prevencie a centrá špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP).

Diagnostiku a následnú odbornú starostlivosť deťom so zdravotným postihnutím (§ 2 písm. i) školského zákona) poskytujú **centrá špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP)**.

Podľa § 132 ods. 1 školského zákona sú **centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPPaP)** oprávnené vykonávať diagnostiku a následnú odbornú starostlivosť deťom bez zdravotného postihnutia (v rámci kategórie detí so zdravotným znevýhodnením iba deťom chorým alebo zdravotne oslabeným). Na prijatie dieťaťa do materskej školy pri zdravotníckom zariadení sa vyjadrenie poradenského zariadenia nevyžaduje (§ 59 ods. 6 školského zákona).

Podľa § 94 ods.1 školského zákona sa **výchova a vzdelávanie detí so zdravotným znevýhodnením na predprimárnom stupni vzdelávania uskutočňuje**

- a) **v školách pre deti so zdravotným znevýhodnením**; tieto školy sú špeciálne školy,
- b) v ostatných školách podľa tohto zákona

1. v špeciálnych triedach,

2. v triedach spolu s ostatnými deťmi školy.

Materská škola pre deti so zdravotným znevýhodnením – **špeciálna materská škola**, sa vnútorne člení na triedy, do ktorých sa spravidla zaraďujú deti rovnakého veku s rovnakým zdravotným znevýhodnením. Tento postup platí aj **pre špeciálnu triedu** v materskej škole bežného typu.

V **špeciálnej triede** sa vzdelávajú deti podľa vzdelávacieho programu pre deti s tým druhom zdravotného znevýhodnenia, pre ktoré bola trieda zriadená; ak zdravotné znevýhodnenie dieťaťa znemožňuje, aby sa vzdelávalo podľa vzdelávacieho programu triedy, vzdeláva sa podľa individuálneho vzdelávacieho programu. **Vzdelávanie dieťaťa v špeciálnej triede nie je možné považovať za školskú integráciu.** Pri zriadení špeciálnych tried je nevyhnutné splniť požiadavku kvalifikačných predpokladov a osobitných požiadaviek učiteľov platných pre materské školy pre deti so zdravotným znevýhodnením podľa vyhlášky č. 437/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú kvalifikačné predpoklady a osobitné požiadavky pre jednotlivé kategórie pedagogických a odborných zamestnancov v znení neskorších predpisov.

1.2 Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie

Pri výchove a vzdelávaní detí so zdravotným znevýhodnením sa postupuje podľa **jednotlivých vzdelávacích programov pre deti s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia** pre predprimárne vzdelávanie.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017² (ďalej aj „Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017)“), ktoré sú súčasťou ŠtVP (2016).

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) sa uplatňujú pri vzdelávaní detí so zdravotným znevýhodnením:

- a) v materskej škole pre deti so zdravotným znevýhodnením, t. j. **v špeciálnej materskej škole**, a **v materskej škole pri zdravotníckom zariadení**,
- b) **v špeciálnej triede** pre deti s konkrétnym zdravotným znevýhodnením v materskej škole,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. **v školskej integrácii**.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) sú vypracované v súlade s cieľmi predprimárneho vzdelávania, ktoré vymedzuje ŠtVP (2016). Obsahujú špecifiká, na ktoré je nevyhnutné prihliadať pri výchove a vzdelávaní vo všetkých materských školách, v ktorých sú deti so zdravotným znevýhodnením vzdelávané.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) obsahujú:

- ▶ Vzdelávací program pre deti s mentálnym postihnutím,
- ▶ Vzdelávací program pre deti so sluchovým postihnutím,
- ▶ Vzdelávací program pre deti so zrakovým postihnutím,
- ▶ Vzdelávací program pre deti s telesným postihnutím,
- ▶ Vzdelávací program pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou,
- ▶ Vzdelávací program pre deti s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami,
- ▶ Vzdelávací program pre deti choré a zdravotne oslabené,
- ▶ Vzdelávací program pre deti hluchoslepé,

² Dokument je uverejnený na webovom sídle ŠPÚ: www.statpedu.sk.

- ▶ Vzdelávací program pre deti s viacnásobným postihnutím.

Jednotlivé vzdelávacie programy majú spravidla tieto časti: špecifické ciele výchovy a vzdelávania, profil absolventa, vzdelávacie oblasti, vzdelávacie štandardy, špecifiká výchovy a vzdelávania detí s konkrétnym zdravotným znevýhodnením, vyučovací jazyk, organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie, povinné a odporúčané personálne zabezpečenie, povinné materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania, podmienky na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri výchove a vzdelávaní.

Špecifické ciele výchovy a vzdelávania

Špecifiká sa vzťahujú na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby konkrétnej skupiny detí. Okrem špecifik, ktoré upravujú niektoré časti štátneho vzdelávacieho programu, platia všetky iné ustanovenia, ktoré sú uvedené v štátnom vzdelávacom programe pre deti bez zdravotného znevýhodnenia, s prihliadnutím na zdravotné znevýhodnenie dieťaťa.

Špecifické ciele výchovy a vzdelávania sa v každom vzdelávacom programe líšia s prihliadnutím na zdravotné znevýhodnenie dieťaťa.

Profil absolventa

Vo všeobecnosti je profil absolventa dieťaťa so zdravotným znevýhodnením vo vzdelávacích programoch pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) koncipovaný s ohľadom na kľúčové kompetencie dieťaťa bez zdravotného znevýhodnenia uvedené v ŠtVP (2016).

- 1. Komunikačné kompetencie.**
- 2. Matematické kompetencie a kompetencie v oblasti vedy a techniky.**
- 3. Digitálne kompetencie.**
- 4. Kompetencie učiť sa, riešiť problémy, tvorivo a kriticky myslieť.**
- 5. Sociálne a personálne kompetencie.**
- 6. Občianske kompetencie.**
- 7. Pracovné kompetencie.**

Kompetencie sú uvedené pre deti s konkrétnym zdravotným znevýhodnením pri rešpektovaní ich špecifických osobitostí, individuálnych možností a schopností vyplývajúcich zo zdravotného znevýhodnenia každého dieťaťa³. Súbor kompetencií uvedený v každom

³ **Deti s mentálnym postihnutím** majú upravené kompetencie na: 2. Matematické kompetencie; 2. Kompetencie učiť sa, riešiť problémy.

vzdelávacom programe pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) slúži ako informácia pre pedagógov, aby vedeli, kam majú smerovať svoje pedagogické pôsobenie prostredníctvom cieľavedomej, zmysluplnej a rozvojových možností dieťaťa s príslušným zdravotným znevýhodnením primeranej výchovno-vzdelávacej činnosti. Kompetencie sa prispôbujú individuálnym osobitostiam dieťaťa so zdravotným znevýhodnením v takom rozsahu, aby zodpovedali profilu absolventa predprimárneho vzdelávania s prihliadnutím na druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia dieťaťa.

Vzdelávacie oblasti

Jednotlivé vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) obsahujú vzdelávacie oblasti

- Jazyk a komunikácia
- Matematika a práca s informáciami
- Človek a príroda
- Človek a spoločnosť
- Človek a svet práce
- Umenie a kultúra
- Zdravie a pohyb

Ciele a obsah vzdelávania v jednotlivých vzdelávacích oblastiach sú prispôsobené individuálnym osobitostiam dieťaťa so zdravotným znevýhodnením v takom rozsahu, aby zodpovedali profilu absolventa predprimárneho vzdelávania s prihliadnutím na druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia dieťaťa.

Vzdelávacie štandardy

Plnenie vzdelávacích štandardov – **obsahového štandardu a výkonového štandardu** – je ovplyvnené stupňom a charakterom zdravotného znevýhodnenia a z toho vyplývajúcej individuálnych schopností a možností dieťaťa.

Pri predprimárnom vzdelávaní detí s mentálnym postihnutím, detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, detí s hluchoslepotou sa *nepostupuje podľa obsahového a výkonového štandardu*, ale majú určený **obsah vzdelávania a špecifické ciele vzdelávania**.

Deti s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami majú pridané 1. Psychometrické kompetencie; upravené na: 5. Kompetencie učiť sa, riešiť problémy, funkčne používať úsudok.

Deti s viacnásobným postihnutím majú upravené kompetencie na: 4. Kompetencie učiť sa, riešiť problémy.

Obsah vzdelávania vymedzuje základný rozsah učiva, ktoré má dieťa prostredníctvom špeciálno-pedagogických metód a prostriedkov zvládnuť počas predprimárneho vzdelávania, primerane svojim individuálnym možnostiam a schopnostiam.

Špecifické ciele vzdelávania sú koncipované ako predpokladané cieľové požiadavky, ku ktorým má smerovať výchovno-vzdelávacie pôsobenie v predprimárnom vzdelávaní dieťaťa s mentálnym postihnutím, dieťaťa s autizmom a ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, dieťaťa s hluchoslepotou, s rešpektovaním jeho individuálnych možností a schopností.

Špecifiká výchovy a vzdelávania detí s konkrétnym zdravotným znevýhodnením

Špecifiká výchovy a vzdelávania detí so zdravotným znevýhodnením vo vzdelávacích programoch sú zameraná na:

- charakteristiku zdravotného znevýhodnenia dieťaťa,
- charakteristiku špeciálno-pedagogických metód a prostriedkov práce s dieťaťom,
- iné konkrétne špecifiká výchovy a vzdelávania, ktoré sú rôzne s prihliadnutím na zdravotné znevýhodnenie dieťaťa.

Vyučovací jazyk

Vyučovacím jazykom v materských školách je štátny jazyk Slovenskej republiky alebo jazyk národnostnej menšiny.

V materských školách alebo triedach, v ktorých sa výchova a vzdelávanie uskutočňuje v jazyku národnostnej menšiny, je súčasťou výchovno-vzdelávacej činnosti aj komunikácia v štátnom – slovenskom jazyku.

Odlišnosti sa vyskytujú pri výchove a vzdelávaní detí so sluchovým postihnutím, detí s hluchoslepotou, detí s viacnásobným postihnutím, ale i detí chorých alebo zdravotne oslabených.

Pre deti so sluchovým postihnutím je vyučovacím jazykom štátny jazyk Slovenskej republiky, resp. štátny jazyk Slovenskej republiky a slovenský posunkový jazyk. Vyučovací jazyk/vyučovacie jazyky môžu byť podporené aj ďalšími špecifickými komunikačnými formami (prstová abeceda, pomocné artikulačné znaky).

Pre deti s hluchoslepotou vyučovacím jazykom je štátny jazyk Slovenskej republiky. V závislosti od druhu a stupňa postihnutia sluchu a zraku môže byť primárnou komunikačnou

formou aj slovenský posunkový jazyk, resp. komunikačné formy modifikované pre potreby detí s poruchou sluchu a zraku.

V materských školách pri zdravotníckych zariadeniach (nemocnici, liečebni, ozdravovni, sanatóriu a kúpeľoch) je vyučovacím jazykom štátny jazyk Slovenskej republiky.

Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Organizácia **denných činností** musí byť prispôbená individuálnym potrebám každého dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.

Usporiadanie denných činností, ako je uvedené vo vzdelávacích programoch pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017)

- zohľadňuje aktuálny psychický a fyzický stav dieťaťa,
- prihliada na špecifické potreby a možnosti dieťaťa,
- zabezpečuje vyvážené striedanie foriem denných činností (optimálny biorytmus, bezstresové prostredie, individuálne osobitosti).

Výchova a vzdelávanie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením v materskej škole sa spravidla uskutočňuje prostredníctvom **foriem denných činností**, ktoré sú uvedené aj v ŠtVP (2016):

- hry a činnosti podľa výberu detí,
- zdravotné cvičenie,
- vzdelávacia aktivita,
- pobyt vonku,
- činnosti zabezpečujúce životosprávu (osobná hygiena, stravovanie, odpočinok).

Pre deti so zdravotným znevýhodnením sú okrem vyššie uvedených foriem denných činností zaradené aj **špecifické formy denných činností**, ktoré sú zamerané na *predchádzanie, zmiernenie alebo odstraňovanie nepriaznivých dôsledkov zdravotného znevýhodnenia*.

Uvádzame stručné charakteristiky jednotlivých špecifických foriem denných činností.

Pre deti s mentálnym postihnutím sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálna logopedická intervencia*, ktorá je zameraná na odstraňovanie alebo aspoň zmiernenie narušenej komunikačnej schopnosti,
- ▶ *špeciálne cvičenia* sú zamerané na rozvíjanie zmyslového vnímania,
- ▶ *rehabilitačná starostlivosť* je zameraná na odstraňovanie motorických ťažkostí, zlepšenie a rozvoj fyzickej zdatnosti a pohybovej aktivity.

Pre deti so sluchovým postihnutím sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálna logopedická intervencia* – cieľom je v maximálnej miere podporiť rozvoj komunikačných kompetencií tak, aby bolo dieťa schopné komunikovať v slovenskom jazyku – hovorenej reči,
- ▶ *špeciálne cvičenia zamerané na reedukáciu a kompenzáciu sluchového postihnutia*.

Pre deti so zrakovým postihnutím sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálne tyflopédické činnosti*, do ktorých zaraďujeme všetky činnosti, ktoré sa vidiace dieťa bez zrakového postihnutia učí vizuálnym pozorovaním od ostatných detí, dieťa so zrakovým postihnutím ich musíme naučiť,
- ▶ *rozvíjanie priestorovej orientácie* je zamerané na vedenie dieťaťa k samostatnosti v pohybe, vedomé rozvíjanie jeho pohybových schopností a podpora orientácie v mikropriestore, ako aj v neznámom priestore.

Pre deti s telesným postihnutím je do denných činností zaradená *individuálna logopedická intervencia* zameraná na odstraňovanie alebo aspoň zmiernenie narušenej komunikačnej schopnosti, ktorá je jedným zo symptómov jeho zdravotnej diagnózy.

Pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálna logopedická intervencia* zameraná na odstraňovanie alebo zmiernenie narušenej komunikačnej schopnosti,
- ▶ *komunikačné aktivity* zaradené počas jednotlivých foriem denných činností.

Pre deti s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami sú do denných činností zaradené *špecifické pohybové a relaxačné cvičenia* prispôsobené individuálnym potrebám každého dieťaťa.

Pre deti choré a zdravotne oslabené sú do denných činností zaradené *zdravotné cvičenia* – realizujú sa individuálne (na lôžku) alebo skupinovo (v priestoroch na to určených) každodenne, v určitom čase s dodržaním zásad psychohygieny. V ozdravovniach, liečebniach sanatóriách a kúpeľoch vykonávajú zdravotné cvičenia zdravotnícki pracovníci (rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti), v nemocniciach sú uskutočňované pod vedením učiteľky materskej školy.

Pre deti s hluchoslepotou sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálna logopedická intervencia* – cieľom u dieťaťa s hluchoslepotou je v maximálnej miere podporiť rozvoj komunikačnej schopnosti k najbližšej zóne ich vývinu tak, aby bolo schopné uskutočniť svoj komunikačný zámer podľa svojich potrieb, zrozumiteľne pre komunikačného partnera. Logopéd metodicky usmerňuje vyučujúcich v oblasti narušenej komunikačnej schopnosti a spolupracuje na tvorbe individuálneho

vzdelávacieho programu dieťaťa. Používané metódy a postupy vychádzajú z výsledkov logopedickej diagnostiky. Obsah logopedických cvičení musí byť v súlade s mentálnymi a komunikačnými schopnosťami dieťaťa bez ohľadu na fyzický vek,

- ▶ *špeciálne cvičenia* sú zamerané na rozvíjanie zmyslového vnímania (zrakového, hmatového, sluchového, čuchového, koordinácie oko/ruka, rozvoj jemnej a hrubej motoriky), rozvoj komunikačnej schopnosti a grafomotoriky u detí s hluchoslepotou sa realizujú denne počas celého dňa,
- ▶ *rehabilitačná starostlivosť* sa realizuje denne v dopoludňajších hodinách, vykonáva ju fyzioterapeut alebo rehabilitačný pracovník so spôsobilosťou určenou všeobecne záväznými právnymi predpismi platnými pre rezort zdravotníctva.

Pre deti s viacnásobným postihnutím sú do denných činností zaradené

- ▶ *individuálna logopedická intervencia*, ktorá je zameraná na odstraňovanie alebo zmiernenie narušenej komunikačnej schopnosti, na podporu rozvoja reči a komplexnej komunikačnej schopnosti dieťaťa,
- ▶ *špeciálne cvičenia* zamerané na rozvíjanie zmyslového vnímania,
- ▶ *rehabilitačná starostlivosť* zameraná na odstraňovanie motorických narušení, zlepšenie a rozvoj fyzickej zdatnosti a pohybovej aktivity.

Povinné a odporúčané personálne zabezpečenie

Povinné a odporúčané personálne zabezpečenie vo vzdelávacích programoch pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) **sa vzťahuje na individuálne špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby dieťaťa so zdravotným znevýhodnením** bez ohľadu na to, kde sa vzdeláva – či v špeciálnej materskej škole, špeciálnej triede alebo v školskej integrácii.

Ak je v príslušnom vzdelávacom programe uvedené:

„Školský logopéd poskytuje dieťaťu so sluchovým postihnutím individuálnu alebo skupinovú logopedickú intervenciu“ – **je to povinné personálne zabezpečenie.**

Ak je v príslušnom vzdelávacom programe uvedené:

„Školský logopéd poskytuje dieťaťu s mentálnym postihnutím s narušenou komunikačnou schopnosťou (symptomatickou poruchou reči) individuálnu alebo skupinovú logopedickú intervenciu, na základe odporúčenia centra špeciálno-pedagogického poradenstva“ – **na personálne zabezpečenie je potrebné odporúčanie.**

Poznámka: rozdiel je v zabezpečovaní odborného zamestnanca – ak je dieťa vzdelávané v špeciálnej materskej škole, logopéda je povinný zabezpečiť riaditeľ/ka špeciálnej materskej

školy, to isté platí aj pre špeciálnu triedu materskej školy. Ak by sa to isté dieťa vzdelávalo v školskej integrácii, riaditeľ/ka nie je povinný/á logopéda zabezpečiť priamo v bežnej materskej škole, ale v spolupráci so zákonnými zástupcami dieťaťa má dieťa zabezpečené poskytovanie potrebnej odbornej starostlivosti v ČŠPP alebo klinickým logopédom.

Ako z vyššie uvedeného vyplýva, neznamená to, aby každá materská škola, ktorá integruje dieťa so zdravotným znevýhodnením, zamestnávala všetkých odborníkov pre každé dieťa so zdravotným znevýhodnením. Ako sme už uviedli, realizuje sa to v závislosti od individuálnych potrieb konkrétneho dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.

Povinné materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania

Povinné materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania sú uvedené v každom vzdelávacom programe pre dieťa so zdravotným znevýhodnením (2017) samostatne, pretože sú u jednotlivých zdravotných znevýhodnení spravidla rozdielne.

Podmienky na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri výchove a vzdelávaní

Zabezpečiť bezpečnosť a ochranu zdravia dieťaťa so zdravotným znevýhodnením pri výchove a vzdelávaní je veľmi náročné, a preto okrem dodržiavania podmienok uvedených v ŠtVP (2016) je potrebné dodržiavať špecifické podmienky vyplývajúce z jednotlivého zdravotného znevýhodnenia dieťaťa.

1.2.1 Školský vzdelávací program

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) sú **východiskovým a záväzným dokumentom pre vytvorenie školského vzdelávacieho programu** v školách, v ktorých sú vzdelávané deti so zdravotným znevýhodnením.

Tvorba a realizácia školského vzdelávacieho programu si vyžaduje tímovú spoluprácu pedagogických zamestnancov, pričom sa odporúča klásť dôraz na variabilnú organizáciu výchovno-vzdelávacej činnosti a denných činností v materskej škole s doplnením o činnosti zamerané na predchádzanie, zmiernenie alebo odstraňovanie ďalších nepriaznivých dôsledkov zdravotného znevýhodnenia.

Ak sú v špeciálnej materskej škole zriadené viaceré **triedy pre deti s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia**, materská škola vypracuje **jeden školský vzdelávací program**

s uvedením špecifik podľa vzdelávacích programov pre deti so zdravotným znevýhodnením (2017) pre jednotlivé druhy zdravotného znevýhodnenia.

Ak sú **v materskej škole zriadené viaceré špeciálne triedy** pre deti s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia,⁴ materská škola vypracuje **jeden školský vzdelávací program** s uvedením špecifik podľa vzdelávacích programov pre jednotlivé druhy zdravotného znevýhodnenia.

1.3 Návrh na vzdelávanie dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v materskej škole

Dieťaťu vzdelávanému v školskej integrácii, v špeciálnej triede alebo v špeciálnej škole vedie škola dokumentáciu s názvom „**Návrh na vzdelávanie dieťaťa alebo žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v materskej škole, v základnej škole, v strednej škole a v špeciálnej škole**“⁵ (§ 11 ods. 9 písm. a) školského zákona) (ďalej aj „Návrh na vzdelávanie“). Podľa § 11 ods. 11 tohto zákona je súčasťou registratúry podľa osobitného predpisu.

Návrh na vzdelávanie vyplňa triedny učiteľ v spolupráci so školským zariadením výchovného poradenstva a prevencie, školským špeciálnym pedagógom a zákonným zástupcom žiaka. **Za kompletnosť vyplnenia tlačiva zodpovedá riaditeľ školy.**

1.4 Individuálny vzdelávací program

Individuálny vzdelávací program je dokument, v ktorom sa plánuje vzdelávanie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.

Podľa školského zákona sa podľa individuálneho vzdelávacieho programu vzdeláva:

- začlenené dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v bežnej triede materskej školy, t. j. v školskej integrácii, ak je to potrebné,
- dieťa so zdravotným znevýhodnením v špeciálnej triede materskej školy alebo v špeciálnej materskej škole, ak zdravotné znevýhodnenie dieťaťu znemožňuje vzdelá-

⁴ Ak má bežná materská škola zriadené napr. 3 špeciálne triedy (jednu pre deti s mentálnym postihnutím, jednu pre deti so sluchovým postihnutím a jednu pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou), materská škola vypracuje jeden školský vzdelávací program.

⁵ Vzor tlačiva schválený Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky je zverejnený na jeho webovom sídle v knižnici vzorov pedagogickej dokumentácie a dokladov <http://formulare.iedu.sk/?akcia=dokument>.

vať sa podľa príslušného vzdelávacieho programu pre deti so zdravotným znevýhodnením.

Individuálny vzdelávací program vypracúva materská škola (triedna učiteľka v spolupráci s ostatnými vyučujúcimi a školským špeciálnym pedagógom) spoločne so školským zariadením výchovného poradenstva a prevencie.

Individuálny vzdelávací program schvaľuje riaditeľ/ka materskej školy na celý školský rok alebo jeho časť na základe odporúčenia školského zariadenia výchovného poradenstva a prevencie. Oboznamuje sa s ním aj zákonný zástupca dieťaťa.

Individuálny vzdelávací program sa priebežne upravuje podľa aktuálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa. V prílohe 1 uvádzame vzor štruktúry individuálneho vzdelávacieho programu.

1.5 Možnosti ďalšieho vzdelávania dieťaťa so zdravotným znevýhodnením po ukončení predprimárneho vzdelávania

Po ukončení predprimárneho vzdelávania v materskej škole, v špeciálnej triede materskej školy alebo v špeciálnej materskej škole sa na dieťa, ktoré do 31. augusta (vrátane) dosiahne fyzický vek šesť rokov, vzťahujú všeobecne záväzné právne predpisy upravujúce **začiatok povinnej školskej dochádzky**; takéto dieťa sa povinne zúčastní zápisu do školy v základnej škole v školskom obvode, v ktorom má trvalý pobyt (ďalej len „spádová škola“), ak zákonný zástupca pre svoje dieťa nevyberie inú školu. Jednotlivé školy oznamujú dátum konania organizovaného zápisu, ktorý môže byť v rozmedzí termínu určenom školským zákonom na 1. až 30. apríla.

Povinnosť nastúpiť na povinnú školskú dochádzku sa vzťahuje na každé dieťa vrátane dieťaťa so zdravotným znevýhodnením, ktoré

- má zavŕšený fyzický vek šesť rokov
- a dosiahlo školskú spôsobilosť.

Dieťa so zdravotným znevýhodnením, ktoré tieto podmienky spĺňa, začne plniť povinnú školskú dochádzku v prvom ročníku

- **základnej školy pre žiakov so zdravotným znevýhodnením**, t. j. v špeciálnej škole,
- **v špeciálnej triede základnej školy** zriadenej pre žiakov s určitým druhom zdravotného znevýhodnenia,

- **základnej školy** – v triede bežného typu, t. j. **v školskej integrácii**.

Na nástup dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na povinnú školskú dochádzku po zápise do školy sa vzťahujú aj ďalšie zákonné náležitosti zakotvené v § 19, 60 a 97 školského zákona. Jedná sa o úpravy plnenia nástupu na povinnú školskú dochádzku, ktoré zohľadňujú odchýlky vo vývine dieťaťa s vplyvom na úspešnosť jeho vzdelávania.

Na základe predmetných zákonných úprav dieťa so zdravotným znevýhodnením

a) môže mať odložený začiatok povinnej školskej dochádzky

- na základe rozhodnutia o odklade povinnej školskej dochádzky vydaného riaditeľom školy na žiadosť zákonného zástupcu dieťaťa, súčasťou ktorého je odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast a odporúčenie príslušného poradenského zariadenia a prevencie;
- návrh na odklad povinnej školskej dochádzky môže pre dieťa navrhnúť aj materská škola, ktorú dieťa navštevuje; pri tomto postupe sa vyžaduje odporúčenie zariadenia poradenského zariadenia a prevencie a informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa;
- odklad začiatku povinnej školskej dochádzky sa vzťahuje tak na dieťa bez zdravotného znevýhodnenia, ako aj na dieťa so zdravotným znevýhodnením;

b) môže mať dodatočne odloženú povinnú školskú dochádzku

- ak sa po nastúpení dieťaťa do 1. ročníka základnej školy alebo 1. ročníka základnej školy pre žiakov so zdravotným znevýhodnením dodatočne zistí, že žiak nespĺňa školskú spôsobilosť;
- rozhodnutie o dodatočnom odklade povinnej školskej dochádzky môže riaditeľ školy vydať len žiakovi, ktorý
 - nemal odložený začiatok povinnej školskej dochádzky,
 - neabsolvoval nultý ročník;
- rozhodnúť o dodatočnom odklade povinnej školskej dochádzky možno najneskôr do ukončenia prvého polroka školského roka;
- dodatočný odklad začiatku povinnej školskej dochádzky sa vzťahuje tak na dieťa bez zdravotného znevýhodnenia, ako aj na dieťa so zdravotným znevýhodnením;

c) môže začať plniť povinnú školskú dochádzku v prípravnom ročníku, ak

- splnilo vek pre začiatok povinnej školskej dochádzky (prípravný ročník je súčasťou povinnej školskej dochádzky),
- má zdravotné znevýhodnenie,

- nedosiahlo školskú spôsobilosť,
- nie je u neho predpoklad zvládnutia prvého ročníka základnej školy so vzdelávacím programom pre žiakov so zdravotným znevýhodnením (§ 97 ods. 3 školského zákona);
- prípravný ročník sa zriaďuje
 - v špeciálnej škole pre žiakov s určitým druhom zdravotného znevýhodnenia so vzdelávacím programom pre žiakov s príslušným zdravotným znevýhodnením, pre ktorých je škola zriadená;
 - v základnej škole ako špeciálna trieda spravidla pre žiakov s rovnakým druhom zdravotného znevýhodnenia, so vzdelávacím programom pre žiakov s príslušným zdravotným znevýhodnením; do špeciálnej triedy, t. j. aj triedy prípravného ročníka v základnej škole môže byť zaradený aj žiak s iným druhom zdravotného znevýhodnenia, než pre ktorý je zriadená; tento žiak sa vzdeláva podľa individuálneho vzdelávacieho programu;

d) môže byť výnimočne prijaté na povinnú školskú dochádzku pred dovŕšením šiesteho roku veku na žiadosť jeho zákonného zástupcu s priložením

- súhlasného vyjadrenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie,
- súhlasného vyjadrenia všeobecného lekára pre deti a dorast.

Poznámka: pred dovŕšením šiesteho roku veku nie je možné prijať dieťa do prípravného ročníka, išlo by o rozpor s § 97 ods. 3 školského zákona.

Dôležité!

Na všetky deti vrátane detí so zdravotným znevýhodnením sa vzťahuje povinnosť začiatku povinnej školskej dochádzky najneskôr 1. septembra, ktorý nasleduje po dni, v ktorom dovŕšia ôsmy rok veku.

Dieťaťu so zdravotným znevýhodnením, ktorému pri nástupe na povinnú školskú dochádzku zdravotný stav neumožňuje vzdelávať sa v triede s ostatnými žiakmi, na základe žiadosti zákonného zástupcu dieťaťa s priloženým vyjadrením všeobecného lekára pre deti a dorast riaditeľ školy vydá rozhodnutie o oslobodení od dochádzania do školy a dieťaťu zabezpečí individuálne vzdelávanie v rozsahu najmenej dve hodiny týždenne (§ 24 ods. 2 písm. a) a ods. 3 školského zákona).

Dieťaťu so zdravotným znevýhodnením, ktorému zdravotný stav pri nástupe na povinnú školskú dochádzku neumožňuje vzdelávať sa, riaditeľ školy vydá rozhodnutie o oslobodení od dochádzania do školy a vzdelávanie sa mu na základe písomného odporúčenia všeobecné-

ho lekára pre deti a dorast a písomného odporúčenia zariadenia výchovného poradenstva a prevencie neposkytuje do pominutia dôvodov (§ 19 ods. 9 školského zákona).

Poznámka: nultý ročník sa zriaďuje v základnej škole bežného typu pre žiakov, ktorí k 1. septembru dosiahli vek šesť rokov, nedosiahli školskú spôsobilosť, pochádzajú zo sociálne znevýhodneného prostredia a nie je u nich predpoklad zvládnuť požiadavky prvého ročníka základnej školy. Splnené musia byť všetky tu uvedené podmienky, ustanovené školským zákonom. Vzdelávanie v nultom ročníku je plnením povinnej školskej dochádzky.

Literatúra

Štátny vzdelávací program pre predprimárne vzdelávanie v materských školách. Schválilo MŠVVaŠ SR dňa 6. júla 2016 pod číslom 2016-17780/27322:1-10A0 s platnosťou od 1. septembra 2016.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Vyhláška č. 437/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú kvalifikačné predpoklady a osobitné požiadavky pre jednotlivé kategórie pedagogických a odborných zamestnancov v znení neskorších predpisov.

Výchova a vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím v predprimárnom vzdelávaní

Mária Tarabová, Monika Krammerová

2.1 Charakteristika dieťaťa s mentálnym postihnutím v predškolskom veku

Mentálne postihnutie (ďalej aj „MP“), resp. **mentálna retardácia** sa vyznačuje zníženou úrovňou rozumových schopností. Je charakterizovaná aj ako disproporcionalita chronologického a mentálneho veku. Ako uvádza A. Vančová (2005), termín „mentálne postihnutie“ je termínom prevažne špeciálnopedagogickým, psychologickým, resp. socio-psychologickým. Termín „mentálna retardácia“ je súčasťou viacerých medzinárodných klasifikačných systémov, najmä medicínskych, odkiaľ sa preberá do vedeckého jazyka iných odborov vrátane psychológie mentálne postihnutých a špeciálnej pedagogiky.

Podľa Š. Vaška (2003, s.171) „mentálne postihnutie možno chápať ako nedostatočnú schopnosť meniť informácie na poznatky, v dôsledku toho aj transformovať veci a udalosti do symbolických foriem, tieto uchovávať, s takto transformovanými informáciami zmysluplne narábať a participovať na udalostiach.“ Mentálna retardácia je vývinová porucha integrácie psychických funkcií, ktorá postihuje jedinca vo všetkých zložkách jeho osobnosti – duševnej, telesnej, sociálnej. Najvýraznejšou črtou je trvalo porušená poznávací schopnosť, ktorá sa prejavuje predovšetkým v procese učenia. Mentálna retardácia je stav celkového zníženia intelektových schopností (Pipeková, 2006). Je to trvalé postihnutie, ale vplyvom vhodného výchovného a terapeutického pôsobenia môže dôjsť k istému zlepšeniu. Hranica dosiahnutelného zlepšenia je daná závažnosťou a príčinou postihnutia (Požár, 2007; Bartoňová, 2007). Pedagogika mentálne postihnutých (Bajo – Vašek, 1994) vychádzajúc z 10. revízie MKCH (1992) uvádza nasledujúce *stupne* mentálnej retardácie (postihnutia):

Ľahká mentálna retardácia (postihnutie)	IQ 69 – 50	(F70)
Stredná mentálna retardácia (postihnutie)	IQ 49 – 35	(F71)
Ťažká mentálna retardácia (postihnutie)	IQ 34 – 20	(F72)

Hlboká mentálna retardácia (postihnutie) IQ 19 a nižšie (F73)
Faktorom diferenciacie je predovšetkým úroveň intelektu.⁶

Lahká mentálna retardácia (postihnutie)

Väčšina jedincov s ľahkým mentálnym postihnutím dosiahne úplnú nezávislosť na okolí. Zvyčajne je prítomné aj ľahšie postihnutie psychomotorického vývinu. Dosahujú samostatnosť v sebaobslužných činnostiach a praktických domácich zručnostiach. Komunikačná schopnosť nebýva zvyčajne nápadne narušená. V porovnaní s intaktnými jedincami je však ich reč obsahovo i rozsahovo chudobnejšia, často je prítomný dysgramatizmus. Majú ťažkosti s učením, prítomné sú nedostatky v myšlienkových operáciách. Pripravujú sa na povolania, ktoré vyžadujú jednoduchšie manuálne činnosti.

Stredná mentálna retardácia (postihnutie)

Jedinci so stredným stupňom mentálneho postihnutia sú závislí na svojom okolí. Pre ich životné aktivity je potrebná úprava prostredia a celoživotné usmerňovanie. Majú výrazne obmedzený vývin chápania a používania reči, obmedzenú komunikačnú schopnosť, závažnejšie problémy a poruchy hrubej i jemnej motoriky. Ich myslenie je konkrétne a primitívne. Mnohí majú pridružené zmyslové a telesné postihnutie. Prítomné sú poruchy vnímania, pozornosti, sústredenosti a pamäti. Sebaobslužné zručnosti a návyky dosahujú na rôznych stupňoch samostatnosti. Väčšina z nich je schopná vykonávať jednoduché manuálne činnosti.

Ťažká mentálna retardácia (postihnutie)

Jedinci s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia vyžadujú celoživotnú trvalú starostlivosť a usmerňovanie. Majú výrazné poruchy hrubej i jemnej motoriky, mnohí sa nenaučia stáť, chodiť, nezvládajú sebaobsluhu. Často sú prítomné stereotypné automatické pohyby. Títo jedinci majú zvyčajne aj iné zdravotné postihnutia. Svoje prania a potreby vyjadrujú zvyčajne pomocou nonverbálnej komunikácie, významových zvukov, slabík, prípadne slov. Modulačné faktory reči sú narušené, prítomná býva echolália. Ich myslenie je veľmi primitívne; dokážu pochopiť niektoré významy súvisiace s uspokojovaním ich základných životných potrieb. Pri sústavnej kvalifikovanej rehabilitačnej a výchovno-vzdelávacej starostlivosti sú schopní vykonávať niektoré jednoduché úkony.

⁶ MKCH–10–SK–2016 uvádza rozdelenie mentálnej retardácie ako:
F70 – mierna duševná zaostalosť (mentálna retardácia),
F71 – stredne ťažká duševná zaostalosť (mentálna retardácia),
F72 – ťažká duševná zaostalosť (mentálna retardácia),
F73 – hlboká duševná zaostalosť (mentálna retardácia).

Hlboká mentálna retardácia (postihnutie)

Jedinci s hlbokým stupňom mentálneho postihnutia sú odkázaní na celoživotnú permanentnú starostlivosť. Väčšinou sú imobilní alebo výrazne motoricky obmedzení, nedokážu sedieť, niektorí sa pohybujú plazením alebo ložením. Mnohí zotrávajú dlhý čas v stave stuhnutosti a strnulosti, iní vykonávajú stereotypné kývavé pohyby. Sú inkontinentní. Majú problémy s príjmom, žuvaním a prehĺtaním potravy. Ich komunikácia je často obmedzená na rudimentárny neverbálny spôsob, expresívna zložka reči sa u nich nevyvíja. Sú ťažko obmedzení v schopnosti rozumieť požiadavkám či inštrukciám alebo im vyhovieť. Títo jedinci sú viacnásobne postihnutí, prítomné sú neurologické odchýlky, poškodenia zrakového a sluchového vnímania. Senzomotorické učenie sa navodzuje využívaním metódy bazálnej stimulácie.⁷

Na základe typu vyššej nervovej činnosti, prejavov správania a typológie správania vyčleňuje pedagogika mentálne postihnutých tri *typy* mentálneho postihnutia: **eretický typ**, **apatický typ** a **nevyhraný typ**.

Eretický typ je charakteristický tým, že u týchto osôb dominujú procesy vzruchu nad procesmi útlmu a prebiehajú patologicky rýchlo. Sú nepokojní, dráždiví, instabilní. Ťažko sa sociálne adaptujú. Príznačná je pre nich emocionálna labilita, motorický nepokoj, nesústredenosť, agresivita.

Apatický typ je charakteristický tým, že u týchto osôb dominujú procesy útlmu nad procesmi vzruchu a prebiehajú patologicky pomaly. Sú strnulí, hypokinetickí, pasívni, indiferentní voči podnetom a ťažko motivovateľní.

Nevyhraný typ charakterizuje široká škála prejavov medzi výrazne eretickými a výrazne apatickými prejavmi. Procesy vzruchu a útlmu nie sú extrémne.⁸

V oblasti socializácie detí s mentálnym postihnutím dominuje najmä pudové, impulzívne správanie. V sociálnom kontakte je prítomná pasívnosť, plachosť, neistota alebo agresívnosť a egoizmus. Symptomatologicky sa u týchto detí prejavuje porucha sociálnych vzťahov a porucha sociálnej prispôsobivosti. Väzba na matku pretrváva veľmi dlho. V predškolskom veku sa budujú prvky sociálneho správania. Úroveň v sociálnej interakcii je ovplyvnená tiež narušenou komunikačnou schopnosťou týchto detí, v oblasti samotného vyjadrovania aj porozumenia. Schopnosť komunikovať s okolím ovplyvňuje úroveň ich socializácie. Časté neúspechy v nadväzovaní kontaktov s okolím vedú k strate záujmu o ne.

⁷ Spracované podľa: Bendová – Zíkl (2011); Švarcová (2006); Vančová (2005).

⁸ Spracované podľa: Bajo – Vašek (1994).

V oblasti motoriky sa u detí s mentálnym postihnutím prejavuje motorické oneskorenie v zhoršenej koordinácii pohybov a v celkových pohybových schopnostiach. Tieto deti majú v predškolskom veku porušenú statickú koordináciu celého tela, pohybovú pohotovosť a koordináciu súčasne dvoch vykonávaných pohybov. Čím je mentálne postihnutie ťažšie, tým sú spravidla poruchy motoriky závažnejšie. Motorická úroveň týchto detí môže byť na rozličnom stupni – od takmer normálnych pohybových schopností pri ľahkom stupni mentálneho postihnutia až po neschopnosť vykonávať najjednoduchšie pohybové činnosti. Deti so stredným stupňom mentálneho postihnutia veľmi neskoro začínajú sedieť, chodiť, ovládať elementárne činnosti bežnej sebaobsluhy. Deti s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia často nezvládnu sedenie, státie alebo chôdzu a beh. Narušená je oblasť hrubej i jemnej motoriky. V predškolskom veku majú deti ťažkosti s dosahovaním, uchopovaním predmetov a manipuláciou s nimi. Dôležitá je včasná diagnostika výrazných odchýlok v oblasti motoriky dieťaťa a začatie rehabilitačnej starostlivosti v tejto oblasti. Včasná intervencia trvajúca od narodenia do 6 – 7 roku veku dieťaťa významne pomôže v zaostávajúcom motorickom vývine na úrovni hrubej i jemnej motoriky. Zvýšená starostlivosť o rozvoj grafomotoriky, logomotoriky, oromotoriky a vizuomotoriky detí s mentálnym postihnutím pokračuje aj v mladšom školskom veku.⁹

V oblasti emocionality sa deti s mentálnym postihnutím prejavujú v porovnaní s intaktnými rovesníkmi ako citovo nevypelá. Reagujú neadekvátne na podnety, povrchno a egocentricky. Ich emocionálne prežívanie často nie je dostatočne diferencované. Rozsah prežívania je malý. Buď sú spokojné a prežívajú radosť, alebo sú nespokojné a plačú, zlostia sa. Niektoré deti prežívajú vážne udalosti neprimerane ľahko a povrchno, iné deti mimoriadne intenzívne prežívajú nepodstatné situácie. Nekorigujú svoje city vzhľadom na situáciu, čo vyplýva z nedostatočného ovládania citov intelektom. I. Jakabčic – L. Požár (1995) uvádzajú, že u detí s mentálnym postihnutím sa city vytvárajú oneskorene a obtiažne, dominujú u nich city viažuce sa na uspokojovanie biologických potrieb a nedostatočne sa rozvíjajú vyššie city.

V oblasti kognície u detí s mentálnym postihnutím môžeme konštatovať, že čím má dieťa ťažší stupeň mentálneho postihnutia, tým viac je u neho narušený proces pociťovania, vnímania, pozornosti, pamäti, predstavivosti, fantázie a myslenia.

Pociťovanie a vnímanie sa u nich vytvára pomaly a s množstvom odlišností a nedostatkov. To má vplyv na celý ďalší priebeh ich psychického vývinu, brzdí a spomaľuje rozvoj vyšších

⁹ Spracované podľa: Bajo – Vašek (1994).

psychických procesov. Vnímanie detí s mentálnym postihnutím je v porovnaní s intaktnými deťmi kvalitatívne i kvantitatívne rozdielne.

Tieto rozdiely sú:

- v rýchlosti vnímania (dieťa s MP vníma pomalšie, časový interval medzi expozíciou a utvorením vnemu je väčší až viacnásobný),
- vo výberovosti vnímania (dieťa s MP v predškolskom veku vníma viac náhodne než výberovo),
- v zameranosti vnímania (nevydrží dlhší čas vnímať jeden predmet alebo jav, pozornosť prenáša na iné objekty),
- v rozsahu a celistvosti vnímania (vníma zjednodušene, menší počet predmetov a javov, postupne vnímajú to, čo intaktné deti naraz, schopnosť spájať časti do celku je narušená, nepostrehne súvislosti a vzťahy),
- v diferenciacii vnemov (nedostatočne diferencuje pocity a vnemy, nedostatočne si uvedomujú jednotlivé časti a vlastnosti predmetov a javov, rozdiely medzi podobnými predmetmi),
- vo vnímaní priestoru, času a pohybu (narušené je vnímanie hĺbky na plošných obrázkoch, konštantnosť vnímania, vzdialenosť, smer, poloha, perspektíva, rozľahlosť),
- v koordinácii vnímania (obmedzené schopnosti v uvedených jednotlivých vlastnostiach vnímania a integračný hendikep spôsobujú nedostatky v koordinácii vnímania).

Okrem deficitu zrakového vnímania, dochádza často k deficitu sluchového vnímania (nedoslýchavosť, znížená sluchová ostrosť, oneskorené dozrievanie fonematického sluchu a s tým súvisiace obmedzenie v schopnosti fonematickej diferenciacie).

Narušené vnímanie ovplyvňuje proces utvárania **predstáv a obrazotvornosti**. Deti s mentálnym postihnutím majú málo predstáv, sú fragmentárne a chudobné. Ich **pozornosť** je nestála, prelietavá, krátkodobá a ľahko unaviteľná. Má úzky rozsah. Vzbudiť, zamerať a udržať pozornosť týchto detí je náročné.

Pamäť je u detí s mentálnym postihnutím narušená vo všetkých svojich fázach: v zapamätávaní, uchovaní a vybavení. Zapamätávajú si veľmi pomaly (potrebujú mnohonásobné opakovanie), rýchlo zabúdajú a nepresne si poznatky vybavujú. Výraznejšie zaostávajú v oblasti logickej pamäti.

Zo všetkých procesov kognície je u detí s mentálnym postihnutím najviac poškodené **mýšlenie**. Nedostatky sú v analýze, syntéze a najmä v abstrakcii a generalizácii. Ich myslenie je nedôsledné, konkrétne-názorné a nesústavné, najmä u detí s rýchlou unaviteľnosťou. Závažné

nedostatky sú v pojmovnom procese. Chýba im sekvenčné myslenie, t.j. chápanie sledu vecí a javov, správne vnímanie ich logických súvislostí a časovej následnosti. Charakteristické je ich nekritické myslenie, nepochybujú o správnosti svojich okamžitých domnienok.¹⁰

V oblasti lingvistiky je u detí s mentálnym postihnutím charakteristický výrazne obmedzený vývin reči. Ovplyvňuje ho sensorika, motorika, myslenie a socializácia. V odbornej literatúre sa uvádza, že približne 65 % týchto detí začína rozprávať až po 3. roku života. Prítomné sú deficity v oblasti fonematickej diferenciácie, artikulácie i v oblasti porozumenia reči. Reč je narušená po obsahovej i formálnej stránke. Deti s mentálnym postihnutím majú malú slovnú zásobu, neadekvátne ju používajú, často býva prítomný agramatizmus.

Narušenie komunikačnej schopnosti je zvyčajne úmerné stupňu mentálneho postihnutia. Deti s ľahkým stupňom MP môžu mať správne vyvinutú artikuláciu. Obsahovú úroveň reči majú blízku norme, ale porozumenie obsahu reči, ktorý je priamo závislý na inteligencii, je narušené. U detí so stredným stupňom MP býva častejšie prítomná echolália. Pri ťažších formách mentálneho postihnutia ovplyvňujú komunikačnú schopnosť najrôznejšie anomálie hovorových orgánov, napríklad nedokonalá stavba artikulačných orgánov, deformácie čeľustí a chrupu. Pri najťažších formách mentálneho postihnutia deti vydávajú modulované neartikulovalé zvuky, zvyčajne sa nenaučia hovoriť.¹¹

2.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s mentálnym postihnutím

Dieťa s mentálnym postihnutím môže byť vzdelávané

- a) v špeciálnej materskej škole pre deti s mentálnym postihnutím,
- b) v špeciálnej triede pre deti s mentálnym postihnutím materskej školy,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii.

Výchova a vzdelávanie v špeciálnej materskej škole, v špeciálnej triede pre deti s mentálnym postihnutím i v školskej integrácii sa realizuje podľa **Vzdelávacieho programu pre deti s mentálnym postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017)**. Pri výchove a vzdelávaní v špeciálnej triede sa odporúča deti s mentálnym postihnutím včleňovať do kolektívu intaktných detí pri hrách a činnostiach podľa výberu detí, pri pobyte detí vonku, pri školských besiedkach a iných aktivitách materskej školy.

¹⁰ Spracované podľa: Bajo – Vašek (1994); Bartoňová – Bazalová – Pipeková (2007); Švarcová (2006); Požár (2007).

¹¹ Spracované podľa: Klenková (2006); Lechta (2011).

V triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii sa postupuje podľa individuálneho vzdelávacieho programu, ktorý vychádza zo vzdelávacieho programu pre deti s mentálnym postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017). Pre zabezpečenie výchovy a vzdelávania dieťaťa s MP je potrebné personálne zabezpečenie odborných činností školským špeciálnym pedagógom, školským psychológom, školským logopédom, v spolupráci so zariadením výchovného poradenstva a prevencie, ak si to vyžaduje výchova a vzdelávanie príslušného dieťaťa v závislosti od závažnosti jeho postihnutia.

Podľa J. Hučíka (in Lechta a kol., 2010) proces výchovy a vzdelávania dieťaťa s mentálnym postihnutím najvýraznejšie determinujú tieto faktory:

- stupeň postihnutia,
- výskyt rôznych druhov mentálneho postihnutia v triede,
- výskyt pridružených porúch (somatických, senzorických, rečových a porúch správania),
- špecifiká poznávacích procesov a učenia dieťaťa,
- špecifiká v emocionálnej, vôľovej a osobnostnej oblasti,
- špecifiká vývinu motoriky,
- kvalita školy z hľadiska prostredia a vybavenosti,
- učiteľ ako osobnosť a kvalita jeho pedagogickej práce,
- kvalita rodinného prostredia v zmysle vzťahu rodina – dieťa.

2.2.1 Špecifiká vzdelávacích oblastí

Pri plnení špecifických cieľov oblasti **Jazyk a komunikácia** je potrebné postupovať u každého dieťaťa individuálne podľa jeho jestvujúcej schopnosti komunikácie, ktorú je treba rozvinúť a posunúť na vyššiu úroveň. Rešpektujú sa pri tom tieto špecifiká:

1. Primárny nie je chronologický, ale mentálny, prípadne tzv. verbálny vek. Preto sa najprv sústreďíme na prípravné cvičenia, rozvíjanie oromotoriky a formou dialógu stimulujeme rozvíjanie obsahovej stránky reči. Neskôr zacielime pozornosť na formálnu stránku reči a podnecujeme monologický slovný prejav.
2. Postupujeme od základného rečového materiálu (hlasu) cez významové zvuky k tvorbe pojmov. Začíname stupňom reči, ktoré už dieťa bezpečne dosiahlo a neusilujeme sa,

aby za každú cenu dosiahlo vyšší stupeň ako ten, na ktorý má mentálne predpoklady. V prípade potreby aplikujeme alternatívnu a augmentatívnu komunikáciu.

3. Veľkú pozornosť venujeme rozvoju sluchovej diferenciacie a motoriky artikulačného aparátu.
4. Ako stimulátor využívame hudbu, spájanie hudby s pohybom, rytmizačné cvičenia.
5. Dôležitý je rečový vzor. S deťmi je potrebné rozprávať zreteľne, jasne, v jednoduchých vetách, pokojným hlasom, primeraným tempom a tak, aby nám dieťa videlo na ústa.
6. Dbáme, aby cvičenia neboli mechanické, ale uplatňujeme hrové aktivity.¹²

Pri plnení špecifických cieľov oblasti **Matematika a práca s informáciami** sa snažíme deťom s MP poskytnúť dostatok primeraných podnetov a príležitostí na získanie zmyslových a praktických skúseností formou hry a manipuláciou s konkrétnymi predmetmi. Až keď zvládnu orientáciu v priestore, triedenie a usporiadanie predmetov, pristúpime k vytváraniu názorných predstáv o číslach. Proces postupného chápania vzťahov medzi konkrétnym množstvom predmetov/objektov a ich rozmiestnením v priestore je u detí s mentálnym postihnutím individuálny. Návrat analyzačných schopností postupuje nasledovne: priradovanie, poznávanie, pomenovanie, diferencovanie a uplatňovanie.

Vo vzdelávacej oblasti **Človek a príroda** učíme deti poznávať a pomenovať v bezprostrednom okolí zložky živej a neživej prírody a pomáhať im pochopiť najjednoduchšie vzťahy. Osobitne sa zameriavame na formovanie a rozvíjanie pojmového myslenia v bezprostrednom spojení s praktickou činnosťou (pozorovaním, manipuláciou s prírodninami). Pozorujú a získavajú predstavu o tom, ako sú zmeny v prírode počas roka spojené s činnosťou ľudí a s ich životom.

Pri plnení špecifických cieľov oblasti **Človek a spoločnosť** sa zameriavame na získanie elementárnych poznatkov o spoločenskom prostredí prostredníctvom výberu vhodných metód, foriem, didaktických prostriedkov a pomôcok. Volí sa vhodná forma motivácie, čas potrebný na vykonanie úlohy a miera pomoci individuálne pre každé dieťa. Nacvičovanie orientácie v bežných životných situáciách závisí od úrovne schopností jednotlivých detí. Spočiatku biologické, pudové, impulzívne správanie dieťaťa s mentálnym postihnutím sa postupne mení na správanie s prvkami prosociálneho správania.

¹² Spracované podľa: Lechta (2011).

Pri plnení špecifických cieľov oblasti **Človek a svet práce** sa zameriavame na činnosti rozvíjajúce nedostatočnú hrubú i jemnú motoriku detí chytaním, zdvíhaním a prekladaním predmetov rôznej veľkosti a hmotnosti, ich prenášaním na väčšiu vzdialenosť, zvyšovaním schopnosti uchopenia a stisku. Manipulujú oboma rukami s rôznymi predmetmi a materiálmi, rozvíjajú si rotáciu v zápästnom kĺbe. Pri manipulácii sa postupuje od vkladania väčších materiálov do väčších otvorov k drobnejším materiálom a otvorom. Utvára a rozvíja sa schopnosť verbali-zovať danú činnosť. Deti sa učia, na čo je predmet určený a osvojujú si jeho primerané používanie. Nedostatky vo vôľovej oblasti u detí s mentálnym postihnutím sa prekonávajú ich častejším motivovaním. U detí s ťažkým stupňom MP je väčší problém s motiváciou k činnosti, s pozornosťou a vytrvalosťou. Začínáme s ľahšou úlohou, ktorá dieťa motivuje pracovať a je v nej úspešné, následne sa zaradí činnosť, ktorú si má osvojiť. Na záver sa zaradí činnosť, ktorú má dieťa rado. Je potrebné poskytovať mu primeranú pomoc, forma a miera závisí od schopností konkrétneho dieťaťa. Každé zadanie pracovnej úlohy musí byť jednoznačné a zrozumiteľné. Pri nácviku novej zručnosti je dôležité nácvik zamerať len na jeden úkon. Dieťa s mentálnym postihnutím potrebuje niekoľkonásobne viac opakovaní než intaktné dieťa.

Vo vzdelávacej oblasti **Umenie a kultúra** je potrebné chápať hudobnú výchovu ako psychoterapeutický prostriedok hudobnej relaxácie cieľavedome zameraný na psychickú a somatickú aktivizáciu osobnosti a jej uvoľnenie. Postupne sa uvoľňuje narušená motorika detí, rozvíja sa hudobná pozornosť, pamäť, predstavivosť, zmysel pre tonalitu, rytmus, tempo a dynamiku. Deti sa postupne navykajú na vnímanie reprodukovanej hudby, zvukov vyludzovaných na jednoduchých hudobných nástrojoch Orffovho inštrumentária, vzbudzuje sa záujem o vyludzované zvuky. Záujem detí o hudbu sa prebúdzá na princípe detskej hry. Pravidelne sa zaraďujú dychové cvičenia. Hudobná výchova patrí k najúčinnjším prostriedkom k nadväzovaniu sociálnych interakcií. Výtvarná výchova rozvíja hrubú i jemnú motoriku, koordinovaný pohyb rúk, senzomotoriku, laterálnu, priestorovú orientáciu, koordináciu oko – ruka, pozornosť, priestorovú pamäť i vnímanie, ktoré majú deti s mentálnym postihnutím narušené na rôznej úrovni. Začína sa pracovať na veľkej ploche, na baliacom papieri, v piesku. Od veľkých for-mátov sa prechádza k menším, striedajú sa podľa účelu. Pri výtvarných činnostiach treba vždy vychádzať zo stavu psychiky dieťaťa a rešpektovať jeho výtvarné vývinové štádium.

Pri plnení špecifických cieľov oblasti **Zdravie a pohyb** treba brať do úvahy skutočnosť, že celkové obmedzenie analyticko-syntetickej činnosti detí s mentálnym postihnutím ovplyvňuje

aj ich pohybové schopnosti (poznávanie, diferenciaciu, hodnotenie pohybov, osvojovanie si pohybových zručností). Fáza nácviku, osvojenia a upevnenia pohybov je dlhšia, častým opakovaním a tréningom sa pohyby stávajú presnejšie, diferencovanejšie a koordinovanejšie. Je potrebné venovať dostatok času postupnému odstraňovaniu chaotických a neúčelných pohybov. V prvom rade sa zameriavame na rozvíjanie hrubej motoriky, potom jemnej motoriky a rečovej motoriky. Pravidelne sa zaraďujú dýchové cvičenia zamerané na správny pohyb dýchacích svalov, zlepšujú sa tým tiež výsledky pri korigovaní narušenej komunikačnej schopnosti dieťaťa. Systematickými psychomotorickými cvičeniami sa odstraňuje motorická disharmónia, zlepšenie vizuálno-motorickej koordinácie, neúplnej predstavy o telesnej schéme a nedostatočného priestorového vnímania. Pomocou náčinia sa vytvára žiaduce svalové napätie, spájanie a koordinácia pohybov, rozvíjajú sa uchopovacie a hmatové reflexy. Špeciálne cvičenia na zmiernenie alebo odstránenie motorických nedostatkov sa zaraďujú pravidelne. Na zlepšenie motoriky detí s mentálnym postihnutím sa využívajú aj prvky muzikoterapie. Zvládnutie základných hygienických návykov a sebaobslužných činností závisí od individuálnych nedostatkov v koordinácii hrubej i jemnej motoriky jednotlivých detí.

Deti s mentálnym postihnutím **nemajú určené vzdelávacie štandardy** (obsahový štandard a výkonový štandard). Postupujú podľa určeného **obsahu vzdelávania** a **špecifických cieľov vzdelávania**.

2.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Výchova a vzdelávanie dieťaťa s mentálnym postihnutím v materskej škole sa uskutočňuje prostredníctvom týchto foriem denných činností:

- hry a činnosti detí,
- zdravotné cvičenia,
- vzdelávacie aktivity,
- pobyt vonku,
- odpočinok,
- činnosti zabezpečujúce životosprávu (osobná hygiena, stravovanie, stolovanie),
- individuálna logopedická intervencia,
- špeciálne cvičenia,
- rehabilitačná starostlivosť.

Všetky uvedené organizačné formy denných činností sú rovnocenné, nie je vhodné niektorú z nich preceňovať alebo podceňovať. Výchovno-vzdelávacia činnosť v materskej škole je nepretržitá a je potrebné v nej zabezpečiť celý rad špecifických faktorov a podmienok, pomocou ktorých dokážeme rozvíjať celú osobnosť dieťaťa s mentálnym postihnutím. Vzhľadom na mentálne postihnutie najväčšie problémy súvisia so získavaním a uchovávaním vedomostí, charakterizujú ich najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t.j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností. Z uvedeného vyplýva, že pre dosiahnutie čo najvyššieho stupňa samostatnosti a vzdelanosti je potrebné vo výchovno-vzdelávacom procese prikladať veľký význam práve špeciálnym metódam edukácie. Dôležitou súčasťou metód sú aj špeciálne metodiky.

Metódy edukácie detí s mentálnym postihnutím by mali byť čo najviac optimalizované a zároveň by mali spĺňať požiadavku špecifickosti. Ich úlohou je pri rešpektovaní osobitostí vyplývajúcich z individuality každého dieťaťa primeraným spôsobom zabezpečiť v súčinnosti s ostatnými súčasťami procesu edukácie dosiahnutie stanovených edukačných cieľov a uspokojenie špeciálnych edukačných potrieb mentálne postihnutých detí (Vančová a kol., 2007).

Ako uvádza Š. Vašek (2003), výber metód závisí od viacerých činiteľov:

- od druhu a stupňa postihnutia alebo narušenia detí,
- od cieľov a obsahu ich vzdelávania,
- od vybavenia školy i dieťaťa vhodnou kompenzačnou technikou atď.

Dôležitú úlohu zohráva spôsob sprostredkovania informácii v rámci výchovy a vzdelávania. Ako efektívne metódy využiteľné vo vzdelávaní detí s mentálnym postihnutím Š. Vašek ďalej uvádza:

- **metódu viacnásobného opakovania informácie** (umožnenie čo najpresnejšie prijať informáciu),
- **metódu nadmerného zvýraznenia informácie** (napr. predmet – pozadie),
- **metódu multisenzorického sprostredkovania informácie** (možnosť prijímania informácie viacerými zmyslami),
- **metódu optimálneho kódovania informácie** (zostavovanie znakov, grafém a pod. tak, aby boli čo najľahšie riešiteľné),
- **metódu sprostredkovania informácie náhradnými komunikačnými systémami** (pri absencii hovorenej reči),
- **metódu intenzívnej motivácie** (vyvolať čo najväčšiu motiváciu pre žiadané aktivity),

- *metódu modifikácie kurikula* (formálna a obsahová úprava obsahu edukácie),
- *metódu algoritmizácie kurikula* (rozloženie väčších celkov na menšie v logickej následnosti),
- *metódu zapojenia kompenzačných technických prostriedkov* (podľa druhu a stupňa postihnutia),
- *metódu postupnej symbolizácie* (od reálnych predmetov cez zmenšenie, k obrazom – symbolom),
- *metódu zapojenia náhradných kanálov* (napr. pri absencii vizuálneho kanála, taktilné a pod.),
- *metódu pozitívnej psychickej tonizácie* (snaha o vytvorenie psychickej pohody pre dieťa),
- *metódu využívania inštrukčných médií*,
- *metódu aplikácie individuálnych edukačných programov* (Vašek, 2003).

Pre dosiahnutie stanovených výchovno-vzdelávacích cieľov vo vzdelávaní detí s mentálnym postihnutím sa využívajú aj **špeciálne princípy a pravidlá**. Podľa A. Vančovej a kol. (2007) je potrebné rešpektovať nasledujúce princípy¹³:

- *princíp kompenzacionalizácie* – zameranie na rozvoj a využívanie kompenzačných mechanizmov jednotlivca,
- *princíp ortofunkcionalizácie* – vytváranie a rozvíjanie žiaducich funkcií postihnutého,
- *princíp hyperemocionalizácie* – posilňovanie „osobných citov“ a citového prežívania u postihnutých,
- *princíp detenzionalizácie* – uvoľňovanie tenzií, stavov napätia u postihnutých,
- *princíp substitucionalizácie* – nahrádzanie poškodených sensorických kanálov inými,
- *princíp synergetizácie* – spájanie podnetov a reakcií do celkov v záujme vyvolania väčších účinkov,
- *princíp individuálneho prístupu* – zohľadňovanie individuálnych špecifik a potrieb konkrétneho jednotlivca.

Pri vzdelávaní detí s mentálnym postihnutím je nevyhnutné citlivo vnímať konkrétne dieťa, poskytovať mu vhodné podnety a klásť na neho také nároky, ktoré sú v súlade s jeho potrebami a možnosťami.

¹³ V závislosti od stupňa MP (pozn. autora).

U detí s mentálnym postihnutím sa odporúča:

- ▶ prihliadať na stupeň mentálneho postihnutia, momentálny psychický a fyzický stav a vzhľadom na to prispôsobovať aj dĺžku jednotlivých činností a operatívne zaraďovať relaxačné chvíľky,
- ▶ usporiadať denné aktivity v dennom poriadku s dôrazom na vekové osobitosti a individuálne zvláštnosti detí,
- ▶ rešpektovať ich špecifický pohľad na svet, veci okolo nich, čo vychádza z odlišných skúseností detí s mentálnym postihnutím, ktoré sú ovplyvnené ich zdravotným postihnutím,
- ▶ k deťom pristupovať ako k individualitám a rozvíjať ich osobnosť vzhľadom na ich potenciál, spájať naučené schopnosti s praktickým využitím,
- ▶ podporovať proces sociálneho učenia, ktorý znamená osvojovanie si systémov noriem, hodnôt, postojov, ako aj schopnosti úspešne komunikovať a existovať v rôznych skupinách a prostrediach,
- ▶ vzhľadom na mentálne postihnutie aj rôzne pridružené poruchy, somatické, zdravotné oslabenia treba do jednotlivých denných a vzdelávacích aktivít zakomponovať špeciálnopedagogické postupy, metódy, metodiky zamerané na zlepšenie alebo zdokonalovanie narušených alebo postihnutých funkcií,
- ▶ zohľadňovať špecifiká vyplývajúce z mentálneho postihnutia,
- ▶ rešpektovať individuálne tempo detí s mentálnym postihnutím, ponechať deťom dostatok času na prácu, podľa potreby znížiť počet zadaných úloh a v prípade úspechu úlohy pridať napr. ako činnostnú odmenu,
- ▶ vyhnúť sa dlhšiemu vysvetľovaniu, primerane konkretizovať úlohy,
- ▶ voliť úlohy – činnosť adekvátnu ich schopnostiam primerane modifikovať,
- ▶ priebežne overovať porozumenie pokynom, požiadavkám, návrhom,
- ▶ pokyny rozdeliť na menšie časti (rozkrokovat') a ak je to potrebné, každú z nich individuálne zopakovať, názorne predviesť, najprv riešiť spoločne,
- ▶ usmerňovať pozornosť potrebným smerom s využitím neverbálnych signálov,
- ▶ udržiavať očný kontakt,
- ▶ často motivovať, povzbudzovať, poskytnúť pozitívnu spätnú väzbu,
- ▶ v akomkoľvek prístupe dbať na intenzívnu spätnú väzbu,
- ▶ pomôcť deťom s usporiadaním ich vecí, pomôcok, pracovného priestoru,
- ▶ odmeňovať každú snahu, nie iba výsledky,

- ▶ podporovať skupinovú prácu – kooperatívnu činnosť, ktorá im pomôže aj so sociálnou interakciou,
- ▶ zamerať sa na rozvoj hrubej motoriky, jemnej motoriky, oromotoriky,
- ▶ umožňovať seberealizáciu prostredníctvom vhodne vybraných hrových aktivít,
- ▶ zadávať zvýšený počet úloh na rozvoj nedostatočne rozvinutých funkcií,
- ▶ podporovať akúkoľvek formu verbálnej aj neverbálnej komunikácie,
- ▶ vytvárať podmienky pre špecifikovanú činnosť detí s rozdielnou náročnosťou,
- ▶ pravidelne striedať aktívne činnosti s odpočinkom (relaxáciou), – využívať terapeutické miestnosti,
- ▶ zabezpečiť dostatočnú mieru pomoci vzhľadom na ich individuálne potreby.¹⁴

V komunikácii sa odporúča:

- ▶ dbať na obsahovú jednoduchosť a jednoznačnosť svojich výpovedí,
- ▶ prispôbovať obsah rozhovoru úrovni myslenia detí s MP zohľadňujúc ich mentálny vek a nie kalendárny,
- ▶ zreteľne artikulovať, primerane rýchlo, formulovať kratšie, jednoduchšie vety, pokyny rozkrokovat', nespájať viac ako dva pokyny – inštrukcie v jednej vete, vzhľadom na stupeň mentálneho postihnutia a úroveň komunikačných schopností rozkrokovat' pokyn až na úroveň jedna veta – jedna inštrukcia,
- ▶ používať slová, ktoré majú deti vo svojej slovnej zásobe, nepoužívať významovo zložité, nadradené alebo abstraktné pojmy,
- ▶ podporiť prehovor vizualizáciou pomocou obrázkov,
- ▶ neustále nadväzovať očný kontakt,
- ▶ pri chybné vyslovených slovách, nesprávne použitých slovách využívať korektívnu spätnú väzbu – zopakovať slovo so správnou výslovnosťou alebo použiť správne slovo bez komentovania,
- ▶ tolerovať atypické neverbálne prejavy, podporovať každú formu komunikácie,
- ▶ pre zlepšenie výslovnosti spomaliť u detí tempo reči, využívať rytmizáciu,
- ▶ poskytnúť dostatok času na prehovor – odpoveď,
- ▶ v prípade potreby používať alternatívnu (náhradnú – mimika, gestá, posunky, znaky, symboly atď.) alebo augmentatívnu (pomáhajúcu, podpornú) komunikáciu, ktorú deti používajú aj v domácom prostredí.¹⁵

¹⁴ Spracované podľa: Lechta – Matuška (1995); Vančová a kol. (2007).

Vo vzdelávaní detí s mentálnym postihnutím, hlavne s ťažším stupňom MP, sa osvedčili *špeciálne metodiky*. Odporúčame nasledujúce.

Orofaciálna stimulácia

K rehabilitácii tejto oblasti sa využíva jemná taktilná stimulácia. Ide o tlakovú a vibračnú stimuláciu motorických bodov v oblasti úst a tváre, ktorou sa upravuje svalový tonus, podporuje sa činnosť mimických svalov, aktivuje sa hybnosť jazyka. Terapia pozitívne pôsobí na satie, žuvanie, prehĺtanie potravy. Využíva sa aj k ovplyvňovaniu správneho dýchania, k eliminácii nadmernej salivácie – slinotoku. Vedie k zlepšeniu artikulačnej schopnosti detí a zlepšuje ich celkovú verbálnu komunikáciu.¹⁶

Cvičenia orofaciálnej stimulácie sa odporúčajú aplikovať viackrát počas dňa, pred stolovaním, pred vzdelávacími aktivitami, počas odpočinku v čase, keď dieťa už nespí, sú súčasťou individuálnej logopedickej intervencie. Jednotlivé cvičenia sú indikované odborníkom a môžu ich vykonávať po krátkom zácvičku zákonným zástupcom, logopédom aj učiteľia alebo asistenti učiteľa.

Bazálna stimulácia

Koncept sa orientuje na všetky oblasti ľudských potrieb, poskytuje vhodné stimuly pre psychomotorický vývin detí s mentálnym postihnutím. Koncepcia má vypracované rehabilitačné techniky pre stimuláciu vnímania telesnej schémy – somatickú stimuláciu, vestibulárnu stimuláciu, vibračnú stimuláciu, takticko – haptickú stimuláciu, chuťovú, optickú, auditívnu a olfaktorickú stimuláciu.¹⁷

Bazálna stimulácia sa odporúča aplikovať v Snoezelen miestnosti, odporúča sa zaraďovať pred pohybovými cvičeniami, pred vzdelávacími aktivitami zameranými na grafomotoriku ako aktivizujúci prvok alebo naopak, uvoľňujúci prvok pri spazmoch rúk a prstov, odporúča sa zaraďovať v rámci relaxácie a pri utišovaní afektívnych stavov.

Snoezelen

Deti s mentálnym postihnutím (hlavne s ťažším stupňom MP) majú narušenú zmyslovú integráciu, nie sú schopné adekvátne usporiadať zmyslové informácie a primerane odpovedať na zmyslové podnety. Snoezelen je cielene vytvorené multisenzorické prostredie, ktoré v sebe zahŕňa vybavenie na stimuláciu všetkých zmyslov. V materskej škole sa odporúča jeho využitie ako forma terapie, relaxácie. Môže sa zaradiť v rámci vzdelávacej aktivity, hry a hrovej činnosti, pohybových a relaxačných cvičení.

¹⁵ Spracované podľa: Lechta – Matuška (1995); Vančová a kol. (2010).

¹⁶ Spracované podľa: Gangale (2004); Fábianová (2014).

¹⁷ Spracované podľa: Friedlová (2015).

Pri práci s deťmi v snoezelen miestnosti sa odporúča zameriavať hlavne na nasledujúce ciele: dosahovať radosť a uvoľnenie, vytvárať a posilňovať vzájomný vzťah a komunikáciu (dieťa – učiteľ), podnecovať medzi nimi vzájomnú interakciu, stimulovať zmysly a podporovať senzorické experimentovanie, u detí s ťažkým mentálnym postihnutím zistiť a rešpektovať zmyslovú toleranciu a eliminovať sebastimulujúce a stereotypné správanie.

Realizujú sa tu aktivity na stimuláciu zrakovú, sluchovú, hmatovú, vibračnú, čuchovú, chuťovú a na stimuláciu vestibulárneho a proprioceptívneho systému.¹⁸

Muzikoterapia

Muzikoterapia sa väčšinou realizuje v muzikoterapeutickej miestnosti, ktorú je možné využívať nielen počas vzdelávacej aktivity, ale hlavne ako oddychovú, relaxačnú miestnosť, kde deti pomocou netradičných hudobných nástrojov (napr. africké bubny, kalimba, dažďové police, hrkálky, melodické rúrky, kantela, ocean drum, štrbinové bubny, Tibetské misky) si zlepšujú motoriku, získavajú vnútorný pokoj, rovnováhu a eliminujú stavy nevhodného správania sa (agresivitu, sebapoškodzovanie, sebastimuláciu).

Augmentatívna a alternatívna komunikácia

Podstatou augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (ďalej aj „AAK“) je využívať schopnosti a možnosti, ktoré dieťa má, akékoľvek sú, s cieľom umožniť mu rýchlu, jednoduchú a efektívnu komunikáciu, ako sa len dá.

Termín „augmentatívna“ je definovaný ako proces podporovania existujúcej reči. Termín „alternatívna“ ako proces nahradzovania neexistujúcej reči (Štíhová a kol., 2014).

Pre používanie AAK sa odporúča v rámci jednotlivých organizačných foriem dňa intenzívne nacvičovať a rozvíjať nadväzovanie zrkového kontaktu, opätovanie úsmevu, reagovanie na reč druhej osoby (úsmev, vokalizácia, smiech a pod.), reagovanie na meno, zameranosť pozornosti, vedomé napodobňovanie (mimiku, zvuky, gestá a pod.), schopnosť striedať sa v komunikácii.¹⁹

U detí s mentálnym postihnutím v závislosti od ich individuálnych schopností a možností sa odporúča využívať:

- ▶ systémy, ktoré si nevyžadujú pomôcky, manuálne znaky (pre jednoduché znakovanie je u nás dostupné CD z firmy Petit „Když chybí slová“),

¹⁸ Spracované podľa: Filatová – Jankú (2010).

¹⁹ Spracované podľa: Šarounová a kol. (2014).

- ▶ systémy, ktoré si pomôcky vyžadujú, grafické znaky (reálne predmety, farebné obrázky, fotografie). Znaky sa vyberajú na základe ich užitočnosti, najviac sa osvedčili znaky spojené s rutinou a často opakovanými aktivitami.²⁰

Pre využívanie grafických znakov sa odporúča využívať:

- ▶ komunikačné knihy s kartičkami na suchý zips, s komunikačným prúžkom,
- ▶ komunikačné tabuľky (symboly sú zobrazené na dvojrozmernej karte), nevyužíva sa suchý zips. Slovná zásoba sa odporúča usporiadať podľa kategórií (oblečenie, činnosti, potraviny a pod.),
- ▶ komunikačné zážitkové denníky, do ktorých sa pravidelne dodávajú fotografie, symboly a popisy udalostí, ktoré dieťa prežilo.

Okrem netechnických pomôcok sa stále viac využívajú technické pomôcky, u detí s mentálnym postihnutím sa odporúča využívať:

- ▶ komunikátory (pomôcky s hlasovým výstupom) s jedným tlačidlom – s jednou nahratou informáciou (BigMac) vhodný pre deti s ťažším mentálnym postihnutím, s poruchou motoriky a s viacerými tlačidlami GoTalk so 4, 9, 20, 32 okienkami so symbolmi a nahratými informáciami na výber,
- ▶ počítače a komunikačné softvéry (na našom trhu dostupné programy pre rozvoj komunikačnej schopnosti a alternatívnu komunikáciu s možnosťou grafického výstupu v slovenskom jazyku a s možnosťou tlače – Boardmaker, Altík, Altíkové úlohy). Program Boardmaker je synchronný s komunikačnými tabuľkami GoTalk 4 – 32.
- ▶ tablety, ktoré zahŕňajú výhody najlepších jednúčelových pomôcok pre alternatívnu komunikáciu (dynamický dotykový display, prenosnosť, špeciálny obal, aplikácie pre AAK s ľahkou možnosťou individuálnej úpravy), u detí s MP sa osvedčili tablety s operačným systémom iOS, s komunikačnými aplikáciami (program GoTalk Now, niki talk +tweet). Pre operačný systém Android je vytvorený komunikačný software Tap To Talk, pre vytváranie komunikačných tabuliek šitých na mieru dieťaťa s hlasovým výstupom v slovenčine.²¹

²⁰ Spracované podľa: Štíhová – Kukunbergová – Vozárová – Jánošková (2014).

²¹ Spracované podľa: Šarounová a kol. (2014).

2.2.3 Odporúčané špeciálnopedagogické postupy

Špeciálnopedagogické postupy pre rozvíjanie reči

Logopedická intervencia patrí do kompetencie odborného zamestnanca – logopéda. Pomôcť pri rozvíjaní komunikačnej schopnosti však môžu aj učiteľky a asistentky učiteľa v materskej škole. Pre zlepšenie komunikačnej schopnosti detí s mentálnym postihnutím sa odporúča zaradiť prípravných cvičení na rozvíjanie komunikačnej schopnosti do rôznych organizačných foriem dňa (v spolupráci s logopédom). Odporúča sa tieto cvičenia zaradiť v rámci hier a hrových činností, pohybových a relaxačných cvičení, ako individuálna intervencia v čase popoludňajšieho odpočinku, po prebudení dieťaťa. Prácu s komunikačnými aplikáciami (Logopédia, Výučbové kartičky, program FONNO) je možné zaradiť aj do vzdelávacej aktivity.

Pre rozvíjanie reči sa odporúča zaradiť:

- artikulačné cvičenia (cvičenia zamerané na oromotoriku – motoriku hovoridiel – jazyk, pery, podnebnohltnanový uzáver),
- dychové cvičenia (učia sa dýchať nosom, hospodáriť s dychom, snažia sa o čo najdlhší výdych),
- cvičenia zamerané na vyludzovanie hlasu (rôzne citoslovčia, zvuky zvierat, predmetov a pod.),
- cvičenia zamerané na rozvoj zmyslového vnímania,
- cvičenia zamerané na rozvoj motoriky (jemnej motoriky, očných pohybov).

Pri cvičeniach sa odporúča dodržiavať nasledujúce zásady:

- cvičenia aplikovať formou hry, voliť jednoduché a všestranné hry,
- využívať názorné pomôcky, obrázky,
- hry, cvičenia čo najskôr zmeniť alebo ukončiť, pokiaľ deti o ne stratili záujem,
- náročnosť cvičení zvyšovať postupne, po malých krokoch, každý nasledujúci cvik je náročnejší ako predchádzajúci, ale je pre deti vzhľadom k ich individuálnym schopnostiam zvládnuteľný,
- deti chváliť už pri najmenšej snahe,
- využívať cvičenia, hry vychádzajúce z napodobňovania,
- neklásť dôraz na presnosť alebo rýchlosť prevedenia cviku,
- spresňovať a zrýchľovať cvik až potom, keď sa ho deťom darí napodobňovať.²²

²² Spracované podľa: Kutáľková (1996).

Špeciálnopedagogické postupy pre rozvíjanie motoriky

Pri rozvíjaní motoriky u detí s mentálnym postihnutím, vzhľadom na ich individuálne schopnosti a možnosti, sa odporúča:

- rešpektovať ich individuálny čas na získanie nových zručností, nácvik nových zručností rozdeliť na malé časti – rozkrokovat', prispôbiť pokyny k rozumovým a komunikačným schopnostiam detí,
- zaradiť dostatok opakovaní (deti sa učia intenzívnejšie s trvalejšími výsledkami),
- zamerať sa na striedanie menej náročných cvikov s kratšími prestávkami pred náročnými cvikmi s dlhšími prestávkami,
- začínať s cvičeniami, ktoré deti zvládnu (bez stresu), a ukončovať ich vždy s pocitom úspechu (motivácia k ďalšiemu cvičeniu), zameriavať sa na prežívanie radosti z cvičenia a nie na výsledok,
- prispôbiť dĺžku cvičenia individuálnym schopnostiam a možnostiam detí v závislosti od dosiahnutého vývinového stupňa a náročnosti cvičenia, pokiaľ deti strácajú záujem, je potrebné cvičenie modifikovať alebo prerušiť, prípadne ukončiť,
- zabezpečiť pokojné prostredie s primeraným množstvom podnetov, ktoré deti zbytočne nerozptyľujú, spájať cvičenia s aktuálnymi zážitkami detí, s ich blízkym okolím,
- využívať hudbu, riekanky, piesne, novosť v cvičeniach, činnostiach.

Pri rozvíjaní grafomotoriky sa odporúča:

- dbať na vhodný výber plochy, výber formátu (čím sú deti mladšie a s ťažším stupňom MP, tým potrebujú väčší formát), výber grafického a kresliaceho materiálu, odporúča sa objemnejší grafický nástroj, ktorý sa deťom dobre drží v rukách, zanecháva mäkkú, sýtu stopu (mäkké masné pastelky sýtych farieb, trojhranné celofarebné farbičky dostatočne dlhé, suché pastely, kriedy, uhlík, široké maliarske štetce, drevka, vatové tyčinky, špongia, vhodné sú rôzne násadky na ceruzy, colorball – rôznofarebná kresliaca vosková guľôčka pre dlaňový úchop, pieskové stoly a pod.), správnu polohu pri kreslení. Ďalej sa odporúča:
- zaradiť cviky na uvoľnenie (využíva sa bazálna stimulácia, uvoľňovacia alebo aktivizujúca masáž podľa individuálnych potrieb detí),
- pracovať na začiatku bez používania pomôcok, aby sa zlepšila motorika prstov (prstomaľba, vtlačanie a pod), využívať rôznorodé materiály, postupy (stimulujú sa viaceré oblasti vnímania),

- rešpektovať úchop detí nie vzhľadom na kalendárny vek, ale na ich individuálne schopnosti a možnosti, rešpektovať potrebu manuálneho vedenia od pohybu s plnou pomocou, s náznakom pomoci po symbolickú pomoc (pasívne vedenie pohybu prechádza do aktívneho),
- rešpektovať predstavivosť a fantáziu detí, tolerantne hodnotiť finálny výsledok, neopravovať, ako opravný prvok využívať viacnásobné opakovanie, napr. využiť rôzne farby farbičiek.²³

2.2.4 Požiadavky na organizáciu prostredia výchovno-vzdelávacieho procesu

Odporúčame:

- vytvárať prostredie s minimalizáciou rušivých podnetov z vonkajšieho prostredia, bez stresu a frustrácie, prostredie minimalizujúce nežiaduce prejavy správania,
- umiestniť deti v blízkosti učiteľa, s možnosťou dobrého očného kontaktu a s dobrým prístupom k deťom,
- rozmiestniť pomôcky tak, aby ich deti mali pred sebou, použiť iba tie pomôcky, ktoré bezprostredne potrebujú,
- odporúča sa podľa potreby vytvoriť individuálny pracovný kútik, aby pozornosť bola zameraná výlučne na danú činnosť alebo úlohu.

U niektorých detí s ťažším mentálnym postihnutím sa odporúča štruktúrované prostredie. Vzhľadom na problémy v komunikácii, vnímaní časopriestoru sa osvedčilo u týchto detí používanie režimových kariet, kde pomocou symbolov, ktoré deti používajú aj v rámci AAK, majú rozvrhnutý denný režim. Deti tak presne vedia, čo sa bude v priebehu dňa diať, aké činnosti ich čakajú, čo a v akom poradí majú robiť. Predchádza sa tak u detí úzkosti, nevhodným prejavom v správaní. Deti sa učia systematickej práci, ukončovaniu činnosti, prechodu od jednej aktivity k druhej. Odporúča sa u týchto detí vytvárať aj štruktúrované úlohy (krabicové úlohy, „šanonové“ úlohy). Pri ich plnení sa odporúča využívať pravidlo systému práce zľava doprava. Dodržiavanie tohto systému práce vypovedá aj o dĺžke trvania úlohy. Keď deti premiestnia komponenty z ľavej strany na pravú, úloha je splnená. Súčasťou tejto metodiky sú aj odmeny hneď po ukončení úlohy – série úloh. Odmena je súčasťou denného režimu vo forme

²³ Spracované podľa: Looseová – Piekertová – Dienerová (2001).

pochutiny (cukrík nalepený na kartičke), činnostnej odmeny (obrázok preferovanej činnosti), žetónu (smajlík).

Krabicové a „šanonové“ úlohy sa odporúčajú pre deti s ťažším mentálnym postihnutím aj kvôli možnosti prispôsobenia ich náročnosti priamo k individuálnym schopnostiam dieťaťa.²⁴

Vo výchovno-vzdelávacom procese sa odporúča využívať dostatok obrázkového, názorného, manipulačného materiálu, špeciálny softvér (napr. program Méd'a pre slovenský trh – Farby a tvary, Méd'a a obrázky, pre rozvoj reči – Logopédia, Výučbové kartičky, FONO program) a hardvér (napr. alternatívna myš Trackball, špeciálna klávesnica BigKeys LX, senzorová klávesnica, spínače, komunikátory, ergonomické pomôcky – držiaky, opierky).

Literatúra

BAJO, I. – VAŠEK, Š.: *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BARTOŇOVÁ, M. – BAZALOVÁ, B.– PIPEKOVÁ, J.: *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

ČADILOVÁ, V. – ŽAMPACHOVÁ, Z.: *Strukturované učení: vzdělávání děti s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-5.

FÁBIANOVÁ, A.: *Orofaciálna a bazálna stimulácia*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2014. ISBN 978-80-7311-145-8.

FILATOVÁ, R. – JANKÚ, K.: *Snoezelen*. Frídek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulační pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.

GANGALE, D. C.: *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0534-6.

JAKABČIC, I. – POŽÁR, L.: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 1995. ISBN 80-88778-11-5.

KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KUTÁLKOVÁ, D.: *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.

LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči*. Univerzita Komenského: Bratislava, 2000. ISBN 80-223-1395-5.

LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LECHTA, V. a kol.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

²⁴ Spracované podľa: Čadilová – Žampachová (2008).

LECHTA, V. – MATUŠKA, O.: *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Invocentrum, 1995.

LOOSEOVÁ, A. – PIEKERTOVÁ, N. – DIENEROVÁ, G.: *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. Praha: Portál, s. r. o., 2001. ISBN 80-7178-540-7.

PEJŘIMOVSKÁ, J. – ZELEIOVÁ, J. G.: *Dimenzie muzikoterapie*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2011. ISBN 978-80-8082-331-3.

PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálným postihnutím ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PONECHALOVÁ, D. – LIŠTIAKOVÁ, I.: *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. ISBN 978-80-970549-8-4.

POŽÁR, L.: *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.

ŠAROUNOVÁ, J. a kol.: *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha, Portál, s. r. o., 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠTIHOVÁ, A. – KUKUNBERGOVÁ, M. – VOZÁROVÁ, A. – JÁNOŠKOVÁ, T.: *Augmentatívna a alternatívna komunikácia v špeciálnej základnej škole*. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, 2014. ISBN 978-80-8118-116-0.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-889-0.

VANČOVÁ, A.: *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.

VANČOVÁ, A. a kol.: *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. ISBN 978-80-89113-30-9.

VAŠEK, Š.: *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

Výchova a vzdelávanie detí so sluchovým postihnutím v predprimárnom vzdelávaní

Iris Domancová, Klaudia Gušťačíková

Starostlivosť o dieťa so sluchovým postihnutím v rezorte školstva je súčasťou komplexného diagnostického, liečebného, rehabilitačného, psychologického a výchovno-vzdelávacieho pôsobenia. Nadväzuje na diagnostickú a liečebnú starostlivosť poskytovanú v rámci rezortu zdravotníctva. Začína od okamihu podozrenia na prítomnosť sluchového postihnutia a má charakter dlhodobého systematického a komplexného vytvárania podmienok pre optimálny vývin dieťaťa so sluchovým postihnutím, ktoré smeruje k celkovému rozvoju osobnosti dieťaťa so sluchovým postihnutím v súlade s jeho schopnosťami a špecifickými potrebami.

3.1 Charakteristika dieťaťa so sluchovým postihnutím v predškolskom veku

Sluchové postihnutie považujeme za **veľmi závažné postihnutie**, ktoré môže významne ovplyvniť rozvoj osobnosti dieťaťa. Dôležitý je vek, v ktorom vznikla porucha sluchu a druh a stupeň sluchového postihnutia. Významnú úlohu zohráva aj prístup rodiny k postihnutiu, včasná špeciálnopedagogická starostlivosť a spôsob komunikácie.

Problém sluchového postihnutia sa prejavuje predovšetkým v komunikácii a získavaní informácií. Táto skutočnosť ovplyvňuje jazykové a komunikačné kompetencie dieťaťa, ale aj sociálne vzťahy a celkový osobnostný vývin detí so sluchovým postihnutím. Sluchové postihnutie alebo porucha sluchu: nedoslýchavosť, ohluchnutie, či postupná strata sluchu ovplyvňuje dieťa so sluchovým postihnutím takmer vo všetkých oblastiach života (rodina, voľný čas, vzdelávanie, kultúra, sociálne vzťahy, neskôr zamestnanie a pod.).

Sluchové postihnutie alebo porucha sluchu je čiastočná alebo úplná strata sluchu. Sluchové postihnutie charakterizuje obmedzená možnosť vnímania sluchových podnetov, je to všeobecné označenie pre narušené sluchové vnímanie, teda prijímanie a spracovanie

zvukových informácií.

Klasifikácia porúch sluchu sa môže líšiť aj vzhľadom na vednú disciplínu (medicínu, pedagogiku sluchovo postihnutých, sociológiu, kultúrnu antropológiu ap.).

D. Tarcsiová (2008) uvádza, že v medicínskej literatúre sa najčastejšie stretávame s nasledujúcimi klasifikáciami porúch sluchu podľa:

1. príčiny poruchy sluchu,
2. času vzniku poruchy sluchu,
3. lokalizácie v sluchovom orgáne,
4. podľa stupňa poruchy sluchu.

1. Príčiny poruchy sluchu sú veľmi rôznorodé a rozdeľujú sa do 2 veľkých skupín:

- a) **kongenitálne (vrodené) poruchy sluchu:** poškodenie sluchu je prítomné a dokázateľné vhodnými testami pri narodení alebo z anamnézy,
- b) **získané poruchy sluchu:** poškodenie sluchu je získané hneď po narodení alebo v neskoršom veku, môže byť i progresívne zhoršovanie sluchu, ktoré sa pri narodení nevyskytovalo.

2. J. Davidson (1989 in Jakubíková, 2006) vymedzil poruchy sluchu **podľa času vzniku poruchy sluchu**. Rozoznáva dedičné (genetické), prenatálne, perinatálne a postnatálne sluchové postihnutie. Zároveň uvádza aj príčiny poruchy sluchu.

Dedičné a prenatálne sluchové postihnutie zapríčiňujú: dedičnosť (dnes je známych viac ako 400 syndrémov, pri ktorých je porucha sluchu alebo hluchota), choroba matky v gravidite, najmä v prvom trimestri, a to najmä osýpky, čierny kašeľ, rubeola, diabetes. Sluch plodu poškodzujú aj toxické látky a niektoré lieky.

Perinatálne obdobie začína krátko pred pôrodom, počas neho a zavŕši sa krátko po pôrode. Perinatálne poškodenia sú najmä poranenia hlavy, nedostatok kyslíka a novorodenecká žltáčka.

Postnatálne poškodenia sluchu u detí zapríčiňujú najmä infekcie, zápaly mozgu a mozgových blán, záškrt, mumps, šarlach, osýpky, ototoxické antibiotiká a úrazy hlavy.

Z pohľadu vývinovej perspektívy dieťaťa so sluchovým postihnutím je podstatné, či sa jedná o **prelingválnu** alebo **postlingválnu** poruchu, to znamená získanú **pred** alebo až **po** prirodzenom osvojení si reči.

3. Podľa toho, ktorá časť sluchového orgánu je poškodená (podľa lokalizácie v sluchovom orgáne), rozlišujeme nasledovné poruchy sluchu:

- a) **prevodová** – vo vonkajšom alebo strednom uchu je narušený mechanický prevod zvukového signálu, čo má za následok zoslabenie zvukového vnemu. Táto porucha sa

dá dobre kompenzovať zosilnením zvuku pomocou zosilňovacích aparátov alebo chirurgickým zákrokom. Dieťa s touto poruchou horšie počuje hlboké tóny, ľahšie vníma ženský hlas než mužský;

- b) percepčná** – poškodené sú vláskové bunky Cortiho ústroja vo vnútornom uchu alebo sluchový nerv, čo spôsobuje zníženú schopnosť vnímať a rozlišovať zvuky, dochádza k výraznému skresleniu zvukových vnemov. Rozsah poškodenia sa môže prejaviť ako ťažká strata sluchu až úplná hluchota. Zvyšovanie hlasitosti nepomáha, nedokáže totiž ovplyvniť kvalitu počutia. Dieťa zle počuje šepot, sykavky a vysoké tóny. Porucha sluchu je trvalá;
- c) centrálna** – poškodené sú štruktúry mozgu, ktoré zodpovedajú za spracovanie sluchového vnemu a uvedenie si obsahu a významu zvukových podnetov;
- d) zmiešaná** porucha sluchu – znamená, že je postihnutá prevodová aj percepčná časť sluchového orgánu súčasne.

4. Stupeň poruchy sluchu u dieťaťa so sluchovým postihnutím poskytuje informáciu o tom akú závažnú poruchu sluchu dieťa má. Každé narušenie sluchového vnímania u dieťaťa do určitej miery obmedzuje jeho komunikáciu a sociálny kontakt. Porucha sluchu nad 55 dB výrazne sťažuje počutie, porozumenie a aj osvojenie si hovorenej reči. Najväznejšie dôsledky pre výchovu a vzdelávanie dieťaťa so sluchovým postihnutím má stredne ťažká a ťažká prelingválna porucha sluchu, ktorú dieťa získalo pred osvojením reči.

V zmysle legislatívy vo výchovno-vzdelávacom procese rozoznávame nasledujúce kategórie detí so sluchovým postihnutím:

- 1. nepočujúce dieťa,**
- 2. nedoslýchavé dieťa,**
- 3. dieťa s kochleárnym implantátom.**

1. Nepočujúce dieťa je dieťa, u ktorého nastalo sluchové postihnutie v ranom veku (pre-peripostnatálnom veku), pred osvojením reči (v prelingválnom veku) v takej miere, že úplne stratilo sluch, alebo sluchové postihnutie je veľmi ťažké v dôsledku ochorenia, úrazu či nesprávnej liečby a pod. Strata sluchu u dieťaťa je taká veľká, že ani pri použití načúvacieho prístroja spravidla nie je schopné identifikovať a diferencovať hovorenú reč. Sluchové postihnutie môže byť vrodené alebo získané.

2. Nedoslýchavé dieťa pomocou načúvacieho prístroja môže čiastočne vnímať hovorenú reč a – aj keď obmedzene – auditívnou spätnou väzbou môže spravidla kontrolovať vlastnú reč

(podľa druhu a stupňa sluchového postihnutia). Sluchové postihnutie môže byť vrodené alebo získané.

3. Dieťa s kochleárnym implantátom alebo kochleárnymi implantátmi (KI) je dieťa s vnútroušnou implantáciou alebo implantátmi. Individuálne dispozície a individuálne možnosti vývinu u detí sú rozličné. Pokiaľ sa týmto deťom poskytne adekvátne lekárska, psychologická a špeciálnopedagogická starostlivosť a primerane sa zapojí najbližšie prostredie, väčšina týchto detí sa dokáže dobre orientovať sluchom. Hovorenej reči môžu rozumieť aj na základe sluchového vnímania. Vo vzdelávaní tejto skupiny detí so sluchovým postihnutím sa do popredia dostáva sluchová výchova – tréning sluchového vnímania a pozornosti.

Dieťa so sluchovým postihnutím môže mať i ďalšie **pridružené postihnutie** (telesné, zrakové, poruchy učenia, správania, motoriky, vnímania, pozornosti ap.)²⁵. Môže byť prítomné aj **nadanie**.

Špeciálnopedagogické pôsobenie predpokladá uvedomenie si špecifických potrieb každého dieťaťa so sluchovým postihnutím, ktoré vyplývajú z jeho sluchového postihnutia, prípadne aj z iného pridruženého postihnutia alebo nadania.

V procese výchovy a vzdelávania v materskej škole učiteľka zohľadňuje nasledovné **špecifiká u dieťaťa so sluchovým postihnutím**, ktoré môžu byť prítomné:

- narušená komunikačná schopnosť v lexikálno-sémantickej, morfológicko-syntaktickej, foneticko-fonologickej a pragmatickej rovine,
- pridružené poruchy reči: dyslália, dysprozódia (poruchy rytmu reči), dysfónia (poruchy hlasu), narušené dýchanie, fufnavosť, poruchy plynulosti reči a iné,
- poruchy pozornosti,
- poruchy krátkodobej a dlhodobej pamäti,
- ťažkosti pri identifikácii, zapamätávaní a reprodukcii objektov,
- ťažkosti pri myšlienkových operáciách (chápanie abstraktných pojmov),
- oneskorenie sociálno-emocionálneho vývinu,
- nedostatky vo vývine psychomotorických zručností,
- zníženú mieru koncentrácie a vytrvalosti pozornosti,
- nerovnomerné výkony,
- zvýšenú unaviteľnosť a iné (Domancová, 2010).

Väčšina detí má v dôsledku sluchového postihnutia ťažkosti s osvojením slovenského jazyka,

²⁵ Každé dieťa so sluchovým postihnutím s pridruženým postihnutím má svoje vlastné špecifické potreby a vyžaduje si individuálny prístup. Komunikácia je často ovplyvňovaná viacerými pridruženými postihnutiami. Niekedy je potrebné vytvoriť zjednodušený posunkový systém alebo použiť iné spôsoby nehovorenej komunikácie.

hovorenej reči.

U detí, ktoré majú stratu sluchu nad 71 dB, sa spontánne v bežnom spoločenskom živote hovorená reč nevytvára, u nedoslýchavých sa môže vyvíjať – ale v obmedzenom obsahu a pritom so značnými formálnymi chybami. Úlohou špeciálneho výchovno-vzdelávacieho procesu je, aby si dieťa pomocou iných zmyslov – zraku, hmatu aj na základe existujúceho sluchu, osvojovalo hovorenú reč.

Cieľ osvojovať si hovorenú reč je determinovaný spoločenskými požiadavkami – škola má pripraviť dieťa so sluchovým postihnutím pre život v spoločnosti. Integrácia do počujúcej spoločnosti je možná predovšetkým na základe osvojenej hovorenej reči.

Podľa A. Baráthovej (1992) častým problémom detí so sluchovým postihnutím je **narušený vývin reči**, ktorý sprevádzajú poruchy jemnej motoriky a koordinácie hlavne v oblasti hovoriadiel a rúk, často spojené ešte s celkovou telesnou a svalovou disharmóniou (asymetrické držanie hlavy, chybné držanie tela alebo nefyziologické dýchanie). To výrazne ovplyvňuje tvorbu hlások – správnu artikuláciu hlavne sykaviek, t, d, n, l, r a artikulačnú obratnosť. Súčasťou je často i porucha pozornosti, problémy v koordinácii ruka – oko, predovšetkým pri prekrížení pohybu.

Z vonkajších príznakov sú často nápadné:

- ▶ pootvorené pery, ľahký dotyk zubov na pere, jazyk medzi zubami alebo dieťa tlačí na predné zuby, anomálie chrupu,
- ▶ svalové napätie pier oslabené, nevyrovnané, jazyk má oslabenú strednú časť, prehĺbenie a silnú okrajovú časť, skrátaná jazyková uzdička, nadmerná aktivita brady, málo výrazná mimika,
- ▶ problémy pri prehltaní: nadmerný tlak pier, vysúvanie jazyka medzi zuby,
- ▶ rôzne poruchy výslovnosti alebo tzv. špecifický logopedický nález (Baráthová, 1992).

Väčšina detí so sluchovým postihnutím **nevie správne dýchať**, dýchacie svalstvo je málo vyvinuté. Nevyvíja sa preto, lebo dieťa so sluchovým postihnutím dostatočne nepoužíva hlas. Dieťa so sluchovým postihnutím v dojčenskom období a období batolaťa málo kričí, málo bľaboce a džavoce. Keď by už podľa fyzického veku malo hovoriť, dieťa ani nehovorí, ani nespieva. Rôznymi cvičeniami je potrebné dbať na postupné zväčšovanie vitálnej kapacity pľúc. Je mimoriadne dôležité naučiť deti so sluchovým postihnutím v čo najranejšom veku zhlboka dýchať a dych vedome ovládať.

Nevyhnutné pre tvorbu spontánneho a prirodzeného hlasu u dieťaťa sú **dychové uvoľňovacie cvičenia**, ktoré majú nezastupiteľné miesto. Podstatou dychových cvičení je striedanie hlbokého vdychu a výdychu. U malých detí začíname činnosťou, ktorá uvádza do pohybu

dýchacie svalstvo.

Pre rozvíjanie reči detí so sluchovým postihnutím treba vytvoriť v maximálnej miere analogické podmienky ako sú tie, v ktorých sa rozvíja reč počujúcich detí. Pri organizovaní podmienok, za ktorých sa u detí so sluchovým postihnutím rozvíja reč, treba prejsť aj k rešpektovaniu ich psychických osobitostí. Vytváraním vhodných podmienok sa predchádza nedostatkom v poznávacej oblasti, vo formovaní sociálnych vzťahov.

Komunikačné potreby sa u dieťaťa so sluchovým postihnutím vyskytujú skôr, ako je dieťa schopné osvojovať si hovorenú reč. Kvalitatívne odlišnosti sa ukazujú v prvých začiatkoch nadväzovania sociálneho kontaktu v modalite komunikácie. Pre dieťa so sluchovým postihnutím je prirodzené, že sa pri spracovávaní informácií opiera o tie komunikačné formy, ktoré vie spracovať.

Nepočujúce dieťa je schopné osvojiť si univerzálne charakteristiky jazyka, napr. význam symbolu, prisudzovanie sémantickej hodnoty, priradovanie symbolov a ich analýza ako zmysluplného celku, štruktúrovanosť symbolu a pod. V najväčšej miere sa táto schopnosť narábať s jazykovým systémom bez osvojenia si hovorenej reči prejavuje v tom, že dieťa si osvojuje posunkovú reč. I napriek tomu, že existujú rozdielnosti v jazykových systémoch hovorenej a posunkovej reči, skúsenosť s posunkovou rečou u nepočujúceho dieťaťa môže rozvíjať tie univerzálne charakteristiky jazyka, ktoré obsahuje i hovorená reč: pojem, symbolické vyjadrenia slova – posunku, významová hodnota slova – posunku ako znaku, vytváranie syntaktických štruktúr, pragmatická funkcia dorozumieť sa a pod. (Antušeková – Matuška, 1992).

Pokiaľ sa nepočujúce dieťa v materskej škole oboznamuje okrem hovorenej reči aj s posunkami, osvojí si dieťa skúsenosť, že komunikácia má obsah, je nositeľom informácií, že v komunikácii možno "manipulovať" s okolitým svetom. Zo skúseností s komunikáciou dieťa porozumie tomu, že komunikačným kontaktom môže niečo dosiahnuť, uspokojiť sa, žiadať. Tak sa nepočujúce dieťa učí rozvíjať komunikáciu ako potrebu.

Rozvíjanie posunkovej reči sa uskutočňuje podľa predpokladov a možností detí so sluchovým postihnutím. Deťom sa sprístupňujú jednotlivé pojmy v slovenskom posunkovom jazyku. Veľký význam má tvorenie a rozvíjanie posunkovej reči u detí so sluchovým postihnutím s pridruženými postihnutiami.

Vzhľadom na to, že slovenský posunkový jazyk je silnou sociálnou hodnotou v komunite nepočujúcich, rozvíjame aj túto formu komunikácie.

U detí so sluchovým postihnutím sú spravidla prítomné nejaké, hoci len nepatrné zvyšky sluchu. Ich prostredníctvom sa môžu učiť vnímať a reagovať na zvuky. Po potvrdení sluchovej poruchy je potrebné, aby nepočujúce a nedoslýchavé dieťa nosilo vhodné načúvacie prí-

stroje. Navykanie dieťaťa na počúvanie cez načúvacie prístroje si vyžaduje podľa veku diferencovaný, špeciálny tréning, ktorý realizujeme najmä prostredníctvom sluchovej výchovy.

Oblasť socializácie je u detí so sluchovým postihnutím ovplyvnená narušenou komunikačnou schopnosťou a schopnosťou komunikovať. Podľa D. Tarcsiovej a S. Hovorkovej (2002) v dôsledku nedostatku informácií o tom, čo sa okolo dieťaťa deje, je prítomné často aj impulzívne správanie. Tým, že dieťa nemá dostatok informácií ani zvukové pozadie, cíti sa byť izolované. Nedostatočná orientácia v priestore znižuje pocit istoty a bezpečnosti.

3.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí so sluchovým postihnutím

Predprimárne vzdelávanie v špeciálnych materských školách pre deti so sluchovým postihnutím a v materských školách bežného typu zabezpečuje optimálny vývin dieťaťa so sluchovým postihnutím. Vychádza zo všeobecných vývinových zákonitostí s rešpektovaním špecifik vyplývajúcich zo sluchového postihnutia.

Dieťa so sluchovým postihnutím môže byť vzdelávané

- a) v materskej škole pre deti so zdravotným znevýhodnením – v špeciálnej materskej škole pre deti so sluchovým postihnutím,
- b) v špeciálnej triede pre deti so sluchovým postihnutím materskej školy,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii.

Úlohou predprimárneho vzdelávania je pripraviť dieťa so sluchovým postihnutím na povinnú školskú dochádzku.

Predpokladom úspešnosti vzdelávania detí so sluchovým postihnutím je **včasná diagnostika a včasná špeciálnopedagogická komplexná rehabilitácia a starostlivosť**. Úlohou predškolského zariadenia je optimálne rozvíjať a podnecovať tie špecifické možnosti a schopnosti, ktoré sú vývinovo neopakovateľné a nenahraditeľné, aktuálne práve len v predškolskom veku. Materská škola pripravuje dieťa so sluchovým postihnutím na školu tým, že vytvára všeobecné elementárne základy na učenie v škole, posilňuje sebadôveru dieťaťa, privyká ho na pravidelnosť, zodpovednosť atď.

Pri výchove a vzdelávaní detí so sluchovým postihnutím postupujeme podľa **Vzdelávacieho programu pre deti so sluchovým postihnutím pre predprimárne vzdelávanie, 2017** (ďalej aj „Vzdelávací program pre deti so sluchovým postihnutím, 2017“).

S prihliadnutím na sluchové postihnutie sa špecifiká prejavujú najmä v dosahovaní komunikačných kompetencií dieťaťa so sluchovým postihnutím na konci predprimárneho vzdelania.

Dieťa so sluchovým postihnutím

- nadväzuje a vedie dialóg a rozhovor s deťmi i dospelými v slovenskom alebo slovenskom posunkovom jazyku alebo v posunkovanej slovenčine,
- prijíma a porovnáva informácie z rôznych médií na základe zrakového vnímania a sluchového vnímania podľa druhu a stupňa postihnutia,
- vyjadruje a komunikuje svoje myšlienky v slovenskom alebo slovenskom posunkovom jazyku alebo v posunkovanej slovenčine,
- chápe jazyk (reč) ako komunikačný prostriedok.

Špeciálna materská škola pre deti so sluchovým postihnutím²⁶ alebo materská škola sa výrazne podieľa aj na špeciálnopedagogickej diagnostike dieťaťa so sluchovým postihnutím. V priebehu dochádzky do predškolského zariadenia špeciálny pedagóg úzko spolupracuje s rodičmi, psychológom, školským logopédom, centrom špeciálnopedagogického poradenstva, ako aj s ďalšími odborníkmi, lekárom, rehabilitačným pracovníkom a inými.

Predprimárne vzdelávanie detí so sluchovým postihnutím sa s prihliadnutím na druh a stupeň sluchového postihnutia uskutočňuje v týchto **komunikačných formách**:

Hovorený jazyk je jazykový systém slovenského jazyka realizovaný prostredníctvom zvuku, hlások jazyka vnímaných sluchom. Hovorený jazyk má auditívnu, vizuálnu a motoricko-vizuálnu formu (počúvanie, čítanie, hovorenie, písanie). Realizuje sa v hovorenej a písanej reči.

Písomná forma jazyka je významný doplnok komunikačných prostriedkov v procese vzdelávania detí so sluchovým postihnutím, umožňuje hovorený jazyk vnímať vizuálne.

Slovenský posunkový jazyk pozostáva z posunkov a tie z manuálnych komponentov, ktoré sú produkované rukami a ramenami a nemanuálnych komponentov, kde patrí výraz tváre, pohľad, pohyby hlavy, pohyby hornej časti tela a orálne komponenty. Slovenský posunkový jazyk má všetky podstatné vlastnosti jazyka vrátane gramatického systému. Má viacero odlišností od hovoreného jazyka. Niektoré deti si posunkový jazyk osvojujú ako svoj prvý jazyk. Posunkový jazyk má motoricko-vizuálnu formu a realizuje sa v posunkovej reči. Je prirodzeným jazykom nepočujúcich osôb.

²⁶ Môže byť zriadená špeciálna materská škola, ale aj materská pre deti so sluchovým postihnutím ako súčasť Spojenej školy, ktorá je zameraná tradične na vzdelávanie detí a žiakov so sluchovým postihnutím. Súčasťou takejto Spojenej školy môže byť okrem špeciálnej materskej školy, či materskej školy pre deti so sluchovým postihnutím aj základná škola, prípadne stredná škola.

Posunkovaná slovenčina využíva komunikačné prostriedky slovenského posunkového jazyka a gramatický systém slovenského hovoreného jazyka. Posunkovaná slovenčina nie je prirodzeným jazykom nepočujúcich osôb.

Prstová abeceda je samostatný komunikačný systém alebo môže byť súčasťou slovenského posunkového jazyka a posunkovanej slovenčiny. Prstová abeceda sa realizuje prstami, vo väčšine prípadov znázorňuje tvar písaného alebo tlačeného písmena a používa sa na sprostredkovanie písmen hovoreného jazyka. Prostredníctvom prstovej abecedy sa deti so sluchovým postihnutím učia spájať písmená do slov, spoznávajú článkovanosť hovoreného jazyka, a tak si vytvárajú a rozvíjajú slovnú zásobu.

Odzeranie je sledovanie pohybov pier, sánky a jazyka zrakom a súčasné analyzovanie a porozumenie sledovanej hovorenej reči. Predpokladom dobrého odzerania je vybudovaná slovná zásoba v hovorenom jazyku.

Pomocné artikulačné znaky sú umelo vytvoreným systémom prstových znakov, ktoré uľahčujú identifikáciu hlásky zvukového jazyka pri artikulácii, využívajú pri tom jednu alebo viacero charakteristík slovenských hlások napr. znelosť, neznelosť, nosovosť, postavenie jazyka, miesto a spôsob artikulácie. Tento systém je zameraný na dopĺňanie odzerania, umožňuje „vidieť“ tie hlásky, ktoré sa ťažko odzerajú z úst.

Realizáciu komunikačných foriem umožňujú **kvalitné elektro-akustické pomôcky, kompenzačné pomôcky** i rôzne **informačné zdroje** (Domancová, 2010).

V procese predprimárneho vzdelávania využívame aj prvky **alternatívnej a augmentatívnej komunikácie**.

Súčasťou výchovy a vzdelávania detí so sluchovým postihnutím je využívanie **surdopedických metód**, pomocou ktorých je možné v daných podmienkach čo najoptimálnejším spôsobom sprístupniť obsah predprimárneho vzdelávania deťom so sluchovým postihnutím.

V výchovno-vzdelávacom procese sa využívajú spravidla **polysenzorické metódy** práce s dieťaťom so sluchovým postihnutím, ktoré sa môžu realizovať:

- **s použitím posunkov** (totálna komunikácia, simultánna komunikácia a bilingválny prístup),
- **bez použitia posunkov** (orálna metóda).

Z **monosenzorických metód** sa vo výchovno-vzdelávacom procese detí so sluchovým postihnutím uplatňuje auditívno-verbálna metóda.

Totálna komunikácia je prístup k vzdelávaniu detí so sluchovým postihnutím, ktorý je definovaný ako filozofia využívajúca vhodné aurálne, manuálne a orálne spôsoby komunikácie tak, aby sa zabezpečila efektívna komunikácia s deťmi so sluchovým postihnutím a záro-

veň tiež medzi nimi. Do totálnej komunikácie patria všetky známe prístupy vo vzdelávaní a formy komunikácie, záleží od potrieb konkrétneho dieťaťa, ktoré v danej situácii pedagóg použije. Cieľom totálnej komunikácie je využitie všetkých dostupných a vhodných komunikačných prostriedkov k rozvoju individuality dieťaťa so sluchovým postihnutím a k vytvoreniu a uchovaniu čo najvčasnejšej komunikácie (Domancová, 2010).

Simultánna komunikácia je samostatný komunikačný systém alebo môže byť súčasťou totálnej komunikácie. Predstavuje používanie kombinácie hovoreného a posunkového jazyka, prípadne aj prstovej abecedy. Znamená to, že osoba, ktorá simultánne komunikuje, používa bezhlasné (artikulované) alebo hlasné hovorené slová a posunky toho istého významu so zámerom zviditeľniť hovorenú reč. Cieľom simultánnej komunikácie je priblíženie systému hovoreného jazyka prostredníctvom komunikačných prostriedkov posunkovej komunikácie – posunkov a prstovej abecedy.

Bilingválny prístup predstavuje vzdelávanie nepočujúcich detí v dvoch rovnocenných jazykoch, posunkovom a hovorenom jazyku, pričom sa oba jazyky používajú samostatne. Cieľom bilingválneho prístupu je zabezpečenie jazykového a kognitívneho vývinu prostredníctvom posunkového jazyka, ktorý môžu nepočujúce deti vizuálne bez problémov vnímať a učiť sa ho. Ďalšie ciele sa týkajú začlenenia nepočujúceho dieťaťa do spoločnosti nepočujúcich aj počujúcich ľudí, čo mu umožní znalosť dvoch jazykov a úsilie o akademické vzdelanie nepočujúceho dieťaťa, ktoré umožňuje osvojenie si hovoreného jazyka prostredníctvom vzdelávania v posunkovom jazyku.

Orálna metóda kladie dôraz na komunikáciu cez hovorenú reč a čítanie s maximálnym využitím zvyškov sluchu. Je orientovaná na využívanie vnímania všetkými zmyslami, zameriava sa na zrakový kontakt a tiež podporu vnímania zvukov.

Auditívno-verbálna metóda venuje všetku pozornosť len rozvíjaniu reziduálneho sluchu prostredníctvom vysokovýkonných načúvacích prístrojov alebo kochleárneho implantátu a individuálne vypracovaného programu.

Okrem metód sa využívajú **aj terapie – muzikoterapia, dramaterapia, arteterapia a iné.**

V nadväznosti na zvolené surdopedické metódy **špecifikom** na stupni predprimárneho vzdelávania detí so sluchovým postihnutím je aj **tréning vnímania taktilných, vibračných a motorických pocitov, tréning sluchového vnímania, rytmicko-pohybová výchova, osvojovanie si posunkového jazyka.**

Sluchová výchova a nácvik odzerania

„Za terapiu možno považovať aktivity, ktoré pôsobia proti následkom (sluchového) postihnutia“ (Leonhardt, 2001, s. 141).

Cielené aktivity, ktoré stimulujú sluch a reč u detí s *prelingválnym sluchovým postihnutím*, nazývame **sluchovou výchovou**. Tieto aktivity pomáhajú v tom, aby sa deti so sluchovým postihnutím mohli lepšie orientovať v akustickom prostredí. V sluchovej výchove sa aplikujú pedagogické metódy a sluchové pomôcky. Najprv treba vzbudiť pozornosť dieťaťa, aby vnímalo reč a akustické javy. Pri tomto procese zohráva dôležitú úlohu podpora rodičov a pedagógov. Keď sa jedná o deti s postlingválnym ohluchnutím, hovoríme o sluchovom tréningu. V tomto prípade má dieťa so sluchovou poruchou spravidla určité sluchové skúsenosti a má zachovanú slovnú zásobu. Účelom je, aby to obnovili, rozvinuli (Leonhardt, 2001).

Sluchová výchova sa snaží, aby si dieťa so sluchovým postihnutím uvedomovalo, že existuje zvuk, uvedomovalo si jeho význam, aby vnímalo zvukové podnety. Môžeme to nazývať aj ako edukácia sluchu (Schmidtová, 1995). Individuálnou sluchovo-rečovou výchovou sa korigujú rečové zručnosti a rečové chyby. Rozvíjame tým artikuláciu, melódiu, dynamiku a rytmus reči a aj správne dýchanie tak ako aj tvorbu hlasu (Leonhardt, 2001).

M. Schmidtová (1995, s. 2 – 3) uvádza ďalšie prístupy pri sluchovej výchove:

- psycho-emocionálne hľadisko, ktoré pomáha vyrovnať sa so svetom, so situáciou,
- odzeranie reči je dôležité preto, aby reč mohli vnímať nielen sluchom, ale aj zrakom; je to dlhodobý proces, vyžaduje si veľa trpezlivosti,
- vnímanie rytmu je dôležité aj pre nepočujúce deti: podporuje reč, ale aj pamäťové funkcie,
- motorika a hrubá motorika môže pôsobiť aj na správnu motoriku reči.

Sluchová výchova je základom rehabilitačného procesu u detí so sluchovým postihnutím, čo si vyžaduje čas a trpezlivosť. Táto výchova pomôže deťom, aby dokázali využívať zvyšky sluchu počas celého dňa, čo je aj cieľom sluchových cvičení.

Sluchové cvičenie začíname vnímaním vibrácie pomocou hmatu. Rozvoj reči a používanie sluchu je veľmi individuálne. J. Roučková (2011) považuje za chybu, keď hneď po pridelení načúvacieho prístroja sa skúšajú sluchové reakcie dieťaťa, lebo ešte má málo alebo žiadne skúsenosti s počutím.

Pravidlá, ktoré je potrebné dodržiavať, sú podľa J. Roučkovej (2011, s. 37 – 38) nasledujúce:

- nosenie a kontrolovanie načúvacieho prístroja a kochleárneho implantátu celý deň,
- je potrebné audiologické vyšetrenie a rešpektovanie vývinového stupňa,

- zvuky okolia a v pozadí môžu byť veľmi rušivé pre deti, preto ich treba odstrániť (niektoré zvuky ich vyrušujú, pričom bežní počujúci človek ich nevníma ako rušivé, vie ich selektovať a priradiť im význam),
- pri sluchových hrách môžeme využiť najobľúbenejšie hračky,
- dieťa treba chváliť a povzbudiť,
- optimálna vzdialenosť na komunikáciu je 1 – 1,5 meter,
- aktívne cvičenie sluchu má väčší význam,
- opakovanie je nevyhnutné, pričom treba opakovať tak, aby sa dieťa nenudilo a malo o aktivitu záujem.

Sluchová výchova, spolu s **nácvikom zrakového vnímania**, ktoré je dôležité pre odzneranie, sa často využíva v procese rečového vývinu u detí so sluchovým postihnutím. **Odzneranie** je schopnosť jedinca vnímať zrakom tvár hovoriacej osoby a pochopiť obsah povedanej informácie, pričom osoba, ktorá odzerá sleduje pohyby úst, mimiku tváre, výraz očí, gestikuláciu a celkovú náladu hovoriacej osoby (Janotová, 1999).

Odzneranie *patrí k súčasťi rehabilitácie* u detí so sluchovým postihnutím na predprimárnom stupni vzdelávania. Odzneranie je nesmierne dôležité pre rečový vývin dieťaťa ako komunikačná forma, aj keď nie vždy plnohodnotná najmä u nepočujúcich detí. Je dobre trénovať v tejto oblasti aj nedoslýchavé deti, ktoré používajú načúvacie prístroje. Môžu totiž nastať situácie, keď budú bez načúvacieho prístroja, prípadne aj deti, ktoré majú menej funkčný či nefunkčný kochleárny implantát, prípadne keď kochleárny implantát nepoužívajú (v bazéne, v telocvični, pri športe a pod.).

Odzneranie *sa považuje za dôležitú zložku orálneho prístupu*, je tiež nevyhnutnou súčasťou dlhodobej logopedickej starostlivosti u detí so sluchovým postihnutím v predškolskom a neskôr aj v školskom veku.

Odzneranie *je náročná činnosť* vyžadujúcu dostatočný nácvik, pozornosť a koncentráciu. Základným predpokladom je dostatočne rozvinuté zrakové vnímanie. S touto schopnosťou sa deti so sluchovým postihnutím nenarodili, nie je pre ne samozrejmá, vyžaduje si dlhodobý tréning, ktorý nemusí byť u každého úspešný.

K odzneraniu nikdy dieťa nenútime. Odzneranie má aj svoje obmedzenia. Nie je možné odznerať stále a celý deň, bez prestávky. Nemožno odznerať v tme, v skupine, pri väčšej vzdialenosti. Odzneranie si vyžaduje určité dispozície, ktoré je nevyhnutné u detí so sluchovým postihnutím neustále rozvíjať a stimulovať. Nesúvisí s inteligenciou, ale s určitými schopnosťami. Pri nácviku odznerania a správnej artikulácie si môžu deti v predškolskom období pomáhať aj hmatom.

S rozvojom odzerania sa dieťa lepšie naučí rozumieť vetám a slovám. Odzeranie cvičíme formou hier a cvičení, pri ktorých sa snažíme rozvíjať najmä zrakové vnímanie (Holmanová, 2002). Aj keď považujeme odzeranie za dôležitú súčasť sluchovej a aj rečovej výchovy, nie je považované za plnohodnotnú komunikáciu človeka (Potměšil, 1999).

V procese výchovy a vzdelávania dieťaťa so sluchovým postihnutím je potrebné zabezpečiť nasledujúce **podmienky pre odzeranie**:

- ▶ Najvhodnejšia vzdialenosť medzi tvárou dieťaťa a hovoriacej osoby sa odporúča 50 až 150 cm. Nemožno teda očakávať, že pri hromadných akciách a podujatiach (napr. Deň matiek, karneval a pod.) bude dieťa úspešne odzerať. V takom prípade treba zabezpečiť tlmočníka posunkového jazyka.
- ▶ Tvár oboch komunikujúcich by mali byť v rovnakej výške.
- ▶ Predmet (situácia), o ktorom (ktorej) hovoríme, musí byť dieťaťu známa. Odporúčame využiť napríklad obrázky, nákresy, konkrétne predmety.
- ▶ Dieťa musí vedieť o čom hovoríme, treba ho vopred upozorniť na tému a dieťa aktívne zapájať do rozhovoru a vzájomnej komunikácie.
- ▶ Odporúča sa rešpektovať jazykové schopnosti a jazykovú úroveň každého dieťaťa.
- ▶ Pri komunikácii používame bežný hovorový jazyk, nerozprávame skomolene, zjednodušene, je potrebné používať správnu gramatiku (napr. v posunkovom jazyku znie veta: „Julka piť vodu“, ale my ju povieme správne: „Julka pije vodu“.).

Pri komunikácii s dieťaťom so sluchovým postihnutím rešpektujeme aj tieto nasledujúce odporúčania:

- ▶ Dieťa so sluchovým postihnutím upozorníme na začiatok komunikácie jemným chytením za rameno, iným dotykom, prípadne zrakovo zachytiteľným signálom (ak ide o pokyn celej triede, skupine). Zvukový signál používajte iba v prípade, že ste si istí, že dieťa so sluchovým postihnutím na signál spoľahlivo reaguje.
- ▶ Dbáme na to, aby dieťa so sluchovým postihnutím stále používalo načúvací prístroj/načúvacie prístroje (pribežne kontrolujeme nastavenie hlasitosti načúvacích prístrojov, prípadne aj funkčnosť batérií v prístrojoch).
- ▶ S dieťaťom so sluchovým postihnutím udržiavajte pravidelný zrakový kontakt. Uistite sa, že sú vaše ústa dobre osvetlené, viditeľné. Výslovnosť nepreháňajte, ani nekričte. Hovorte prirodzeným tempom. Uist'ujte sa zmenou otázky, prípadne preformulovaním vety, či dieťa rozumie.
- ▶ K práci s dieťaťom so sluchovým postihnutím podľa potreby prizveme asistenta učiteľa.

- ▶ Napriek tomu, že dieťa má primerané a vhodné kompenzačné pomôcky (načúvací prístroj alebo kochleárny implantát) komunikácia v skupine môže byť práve načúvacími prístrojmi zhoršená, a to napr. v jedálni, kde je veľký hluk a to dieťaťu môže vadieť.
- ▶ Načúvacie prístroje síce zosilňujú zvuky okolia, ale porozumenie reči nemusí byť vždy dokonalé. Niektoré zvuky z okolia môžu pôsobiť rušivo a dieťa s načúvacím prístrojom ich nemusí vždy správne analyzovať, čo spôsobuje zhoršené porozumenie reči, slovnej informácii.
- ▶ Odporúčame sedieť vpredu, do kruhu a hovoriť tak, aby dieťa na vás a na vaše ústa dobre videlo.
- ▶ Počutie a porozumenie sú dve rozdielne skutočnosti. Dieťa môže počuť, zareagovať, avšak nemusí vždy rozumieť. Porozumenie je nevyhnutnou podmienkou pre úspešnú komunikáciu. Táto schopnosť vyžaduje porozumenie akustických správ, pričom sa opiera o poznatky o jazyku a predchádzajúce skúsenosti a vedomosti.

Vyučovací jazyk

V zmysle platnej legislatívy má nepočujúce dieťa právo na vzdelávanie v slovenskom posunkovom jazyku. Výchovu a vzdelávanie nepočujúcich detí v slovenskom posunkovom jazyku zabezpečujú špeciálni pedagógovia, ktorí ovládajú slovenský posunkový jazyk, primárne nepočujúci špeciálni pedagógovia, ktorí sú prirodzenými používateľmi tejto formy komunikácie.

Používanie posunkového jazyka predstavuje riešenie osvojovania si jazyka ako systému hlavne u nepočujúcich detí, v niektorých prípadoch (ťažká nedoslýchavosť, pridružené postihnutia) i u nedoslýchavých detí.

Individuálny vzdelávací program

V prípade potreby dieťa so sluchovým postihnutím postupuje podľa **individuálneho vzdelávacieho programu**. Pre dieťa so sluchovým postihnutím, ktoré postupuje podľa individuálneho vzdelávacieho programu, je individuálny vzdelávací program vytváraný s prihliadnutím k aktuálnemu stavu dieťaťa a podľa jeho individuálnych schopností. Individuálny vzdelávací program je vypracovaný v súlade so Vzdelávacím programom pre deti so sluchovým postihnutím (2017).

3.2.1 Kompenzačné pomôcky a technické pomôcky

Medzi základné kompenzačné pomôcky patria načúvacie prístroje a kochleárne implantáty a je potrebné, aby ich dieťa so sluchovým postihnutím nosilo a malo aj v predškolskom zariadení. Túto skutočnosť, ako aj ďalšie pravidlá ich používania a obsluhy je potrebné dohodnúť s rodičmi.

Dieťa so sluchovým postihnutím môže nosiť jeden načúvací prístroj alebo jeden kochleárny implantát, alebo načúvacie prístroje alebo kochleárne implantáty na obidve uši.

Deti v predškolskom zariadení spravidla nedokážu zvládnuť obsluhu načúvacích prístrojov, prípadne procesora kochleárneho implantátu. Je však prirodzené, že do materskej školy by mali prísť s nimi, teda mali by ich mať na ušiach. Za nosenie načúvacích prístrojov alebo kochleárnych implantátov zodpovedajú rodičia. Pokiaľ rodičia vodia dieťa do predškolského zariadenia bez funkčnej kompenzačnej pomôcky je potrebné túto skutočnosť riešiť s rodičmi a vedením predškolského zariadenia, prípadne s vedením školy. Tiež je potrebné dohovoriť s rodičmi, aby dieťa malo v predškolskom zariadení náhradné batérie.

Pre materskú školu, ktorá vzdeláva deti so sluchovým postihnutím odporúčame zabezpečiť aj nasledujúce **kompenzačné a didaktické pomôcky: indukčné slučky, televízor, internet, FM systém.** FM systém je systém pozostávajúci z mikrofónu, vysielača, prijímača. Učiteľka, prípadne iná osoba, ktorá je s dieťaťom, nosí mikrofón na sebe. Tento mikrofón je pripojený k vysielaču, ktorý nosí dieťa. Počas toho, ako učiteľka alebo logopéd rozpráva, prenáša sa signál cez FM vlny priamo do prijímača, ktorý má dieťa bez skreslenia či straty hlasitosti. Dieťa tento FM systém môže používať prakticky kdekoľvek, teda aj v školskom prostredí. Jeho veľkou výhodou v procese výchovy a vzdelávania je to, že dieťa dostáva priame čisté a neskreslené rečové vzory, ktoré mu odborník povie, čo zvyšuje a napomáha k lepšiemu rozvoju sluchu a reči u dieťaťa so sluchovým postihnutím (Hovorková, 2017).

3.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Dieťaťu so sluchovým postihnutím je potrebné zabezpečiť v rámci denných činností a aktivít *individuálnu logopedickú intervenciu a špeciálne cvičenia zamerané na reedukáciu a kompenzáciu sluchového postihnutia.* Je potrebné rešpektovať aj vývinové etapy a zároveň individuálne špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby vzhľadom na to, či je dieťa nepočujúce, nedoslýchavé a/alebo má kochleárny implantát.

Dôležitou súčasťou špeciálnopedagogickej – logopedickej, surdopedickej intervencie je spolupráca s rodičom, učiteľmi, psychológom, odbornými zamestnancami centra špeciálnopedagogického poradenstva a ostatnými odborníkmi v celom procese intervencie.

Špeciálne cvičenia zamerané na reedukáciu a kompenzáciu sluchového postihnutia

Pri každej činnosti sa človek musí neustále orientovať vo svojom prostredí. Táto orientácia sa v maximálnej miere opiera o zmyslový odraz okolitého sveta uskutočňovaný pomocou našich zmyslových orgánov – analyzátorov. Hlavný význam pri zmyslovom vnímaní prostredia má činnosť zrkovného analyzátoru. Okrem zrkovného vnímania na zmyslovom odraze prostredia sa podieľajú aj čuchové, hmatové a sluchové vnemy. Vnímanie prostredia pomocou sluchu je spoľahlivým doplnkom vizuálneho poznávania.

Súčasťou rozvíjania komunikačných zručností je aj rozvíjanie schopnosti využívať intaktné zložky vnímania v komunikačnom procese.

Zrak je hlavným zdrojom predstáv o okolitom svete. Zrakom sa dieťa so sluchovým postihnutím oboznamuje s tvarom, farbou a veľkosťou predmetov, pozoruje všetku činnosť vo svojom životnom prostredí. Zrak je kompenzačným zmyslom pre sluch, zrkové vnímanie kompenzuje vnímanie sluchové. Umožňuje dieťaťu so sluchovým postihnutím odzerať. Aby dieťa so sluchovým postihnutím používalo zrak ako kompenzačný činiteľ, je potrebné zrkové vnímanie rozvíjať a zdokonaľovať.

Hmat je zmyslovým odrazom objektívneho sveta a tvoria ho kožné a motorické pocity. Sú to spojené recepty v koži, v svaloch a zhyboch ruky. Hmatom si nepočujúce dieťa dopĺňa informácie, poznanie, ktoré získalo prostredníctvom zrkovného analyzátoru. Dôležitý význam pre dieťa so sluchovým postihnutím má hmat pri tvorení hovorenej reči a kontrolovaní pocitov.

Taktilno-vibračné pociťovanie je druhom kožného pociťovania. Sú to vlastné kontaktné pocity, ktoré vznikajú pri priamom dotyku pokožky s predmetom (pocity dotyku, tepla, chladu, bolesti, vibrácie). Rozvíjanie vibračnej citlivosti u detí so sluchovým postihnutím má veľký význam pri tvorení a rozvíjaní rečových schopností. Niektoré vibrácie vznikajúce pri artikulácii zachytáva dieťa so sluchovým postihnutím priložením dlane k hrdlu, na rameno, pred ústa hovoriaceho atď.

U samohlások (A, E, I, O, U) vnímame chvenie dlaňou na hrdle, u nosových spoluhlások (M, N, ...) vnímame chvenie prstom na nose, u výbušných hlások (P, T, B, D, K, ...) cítime náraz vzduchu na palci alebo na dlani pred ústami, u znelých hlások (L, J, ...) vnímame dla-

ňou na hrdle. Takto môže dieťa zachytiť jednotlivé hlásky, môže rozlíšiť tempo reči, teplý, studený, rýchlý prúd. Technické pomôcky (mikrofón, zosilňovač, vibrátor, fonátor) môžu nácvik uľahčiť a zlepšiť komunikačné schopnosti detí so sluchovým postihnutím.

Kinestetické pocity vznikajú pri pohyboch tela alebo jeho jednotlivých častí ruky, hlavy a pod. Kinestetická citlivosť sa rozvíja s citlivosťou taktílnou pri ohmatávaní predmetov. Nepočujúce deti nemajú možnosť sluchom kontrolovať a korigovať správnosť svojich pohybov. Rozvíjanie kinestetickej kontroly je potrebné pri osvojovaní športovej, pracovnej činnosti, artikulácii atď. Dieťa so sluchovým postihnutím nevystačí len so zrakovým pozorovaním; je potrebné, aby dieťa nové činnosti, pohyby vyskúšalo a uvedomilo si ich. Malo by sa naučiť pohyby analyzovať, diferencovať a vedieť ich neskôr samo správne používať. Kinestetické podnety vznikajú aj pri hovorení. Vychádzajú z vlastných artikuláčnych orgánov a na ich základe vznikajú v príslušnej mozgovej kôre pocity. Na vnímanie, resp. vytváranie hovorenej reči u detí so sluchovým postihnutím chýba sluchová kontrola, preto kinestetické vnímanie pri vytváraní reči má u detí so sluchovým postihnutím svoje opodstatnenie. Pri tvorení rečových schopností je potrebné usmerňovanie a kontrola správnych artikuláčnych pohybov pri hovorení.

3.2.3 Personálne zabezpečenie výchovy a vzdelávania

V zmysle príslušnej legislatívy výchovu a vzdelávanie dieťaťa so sluchovým postihnutím zabezpečujú pedagogickí a odborní zamestnanci.

Ak si to vyžaduje výchova a vzdelávanie dieťaťa so sluchovým postihnutím v závislosti od závažnosti jeho zdravotného znevýhodnenia a na základe odporúčenia centra špeciálnopedagogického poradenstva, poskytujú dieťaťu odbornú starostlivosť aj ďalší odborní zamestnanci a tlmočník posunkovej reči.

Starostlivosť **školského logopéda** je nevyhnutnou súčasťou predprimárneho vzdelávania detí so sluchovým postihnutím.

Asistent učiteľa sa spravidla podieľa na utváraní podmienok nevyhnutných na prekonávanie najmä jazykových, zdravotných a sociálnych bariér dieťaťa so sluchovým postihnutím pri zabezpečovaní výchovno-vzdelávacieho procesu.

Tlmočník posunkovej reči podľa potreby tlmočí nepočujúcemu dieťaťu z hovoreného jazyka do posunkového a naopak. Od tlmočníka posunkovej reči sa vyžaduje dobrá znalosť slovenského posunkového jazyka a slovenského jazyka.

Procesu výchovy a vzdelávania nepočujúcich detí sa zúčastňujú aj nepočujúci pedagógovia.

3.2.4 Materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania

Prostredie triedy by malo byť estetické. Vzhľadom na to, že ide o deti so sluchovým postihnutím a napriek tomu, že majú prítomnú poruchu sluchu od ľahšej po najťažšiu, je vhodné, aby prostredie bolo situované v pokojnejšej, tichšej časti školy, dostatočne izolované od hluku a aby bolo vizuálne podnetné.

Uvádzame nasledujúce odporúčania:

- ▶ nemal by doliehať prílišný hluk z okolia, okná by nemali byť orientované na hlučnú, frekventovanú ulicu,
- ▶ pokiaľ je trieda na slnečnej strane a príliš osvetlená, odporúča sa, aby na oknách boli závesy, žalúzie, ktoré by zabraňovali oslňovaniu a vytvorili tak vhodné podmienky na vizuálnu komunikáciu s dieťaťom (odzveranie, posunková komunikácia a pod.),
- ▶ triedy aj celkový priestor a areál predškolského zariadenia by mali byť kvalitne a primerane osvetlené, v prípade internátnych materských škôl dostatočné osvetlenie aj na chodbách, najmä v období zimného času a vo večerných hodinách.

Pre deti so sluchovým postihnutím v materskej škole možno odporučiť nasledujúce **didaktické pomôcky**:

Vizuálne pomôcky:

- sady obrázkov k jednotlivým témam,
- obrázkové pexesá, loto, obrázkové karty,
- vymaľovávanky, domaľovávanky, obresľovačky,
- fotografie,
- manipulačné knižky,
- detské obrázkové knižky, ilustrované knižky,
- detské encyklopédie,
- slovníkové encyklopédie,
- detské časopisy, komiksy,
- hračky na korekciu reči.

Audiovizuálne a auditívne pomôcky:

- náučné CD programy,
- multimedialne hry,

- rozprávky v slovenskom posunkovom jazyku,
- programy a hry so slovenským posunkovým jazykom,
- zvukové hračky,
- detské hudobné nástroje (Orffove hudobné nástroje),
- klávesový nástroj, syntetizátor,
- nahrávky zvukov okolia, zvierat,
- rôzne hudobné skladby na rozlíšenie rytmu, zvuku,
- hračky, ktoré reagujú na zvuk, slovo,
- akustické hračky so svetelnou signalizáciou, prípadne s vibráciou,
- dataprojektory,
- interaktívne tabule.

Poznámka: kompenzačné pomôcky a didaktické pomôcky na uľahčenie komunikácie sú uvedené v kapitole 3.2.1.

Literatúra

BARÁTHOVÁ, A.: *Rozvíjanie komunikačných zručností sluchovo postihnutých detí predškolského veku v integrovaných podmienkach*. Nitra: Dominant, 1992. MPC Nitra.

DOMANCOVÁ I.: Vzdelávací program pre deti a žiakov so sluchovým postihnutím ISCED 0,1a 2 (2009). In *Školská reforma a inovácie vzdelávania detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením*. Bratislava: HauFo-František Hauskrecht, 2010, s. 28 – 32.

HOLMANOVÁ, J.: *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, spol. s r.o., 2005. ISBN: 80-7216-213-6.

HOVORKOVÁ, S.: *FM systém*. [online] [cit. 2017-03-23]. Dostupné na: <http://infosluch.sk/wp/porucha-sluchu/kompenzacnepomocky/fm-system/>.

JAKUBÍKOVÁ, J. a kol.: *Detská audiológia*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2006. ISBN 80-891049-9-1.

JUNGWIRTHOVÁ, I.: *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015. ISBN:978-80-262-0944-7.

LEONHARDT, A.: *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967180-8-8.

MATUŠKA, O. – ANTUŠEKOVÁ, A: *Rozvíjanie reči sluchovo postihnutých detí raného a predškolského veku*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-08-01202-1.

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia. Bratislava: EKOVYS, spol. s r. o., 2001. ISBN 80-968689-1-8.

POTMĚŠIL, M.: *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-715-4.

ROUČKOVÁ, J.: *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-932-3.

SCHMIDTOVÁ, M.: *Sluchová výchova*. Banská Bystrica: Metodické centrum Banská Bystrica, 1995. ISBN 80-8041-078-X.

SCHMIDTOVÁ, M.: *Orálne a auditívno-verbálne prístupy vo vzdelávaní detí a žiakov so sluchovým postihnutím*. Bratislava: MABAG, 2009. ISBN: 978-80-89113-66-8.

TARCSIOVÁ, D. – HOVORKOVÁ, S.: *Máme dieťa so sluchovým postihnutím, ...čo ďalej?* Nitra: Efeta, 2002-a. ISBN 80-968584-5-9.

TARCSIOVÁ, D.: *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry*. Bratislava: Sapientia, 2005-a. ISBN 80 –969112-7-9.

TARCSIOVÁ, D.: *Pedagogika sluchovo postihnutých* (vybrané kapitoly). Bratislava: Mabag, 2008. ISBN 978-80-89113-52-1.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Odporúčaná literatúra²⁷:

BEDNÁŘOVÁ, J. – ŠMARDOVÁ, V.: *Diagnostika dítěte předškolního věku*. 1. vyd. Praha: CPress, 2007. ISBN 978-80-251-1829-0.

COCHLEAR: *Test „šest’ Lingových’’ zvukov* [online] [cit. 2017-03-06]. Dostupné na: http://www.cmi.sk/download/LingSoundCards_SK.pdf.

HOLMANOVÁ, J.: *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, spol. s r.o., 2005. ISBN: 80-7216-213-6.

JUNGWIRTHOVÁ, I.: *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál, 2015. ISBN:978-80-262-0944-7.

LINCZÉNYIOVÁ, G. – SCHLOSSEROVÁ, M.: *Diagnostika u sluchovo postihnutých detí*. Metodické centrum Banská Bystrica, 1999. ISBN 80-8041-253-7.

MATUŠKA, O. – ANTUŠEKOVÁ, A: *Rozvíjanie reči sluchovo postihnutých detí raného a predškolského veku*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-08-01202-1.

MIKULAJOVÁ, M. – DUJČÍKOVÁ, O.: *Tréning fonematického uvedomovania podľa D. B. Elkonina*. Metodická príručka. Bratislava: Dialóg, 2001. ISBN 80-968502-1-0.

ROUČKOVÁ, J.: *Cvičení a hry pro děti se sluchovým postižením*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-932-3.

SCHMIDTOVÁ, M.: *Sluchová výchova*. Banská Bystrica: Metodické centrum Banská Bystrica, 1995. ISBN 80-8041-078-X.

²⁷ Uvádžame iba niekoľko príkladov odbornej literatúry, predpokladáme však, že učiteľky, asistenti učiteľa, špeciálni pedagógovia a ďalší, ktorí sa zaoberajú problematikou výchovy a vzdelávania dieťaťa so sluchovým postihnutím túto literatúru poznajú. Zároveň chceme zdôrazniť, že treba sledovať a študovať súčasnú odbornú literatúru, prípadne informácie získať od odborných zamestnancov z ČŠPP.

Výchova a vzdelávanie detí so zrakovým postihnutím v predprimárnom vzdelávaní

Jana Lopúchová

4.1 Charakteristika dieťaťa so zrakovým postihnutím v predškolskom veku

Deti predškolského veku so zrakovým postihnutím (ďalej aj „ZP“) majú svoje špecifické znaky a charakteristiky, na základe ktorých ich môžeme ďalej diferencovať do skupín na základe rôznych kritérií. V prevažnej miere sú to *oftalmologické kritériá*, predovšetkým kritérium zrakovej ostrosti, ale aj *špeciálnopedagogické a pedagogicko-psychologické kritériá*.

Z *oftalmologického hľadiska* k základným kritériám patrí *zraková ostrosť a rozsah zorného poľa*. Jednotlivé poruchy a choroby sú precíznejšie deskribované v MKCH-10 (10. revízia s platnosťou od 1. 1. 2017), kde sú popísané ako *Choroby oka a jeho adnexov (H00-H59)*²⁸. Ďalším dôležitým kritériom zo *špeciálnopedagogického hľadiska* sú čas vzniku postihnutia, druh a tiež stupeň postihnutia, pretože okrem iného majú podstatný vplyv na rozvoj psychiky zrakovo postihnutých a na ich vývin. Avšak čo je podľa nás najdôležitejšie, je *poznanie a pochopenie dôsledkov* poškodenia zraku na život a edukáciu dieťaťa.

Dôsledky porúch zraku na život a na výchovno-vzdelávací proces dieťaťa so zrakovým postihnutím v predškolskom veku

Deti so zrakovým postihnutím majú v dôsledku zníženej (alebo nulovej) priepustnosti optického kanála príjem zrakových informácií výrazne znížený alebo úplne znemožnený, v dôsledku čoho majú špecifické výchovno-vzdelávacie potreby v mobilite a priestorovej orientácii, v komunikácii prostredníctvom písanej reči, v sebaobsluže, ale aj pri transformácii

²⁸ Podrobnejšie informácie nájdete na webovej adrese: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0700.pdf>.

optických informácií na poznatky. Niektoré poznatky sa nevytvoria vôbec (najmä také, ktoré sú bezprostredne viazané na príjem optických informácií), napr. farba (Vašek, 2011).

Vzhľadom na to sú potom *výchovno-vzdelávacie ciele* a tiež ciele viažuce sa na proces *sociálizácie dieťaťa* so zrakovým postihnutím zamerané na vytváranie relatívne uceleného systému poznatkov, na dosahovanie gramotnosti prostredníctvom špeciálnych výchovno-vzdelávacích metód, na dosahovanie samostatnosti v priestorovej orientácii a mobilite, na vytváranie pozitívnych sociálnych vzťahov k okoliu, na nácvik samostatnosti a individuálnej sebestačnosti podľa možností dieťaťa, na rozvíjanie kreativity a iných daností a na prijateľné vyrovnávanie sa s postihnutím.

S ohľadom na zaužívané členenie jednotlivcov s poruchami zraku na štyri základné skupiny – ***nevidiaci (slepota), čiastočne vidiaci (zvyšky zraku), slabozrakí (slabozrakosť) a jednotlivci s poruchami binokulárneho videnia*** – kopíruje toto členenie aj okruhy dôsledkov a špecifik, ktoré sú príznačné pre tú ktorú skupinu. Poznanie týchto dôsledkov a špecifik pedagógmi považujeme za dôležité najmä z hľadiska saturácie ich špeciálnych potrieb.

Slepota

Slepotu považujeme za najťažšiu zrakovú poruchu, ktorá sa prejavuje úplným nevyvinutím, úplnou alebo takmer úplnou stratou výkonnosti zrakového analyzátora a tým nemožnosťou zrakového vnímania. Je to neschopnosť vnímať čokoľvek okolo seba zrakom a absentuje vizuálna kontrola. Medzi nevidiace osoby zaraďujeme nielen *osoby s absolútnou stratou zraku, ale aj osoby so zachovaným svetlocitom a/alebo zachovanou svetelnou projekciou (príp. ich kombináciou) a osoby s praktickou slepotou.* Slepota je ireverzibilný pokles centrálnej zrakovkej ostrosti pod 3/60; pričom rozoznávame slepotu *úplnú a praktickú.*

Pri *úplnej slepote* evidujeme nulový vízus, žiadnu vizuálnu kontrolu; v plnom rozsahu sa využívajú a rozvíjajú kompenzačné činitele. Pre pedagogickú prácu je dôležité, či je dieťa nevidiace od narodenia, alebo stratilo zrak v neskoršom veku.

Praktická slepota je charakterizovaná vízusom 1/60 a menej alebo zúžením zorného poľa na 10 % a menej pri akejkoľvek zrakovkej ostrosti, pričom nezúžené zorné pole je 180°. Dieťa má veľké problémy samostatne sa pohybovať v priestore. V edukačnom procese je zrak prakticky nevyužitelný a je evidentná *prevaha kompenzačných činností.* V rámci odporúčaní sa akcentuje *rozvíjanie kompenzačných mechanizmov*, najmä sluchu, hmatu, chuti, čuchu, propriocepcie.

Dôsledky slepoty sa prejavujú najmä v nemožnosti vytvárania vizuálnych vnemov a predstáv a v nemožnosti poznávania okolitého sveta zrakom, v značnom obmedzení a sťažení

priestorovej orientácie a mobility, v sťaženej možnosti získavať informácie prostredníctvom zraku, v problémoch v oblasti sebaobsluhy, komunikácie a tiež problémy v nadväzovaní sociálnych kontaktov.

Zvyšky zraku (čiastočné videnie)

Deti, ktoré majú zvyšky zraku (čiastočné videnie), síce v obmedzenej miere, ale predsa majú zachované zvyškové vizuálne funkcie, aj keď väčšina z nich nie je schopná samostatne sa orientovať prostredníctvom zraku. Z oftalmologického hľadiska ide približne o *vízus od 6 % do 1,5 % normy* (Čajka, 1986).

Skupina jednotlivcov so zachovanými zvyškami zraku sa na jednej strane často považuje aj za slabozrakých, na strane druhej sa neziereka stretávame s pokusmi priradiť týchto jednotlivcov ku skupine nevidiacich. Pre jednoduchšie rozhodnutie uvedieme ako kritérium *samostatnosť a sebestačnosť dieťaťa*. V takomto prípade by sme mohli povedať, že k jednotlivcom so zvyškami zraku by sa dali zaradiť tie deti, ktoré dokážu zvyšky zraku využiť v prospech seba samého a zabezpečiť si vizuálnou cestou saturáciu prevažnej väčšiny svojich potrieb (životných aj špeciálnych). Naopak, deti so zvyškami zraku, ktoré nedokážu využiť zvyšky zraku v prospech seba samého a saturácie svojich potrieb vizuálnou cestou a je potrebná výrazná pomoc zo strany iných, zaradíme ku skupine nevidiacich.

Dôsledky vplývajúce na život a na edukačný proces sa prejavujú najmä vo výraznom *znižení, skreslení alebo obmedzení možností zrakovej práce, vo vytváraní nesprávnych a nekompletných predstáv, vo výraznom znížení schopnosti vizuálne sa orientovať v priestore, v maximálnom znížení schopnosti čítať bežný tlačený text*. U týchto detí sa vo výchove, vzdelávaní a komplexnej starostlivosti uplatňuje *individuálny prístup*. Využívajú sa metódy reedukácie a rehabilitácie s výraznejšou prevahou metód kompenzačných. Primerané zaťažovanie zraku deťom po vizuálnej stránke neublíži, ale naopak, stimuláciou a správnu zrakovou podporou sa ich zrakové možnosti rozvíjajú a deti sa tak naučia používať zrak pri rôznych činnostiach.

Slabozrakosť

Slabozrakosť je porucha zrkového vnímania – zväčša orgánového charakteru, *so znížením zrakovej ostrosti na 1/4 až 1/20* (pre veľmi zjednodušenú predstavu vysvetlenie zlomku 1/20: dieťa so zrkovým postihnutím vidí z jedného metra to, čo intaktné dieťa z dvadsiatich metrov), ktorá sa prejavuje čiastočným nevyvinutím, znížením alebo skresľujúcou činnosťou zrkového analyzátoru obidvoch očí, a tým poruchou zrkového vnímania (Čajka, 1986).

Skupina slabozrakých detí je výrazne *heterogénna*. Môžeme sem zaradiť jednotlivcov s mnohými poškodeniami samotného oka alebo jeho funkcií, resp. ich kombináciami, napr. *farboslepé deti, deti s albinizmom, astigmatizmom, nystagmom, krátkozrakosťou, ďalekozrakosťou, zeleným zákalom, atrofiou očného nervu, vrodeným šedým zákalom*.²⁹

Základnou charakteristikou skupiny slabozrakých je *znižená schopnosť vizuálneho vnímania*. Deti ani pri využití bežných korekčných prostriedkov nie sú väčšinou schopné (bez špeciálnopedagogickej intervencie) úspešne zvládnuť požiadavky zrakovej práce, pretože sú limitované stupňom slabozrakosti a kombináciou jednotlivých porúch zraku.

Dôsledky slabozrakosti môžeme pre veľkú variabilitu zastúpenia a kombinácií jednotlivých porúch zraku uviesť len v tej najvšeobecnejšej rovine. Najčastejšie je to *vytváranie nepresných, neúplných alebo skreslených predstáv, zníženie rýchlosti a presnosti zrakového vnímania, rýchla zraková únava, narušenie priestorovej orientácie*, ktoré je zastúpené v rozličnom rozsahu a je viazané na príslušný druh zrakového poškodenia. Problémy sa prejavujú *v oblasti mikroorientácie aj makroorientácie, býva znížená schopnosť realizácie bežných grafických a praktických činností*, ktoré si vyžadujú adekvátnu úroveň zrakovej kontroly.

Odporúčania vyplývajú z heterogénnosti skupiny detí so slabozrakosťou podobne ako požiadavka na realizáciu *individuálneho prístupu* k nim. Vo výchovno-vzdelávacom procese sa u detí so slabozrakosťou v plnej miere využívajú *špeciálnopedagogické metódy*, a to najmä reedukačné a rehabilitačné s doplnkovým využitím kompenzačných metód. Pri väčšine optických korekčných prostriedkov (dioptrické okuliare, teleskopické okuliare, turmóny, lupy a pod.) je sprievodným znakom to, že *zuzujú zorné pole* dieťaťa. Mimoriadne dôležitá je aj *voľba vhodného osvetlenia*.

Poruchy binokulárneho videnia

Skupina detí s poruchami binokulárneho videnia je v rámci zrakového postihnutia *najpočetnejšou skupinou a tvoria ju najmä deti v ranom a predškolskom veku* (cca 4 – 8 % celkovej populácie). Poruchy binokulárneho videnia sú spravidla funkčné, a teda reparabilné. Medzi tieto poruchy zaradíme *amblyopiu, strabizmus a monokulus*. Binokulárne videnie umožňuje lepší odhad vzdialeností, zosilňuje jasnosť (a tým aj viditeľnosť) objektu a zabezpečuje vnímanie tretieho rozmeru, teda vytvára sa dojem plastiky.

²⁹ Podrobnejšie informácie o jednotlivých poruchách zraku, ich dôsledkoch aj edukačných stratégiách nájdete na webovom sídle <https://www.komposyt.sk/blind/>.

Dôsledky tupozrakosti a strabizmu sa prejavujú najmä *v znížení zrakových schopností, v poruchách zrakovej ostrosti, v poruche vnímania priestoru, v poruchách čítania* (zvyšuje sa počet regresných pohybov, dĺžka fixačných prestávok, býva znížená rýchlosť a kvalita čítania), *v poruchách písania* (zvýšený výskyt grafomotorických chýb, nerešpektovanie línií, nedodržiavanie veľkosti písma a chyby v častiach písma), *v poruchách zrakových predstáv* (bývajú nejasnejšie a chudobnejšie, ich vytváranie je zdĺhavejšie, predstavy sú menej presné a menej farebne sýte), *v poruchách zrakovej analyticko-syntetickej činnosti* (tendencia zamieňať asociácie podobné za totožné), *v zúžení zorného poľa, v poruchách vizuálno-motorickej koordinácie* (zníženie rýchlosti pohybov v priestore, zníženie presnosti pohybov, znížená obratnosť) *a v narušení sociálnych vzťahov* (Hronek – Kratochvílová – Rýmlová, 1972).

Vo všeobecnosti by sme však mohli povedať, že narušenie zrakových funkcií *veľmi individuálne* vplýva na každé dieťa v inej miere. Pozorujeme *problémy v komunikácii, v sebaobsluže, v priestorovej orientácii a samostatnom pohybe*. Vzhľadom na diagnózu dieťaťa je potrebné zvoliť *primerané tempo práce*.

4.1.1 Dieťa raného a predškolského veku so zrakovým postihnutím

V predškolskom veku dochádza k *fyzickému rastu dieťaťa, rozvoju jeho motoriky a pohybových funkcií, poznávacích schopností*, vyvíja sa *v sociálno-emocionálnej oblasti* a osvojuje si *komunikačné kompetencie a základy spoločenského správania*. Predškolský vek je okrem iného obdobím iniciatívy, dieťa má potrebu aktivity a sebaapresadzovania.

U dieťaťa s ťažkým zrakovým postihnutím takáto potreba vôbec nemusí vzniknúť, najmä ak sa u dieťaťa nevytvárajú potrebné kompetencie, prostredníctvom ktorých by sa táto potreba satureovala.

U dieťaťa, ktoré sa narodí nevidiace alebo ktoré stratí zrak v priebehu raného detstva, sa podstatne menia *podmienky pre poznávanie okolitého sveta*. Za ideálnych okolností zdravé dieťa poznáva svet *všetkými zmyslami*, ktoré má k dispozícii. Nevidiace dieťa môže vnímať okolitý svet len zmyslovými modalitami, ktoré mu zostali zachované. Prítomné sú tak špecifická *v kognitívnej oblasti* vyplývajúce z niektorej z porúch zraku alebo ich kombinácii.

Dieťa má odlišný spôsob *poznávania sveta*, ktorý môže byť *priamy* – zapája do poznávania svoje zmysly, alebo *nepriamy* – sprostredkovaný inou osobou. Dôležitou podmienkou spoznávanie sveta okolo dieťaťa však je pohyb. Nedostatočný prísun podnetov spôsobuje u detí so ZP zníženú aktivačnú úroveň. Rozvoj poznávacích procesov je u nich limitovaný druhom

a stupňom zrakovej poruchy, pričom zväčša platí, že čím ťažšie je postihnutie, tým náročnejší a pomalší je aj vývin poznávacích procesov. Tento sa môže spočiatku oneskorovať, neskôr môžeme hovoriť najmä o špecifikách poznávania dieťaťa so ZP ako o oneskorení. Vývin poznávacích procesov síce prebieha približne v rovnakých fázach ako u zdravých detí, ale tieto môžu byť v niektorej oblasti spomalené alebo inak štruktúrované. Špecifické odlišnosti v dôsledku zrakovej poruchy sa vyskytujú najmä *vo vývine kresby, vo vnímaní vo všeobecnosti, vo vnímaní priestoru, v rozvoji pozornosti a pamäti, v zrakových predstavách, názornom myslení, v sociálnych vzťahoch, v osvojovaní si sociálnych noriem a v rozvoji identity*. Určitú úlohu zohrávajú *obmedzenia sociálneho charakteru, problémy v rýchlej a presnej zrakovej orientácii v prostredí, neistota v rýchlom pohybe* a podobne.

V rozvoji poznávacích procesov zohráva podľa M. Vágnerovej (1995) dôležitú úlohu *vnímanie*, najmä zrkové vnímanie. Deti so ZP kompenzujú tento svoj nedostatok najmä verbálnou aktivitou a preferenciou získavať informácie najmä auditívnou a hmatovou cestou. U nevidiacich zrkové vnímanie absentuje úplne, alebo býva zachovaný len svetlocit alebo farbecit (príp. ich kombinácia), ktoré ale dieťa často v tomto veku ešte nevie a nedokáže využívať vo svoj prospech. U detí s čiastočne zachovanými vizuálnymi schopnosťami môže byť vnímanie úlomkovité, útržkovité, skreslené, čo sa následne prejavuje aj v predstavách takéhoto dieťaťa, vo fantázii, v komunikácii ap.

Pamäť umožňuje dieťaťu dlhodobo uchovávať informácie a poznatky. U nevidiacich detí úplne absentuje vizuálna pamäť. Avšak pamäť auditívna, hmatová, pohybová, čuchová, chuťová a i. nemusia vykazovať žiadne špecifiká (Vágnerová, 1995).

Vývin *myslenia* sa výrazne nelíši od vývinu u intaktnej populácie, no napriek tomu má určité špecifiká vyplývajúce z obmedzených zmyslových skúseností. Tieto odlišnosti môžeme najčastejšie pozorovať najmä u nevidiacich detí, ktoré majú problémy v oblasti analýzy a syntézy, ako aj v oblasti zovšeobecňovania.

Reč pozitívne ovplyvňuje myslenie dieťaťa a uľahčuje komunikáciu s okolím. Podľa Novákovej (2012) pokiaľ dieťa so ZP žije v dostatočne podnetnom prostredí, nedochádza k výraznému oneskoreniu rozvoja verbálnych spôsobilostí a komunikačných kompetencií.

Ak sa dieťa nenachádza v dostatočne podnetnom prostredí, môže dôjsť aj k výraznejšiemu oneskoreniu rozvoja komunikačných kompetencií ako aj verbálnych zručností, a môže sa u neho začať prejavovať narušená komunikačná schopnosť.

Medzi špecifické znaky komunikačných spôsobilostí detí so ZP patria *neverbálne zložky reči* – u slabozrakých najmä výraznejšia mimika a gestika, špecifická posturika, proxemika narúšajúca osobný priestor. U nevidiacich je to najmä celková reč tela, strnulý postoj aj výraz tvá-

re, atypická mimika, absentujúca alebo neprimeraná gestika, minimalistické prejavy priestorovej expanzie pri výpovediach a iné. V predškolskom veku sa najmä u nevidiacich detí začína prejavovať tzv. verbalizmus, kedy deti používajú pojmy, ktoré nie sú založené na zmyslovej skúsenosti (napr. farby).

V predškolskom veku dochádza k **rozvoju telesnej konštrukcie** dieťaťa. Je nevyhnutné cieľene a systematicky rozvíjať ako hrubú, tak aj jemnú motoriku, ktorá je základom pre úspešnú orientáciu a mobilitu a tiež aj pre sebaobsluhu dieťaťa a jeho nezávislosť. Dieťa potrebuje dostatok pohybovej aktivity. Pri nácviku akéhokoľvek pohybu nevidiaceho dieťaťa využívame okrem bežných metód najmä *metódu pasívneho pohybu*. Rodičia a pedagógovia by mali viesť dieťa so ZP k správne držaniu tela, zdokonaľovaniu chôdze, behu, skoku, hádzaniu a lezeniu.

Všetky edukačné a rozvojové činnosti u detí so zrakovým postihnutím v predškolskom veku sa realizujú prostredníctvom najprirodzenejšej činnosti detí – **hry**. V hre môžeme uplatňovať zásadu malých krokov a postupne viesť dieťa od známeho k menej známemu, od jednoduchšieho k zložitejšiemu, pri súčasnom rešpektovaní individuálnych odlišností jednotlivých detí a špecifického hodnotenia známeho a neznámeho, jednoduchého a zložitého.

Dieťa predškolského veku postupne v rámci procesu výchovnej rehabilitácie nadobúda kompetencie, ktoré sú nevyhnutné pre vstup do primárneho vzdelávania a úzko súvisia s požiadavkami školskej zrelosti dieťaťa. Tieto kompetencie sú vymedzené tromi základnými oblasťami – **percepčno-motorickou, kognitívnou a sociálno-emocionálnou**.

Percepčno-motorická oblasť je zameraná na *rozvoj svalového napätia a správneho dýchania, rozvoj jemnej aj hrubej motoriky, rovnováhu, rozvoj orientácie v priestore a rozvoj mobility*. U detí so zrakovým postihnutím s progresívnou poruchou zraku (napr. odlupovanie sietnice, vrodený glaukóm, atrofia zrakového nervu) sa *vyučujú cviky*, ktoré by mohli vážne ohroziť stav zraku a viesť až k jeho strate. V tomto veku je vhodné *spájať cvičenie s jednoduchými riekankami, básňami, piesňami*. Pre deti je pri jednotlivých cvikoch veľmi dôležitá *motivácia, slovný sprievod učiteľky a názorná ukážka*. Hlavným cieľom v percepčno-motorickej oblasti je systematické *odstraňovanie nevhodných návykov chôdze* a zaradovanie úloh zameraných na *rozvíjanie samostatného pohybu detí a ich orientácie v priestore*, techniku bezpečnosti pri pohybe v priestore a techniku samostatného pohybu v priestore, nácvik odhadu vzdialeností, sledovanie pohybu, rozvíjanie priestorového videnia, upevňovanie správnych návykov pri pohybe a pod.

Osobitne sa kladie dôraz na *správne držanie tela* nevidiacich detí, pretože chybné držanie tela býva častým dôsledkom ich zrakového postihnutia (skoliotické držanie tela). Osobitná pozornosť sa venuje nedostatočnej koordinácii, rýchlosti a presnosti pohybov, ktoré vznikli ako dôsledok výpadku alebo obmedzenia funkcie zraku. Sústreďujeme sa na vypestovanie návykov *bezpečnej orientácie v priestore* a samostatný pohyb detí. Dôležitou oblasťou je oblasť *sebaobsluhy*. Niektoré deti so zrakovým postihnutím sa pri nástupe do materskej školy nevedia obliekať, vyzliekať, čo môže byť zapríčinené zníženou úrovňou vizuálneho vnímania, ich mentálnou úrovňou, ale aj príliš ochranárskou alebo nedostatočnou výchovou zo strany rodičov. V rámci rozvoja sebaobsluhy by sa mal pedagóg zamerať najmä na *rozvoj základných hygienických návykov* (návčik sebaobsluhy na WC, návčik sebaobsluhy pri umývaní, umývanie tváre, rúk, používanie mydla, uteráka, zubnej pasty, kefky, používanie vreckovky), *rozvoj sebaobslužných činností pri stolovaní* (návčik správneho držania lyžice, samostatné jedenie s použitím lyžice, samostatné pitie z hrnčeka, orientácia na stole, odnášanie špinavého riadu na vopred určené miesto), *rozvoj sebaobslužných činností pri obliekaní* (identifikácia šatstva, rozlišovanie hmatom predných a zadných častí odevu, obúvanie a vyzúvanie topánok, obliekanie, ovládanie rôznych druhov zapínania), *návčik udržiavania poriadku v osobných veciach* (vedenie detí k systému odkladania osobných vecí, hračiek, vhodné označenie osobných vecí dieťaťa jednoduchým reliéfnym tvarom, ktoré musí byť na všetkých veciach rovnaké), *rozvoj sebaobslužných činností v kuchynke* (dokonalé poznávanie prostredia, zariadenia a riadu, poznávanie sporáka, peci, chladničky a pod., poznávanie základných potravín, umývanie a utieranie riadu, umývanie stola, jednoduchá pomoc pri varení (chápanie ako sa pripravuje jedlo), nalievanie tekutiny do hrnčeka).

Výsostne špecifickou oblasťou pre deti so zrakovým postihnutím je **výcvik hmatu a rozvoj jemnej motoriky**. Táto oblasť nachádza svoje opodstatnenie najmä u nevidiacich detí, ktoré v budúcnosti budú využívať svoj hmat ako základný prostriedok gramotnosti a rozvoja kognitívnych spôsobilostí. Vo výcviku hmatu postupujeme od vnímania a diferenciacie jednoduchších častí celku a postupne zaraďujeme zložitejšie tvary. Dieťa so zrakovým postihnutím potrebuje na lokalizáciu a diferenciaciu spravidla viac času. Je dôležité začínať s jednoduchými podnetmi a postupovať k náročnejším, komplexnejším. U slabozrakých detí dbáme na výrazné línie, príp. kontrastné farby, vždy ich oboznámime s postupom práce, rozvíjame technickú tvorivosť.

Ďalšou rozvojovou oblasťou u detí so zrakovým postihnutím v predškolskom veku je **vizuomotorika**, osobitne *návčik koordinácie oko-ruka*. V tejto súvislosti je potrebné a dôležité *dodržiavať zrakovú hygienu, používať kontrast, výraznú kontúru (líniu), sýte, jasné farby kon-*

trastné s papierom. Pedagóg by nemal používať nevýrazné farby, farby ktoré majú lesklú alebo slabú stopu. V prevažnej väčšine sa uplatňujú cvičenia akomodácie, cvičenia zrakového rozlišovania, cvičenia rýchlosti zrakového vnímania, cvičenia zrakovej lokalizácie, teda cvičenia, ktoré stimulujú funkcie oslabeného zraku. Pre čo najdlhšie uchovanie predstavy v zrakovej pamäti sú *najvhodnejšie kontrastné obrázky* (napr. na pauzovací papier) osvetlené na svetelných boxoch a využitie výrazných farieb. Materiál by mal byť *výrazne farebný, matný, so sýtou stopou*. Zrakové predstavy sa môžu dopĺňať hmatovými, príp. predstavami získanými ostatnými zmyslami. Pre nevidiace deti má mimoriadny význam *čítanie reliéfnych (plastických) obrázkov*. Podľa hmatových schopností detí môže učiteľka pripraviť obrázky najznámejších predmetov. K poznávaniu dvojrozmerné zobrazených predmetov sa dostávame až neskôr. Postupne musí dieťa poznať konkrétny trojrozmerný predmet a až potom plošné zobrazenie, príp. siluetu. Pri predmetoch *deti rozlišujú ich tvar, veľkosť, povrch, štruktúru, hmotnosť, umiestnenie v priestore, praktický význam, pocit* a iné.

Dôležitou oblasťou je **kognitívna oblasť**. Je to jedna z najdôležitejších oblastí, pretože dieťa postupne získava informácie o okolitom svete, spracováva ich, uchováva v pamäti a neskôr v príhodných situáciách využíva. Kognitívna oblasť je orientovaná na poznávanie predmetov, javov a ich vlastností. Je potrebné, aby dieťa *hmatom vnímalo priestorové rozmery predmetov, ich tvar, plochu, veľkosť, vzdialenosť i zmenu polohy a druh materiálu*, z ktorého sú zhotovené. Treba si uvedomovať skutočnosť, že dieťa hmatom vníma synteticky a dbať na to, aby deti vychádzali od poznávania tvarov s jednoduchým vonkajším aj vnútorným členením a poznávali funkciu predmetov. Funkciu a vlastnosti predmetov poznávajú nevidiace deti predovšetkým vlastnou manipuláciou s nimi. Kognitívna oblasť je orientovaná najmä na ľudské činnosti, na význam práce v živote človeka, na rozvíjanie poznania v oblasti rastliny, domáce a voľne žijúce zvieratá, neživá príroda a pod.

Poslednou oblasťou je **sociálno-emocionálna oblasť**. V tejto oblasti je potrebné sa viac venovať sociálnej inklúzii detí so zrakovým postihnutím. Je potrebné pripraviť deti aj na negatívne prejavy spoločnosti, v ktorej sa budú pohybovať, povzbudzovať ich pri prekonávaní prekážok, ktoré vyplývajú z nedostatku zraku, posilňovať v nich zdravé sebavedomie a vyrovnanie sa s postihnutím. Deti je dôležité viesť k tomu, aby akceptovali svoje postihnutie, nie však aby túto skutočnosť zneužívali. Deti treba učiť komunikácii, vyjadriť slovné pocity, snažiť sa byť spravodlivý. Ak je v triede dieťa so zrakovým postihnutím, nemalo by byť zvýhodňované ani znevýhodňované. Dieťa vedieme k otvorenej komunikácii a akceptácii názorovej odlišnosti, ako aj k tomu, aby postupne vedeli rozprávať o svojom postihnutí, aby

primeraným spôsobom požiadali o pomoc tam, kde to už sami nezvládajú, aby chápali rozmanitosť ľudských vlastností.

Prostredníctvom vyššie opísaných oblastí sa v materskej škole u detí (aj detí so zrakovým postihnutím) rozvíjajú najmä tieto **kompetencie**:

Komunikačné kompetencie – úlohou pedagóga je podporovať dieťa v tom, aby vyjadrovalo svoje potreby slovne, príp. s využitím alternatívnych alebo augmentatívnych prvkov; formuluje svoje požiadavky tak, aby im dieťa rozumelo; podporuje dieťa v reprodukcii výpovedí a krátkych textov tak, aby boli zmysluplné a logické. Dieťa by sa malo učiť viesť monológ, nadväzovať a viesť dialóg a rozhovor s deťmi i dospelými, učiť sa počúvať aktívne a s porozumením, učiť sa vyjadrovať svoje myšlienky, názory, reprodukovať oznamy, texty, prejavovať predčitateľskú gramotnosť, chápať a rozlišovať, že niektorí ľudia sa dorozumievajú aj inými jazykmi.

Matematické kompetencie a kompetencie v oblasti vedy a techniky – úlohou pedagóga je učiť dieťa orientovať sa v číselnom rade do 10 a určovať počet; na základe podobností a odlišností triediť, priraďovať a porovnávať predmety; podporovať dieťa vo vizuálnej diskriminácii (rozlišovacej schopnosti) tvarov, veľkosti, farby (len u slabozrakých), množstva. Učiteľ by mal viesť dieťa k oboznámeniu sa so základnými geometrickými tvarmi, rôznymi druhmi čiar a vysvetliť deťom základné princípy merania.

Digitálne kompetencie – úlohou pedagóga je podporovať dieťa v elementárnom používaní digitálnych technológií tak, aby sa naučilo manipulovať so základnými súčasťami počítača, napr. myškou, eliminovať strach z digitálnych technológií a vysvetliť účel práce s nimi.

Kompetencie učiť sa, riešiť problémy, tvorivo a kriticky myslieť – pedagóg má podporovať dieťa v chápaní princípov postupnosti, učiť ho orientovať sa v čase (ráno, na obed, večer, dnes, zajtra, včera), poukazovať na vhodné a nevhodné správanie (napr. v divadle, v kine, v škole, v reštaurácii), podporovať ho v riešení logických úloh a hľadani logických súvislostí, poukazovať na možnosti, ako využívať získané informácie vo svojom živote a v rozhodovaní, či sú tvrdenia okolo neho pravdivé alebo nepravdivé. Dieťa by sa pod vedením pedagóga malo učiť základy riešenia problémov, základy kritického myslenia, základy tvorivého myslenia. Samostatne alebo s pomocou učiteľa riešiť problémy v osobnej a spoločenskej rovine, riešiť jednoduché problémové úlohy, uplatňovať v hre a rôznych situáciách matematické myslenie, učiť sa odôvodňovať svoje názory, prejavovať postoje, vysloviť jednoduché úsudky, učiť sa hodnotiť spontánne a samostatne vo svojom bezprostrednom okolí, čo sa mu páči a čo sa mu nepáči, čo je správne a čo nesprávne, čo je dobré a čo je zlé na veciach, osobách, názoroch.

Sociálne a personálne kompetencie – pedagóg má podporovať deti v nadväzovaní kontaktov za dodržiavania základných pravidiel slušného spoločenského správania; učiť ho rešpektovať dohodnuté pravidlá; spolupodieľať sa na spoločných pracovných úlohách. Mal by byť vzorom sociálneho správania sa pre deti (pre nevidiacich najmä verbálneho) a učiť dieťa byť asertívnym, vedieť požiadať o pomoc a poďakovať. Dieťa by si má postupne osvojovať schopnosť empatie, učiť sa správať sa v skupine/kolektíve podľa spoločenských pravidiel a noriem, učiť sa hrať a pracovať vo dvojici, v skupine, v kolektíve, učiť sa plánovať, organizovať a hodnotiť činnosť, učiť sa preberať spoluzodpovednosť za seba i za činnosť skupiny a nadväzovať spoločensky prijateľným spôsobom kontakty, riešiť konflikty s pomocou dospelých alebo samostatne, pomáhať druhým s pomocou dospelého aj samostatne, akceptovať a rešpektovať multikultúrne odlišnosti detí a dospelých a prejavovať ohľaduplnosť k svojmu prostrediu.

Občianske kompetencie – pedagóg by mal nabádať dieťa porozprávať základné informácie o svojej rodine; na elementárnej úrovni sprostredkovať dieťaťu povinnosti a práva v rodine, ale aj v spoločnosti; mal by dieťa oboznamovať s významnými miestami našej krajiny, poukazovať na národné kultúrne bohatstvo, učiť dieťa spoznať významné pamiatky a tiež poznať štátne symboly.

Pracovné kompetencie – dieťa sa má pod vedením pedagóga učiť používať základné pracovné nástroje, používať rôzne materiály, aj predmety bežnej dennej činnosti. Pedagóg má podporovať dieťa v tvorbe jednoduchých drobných výrobkov, pričom môže využiť rôzne techniky a jednoduché postupy.

4.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí so zrakovým postihnutím

Deti so zrakovým postihnutím sa môžu vzdelávať

- a) v špeciálnej materskej škole pre deti so zrakovým postihnutím,
- b) v špeciálnej triede pre deti so zrakovým postihnutím materskej školy,
- c) v triede materskej školy t.j. v školskej integrácii.

Hlavnou myšlienkou predprimárneho vzdelávania je podporovať komplexný a holistický osobnostný rozvoj dieťaťa; aktivizovať a motivovať rozvoj psychomotoriky, poznania, emocionality a sociability; rozvíjať tvorivosť a predstavy, v každodenných aktivitách pomôcť dieťaťu formovať vlastnú jedinečnosť a nadobúdať potrebné kompetencie.

U detí so zrakovým postihnutím v predškolskom veku v materskej škole je na zákla-

de **Vzdelávacieho programu pre deti so zrakovým postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017)** komplexne podporovaný ich osobnostný rozvoj. Rozvíjajú sa schopnosti a zručnosti, upevňujú kompetencie, utvárajú sa predpoklady na ďalšie vzdelávanie a uplatňujú sa jednotlivé prvky špeciálnopedagogickej rehabilitácie, najmä podpora kompenzačných mechanizmov a reedukácie zraku. Výchovno-vzdelávacie požiadavky na saturáciu špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa sú spravidla stanovované na základe výsledkov špeciálnopedagogickej diagnostiky a mali by byť mierne nad hranicou rozvojových možností detí tak, aby ich deti mohli splniť a zároveň aby učenie pociťovali ako odmenu za vynaložené úsilie a boli motivované k ďalšiemu učeniu. Pedagóg, ktorý vzdeláva dieťa so zrakovým postihnutím, by mal byť dostatočne informovaný o špecifikách konkrétneho zrakového postihnutia, ako aj o jeho dôsledkoch. Poznanie diagnózy a jej dôsledkov na vývin dieťaťa je základom kvalitnej výchovy.

Špeciálny pedagóg uskutočňuje špeciálnopedagogickú diagnostiku jednotlivých zrakových funkcií a schopností. Diagnostika sa realizuje v priestoroch triedy MŠ, ako aj v prirodzenom prostredí dieťaťa (v rodine). Každá MŠ by mala zabezpečiť nevyhnutný časový priestor na prácu špeciálneho pedagóga a dieťaťa so zrakovým postihnutím a naplánovať výchovu a vzdelávanie tak, aby zodpovedalo uspokojovaniu potrieb dieťaťa so zrakovým postihnutím. Kľúčová je spolupráca medzi MŠ a príslušným centrom špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP). Kooperatívnosť odborníkov z oblasti poradenskej, medicínskej, sociálnej, pedagogickej, prípadne inej oblasti potrebnej k rozvoju dieťaťa so ZP je hlavným a najdôležitejším špecifikom v rámci integrácie dieťaťa so ZP v bežných MŠ.

Špecifiká výchovnej a pedagogickej práce s deťmi so zrakovým postihnutím v rámci špeciálnej triedy MŠ a v rámci bežnej triedy intaktných detí sú rovnaké ako špecifiká v materských školách pre deti so zrakovým postihnutím. Vzhľadom na to by mali byť rovnaké aj výchovno-vzdelávacie prístupy k dieťaťu a tiež podporné mechanizmy pre optimálny vývin dieťaťa. Každému integrovanému dieťaťu so zrakovým postihnutím, ktoré je vzdelávané v bežnej triede MŠ, by mala byť zabezpečená individuálna odborná tyflopédická starostlivosť, ktorú zabezpečujú centrá špeciálno-pedagogického poradenstva so zameraním na starostlivosť o deti so zrakovým postihnutím.

Špecifiká integrovaného vzdelávania v rámci bežných tried MŠ spočívajú v poznaní podmienok a procesu integrácie/inklúzie. Procesmi integrácie/inklúzie sa myslia rôzne úkony, ktoré sú nevyhnutné na splnenie kvalitného zaradenia dieťaťa so zrakovým postihnutím do prostredia intaktných detí. Tieto úkony a podmienky sú rozpracované v rôznych dokumentoch a metodikách zameraných na integráciu detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením.

4.2.1 Vzdelávacie oblasti

Vzdelávací program pre deti so zrakovým postihnutím (2017) nie je odlišný čo do obsahu od Štátneho vzdelávacieho programu pre predprimárne vzdelávanie v materských školách (2016). Obsah a ciele vzdelávania jednotlivých vzdelávacích oblastí sú ***prispôsobené stupňu a charakteru zrakového postihnutia***. To znamená, že v procese aplikácie by mal pedagóg dbať na to, či je dieťa slabozraké, čiastočne vidiace, nevidiace alebo má poruchy binokulárneho videnia. Tiež je dôležité poznať, či je dieťa napr. nevidiace od narodenia alebo či je porucha zraku získaná neskôr, pretože to značne ovplyvňuje výber vzdelávacích metód.

Diagnostika dieťaťa a stanovenie diagnózy je dôležitým medzníkom v zmysle predchádzania ďalších následkov zrakového postihnutia dieťaťa a následnej saturácie jeho výchovno-vzdelávacích potrieb pri uplatňovaní individuálneho prístupu.

Avšak ďalším kritériom, ktoré by mal pedagóg pri výchove a vzdelávaní dieťaťa zohľadňovať, je samotný obsah vzdelávania a spôsob jeho sprístupnenia dieťaťu do zrakovým postihnutím. Jednotlivé vzdelávacie oblasti v sebe nesú viaceré špecifiká, ktoré by mali byť rešpektované a aplikované primeraným spôsobom.

Jazyk a komunikácia

Komunikačné kompetencie dieťaťa sú dôležitou súčasťou jeho života a úspešného vzdelávania. Je nevyhnutné, aby pedagóg pri každej možnej príležitosti podporoval verbálny prejav dieťaťa a skvalitňoval jeho vyjadrovacie schopnosti, pričom môže využívať opisné formy vysvetľovania dejov a javov a popisov predmetov. Je dôležité, aby sa zvýšená pozornosť venovala rozvoju slovnej zásoby a utváraniu konkrétnych predstáv, ktoré deti so zrakovým postihnutím majú nepresné, neúplné alebo skreslené, pričom konkrétne predstavy sa musia stále rozvíjať a dopĺňať. Na to je možné využívať rôzne makety, názorné pomôcky, modely vhodnej veľkosti, reliéfne obrázky, hmatové predmety (u slabozrakých predmety, ktoré sú farebne a kontrastne výrazné, dostatočne veľké a logicky štruktúrované). Osobitnou kapitolou sú slová/pojmy, ktoré nie sú asociované so žiadnou konkrétnou predstavou (prídavné mená a pod.). Pedagóg by mal dieťaťu tieto pojmy sprostredkovať čo najhodnovernejšie a využívať pri tom všetky dostupné prostriedky, opisy, synonymá, zvukové nahrávky a iné. Deti predškolského veku treba postupne oboznamovať so štruktúrou Braillovho písma a v rámci predprimárneho vzdelávania učiť dieťa pozície a postavenie jednotlivých bodov v znaku – vľavo hore, vľavo v strede, vľavo dolu, vpravo hore, vpravo v strede, vpravo dolu. Toto je potrebné vizualizovať a využívať ľahko dostupné podporné materiály – obaly od vajčiek (6 ks), pin-

gpongové loptičky, drevené kolíčky na drevenej podložke a pod. U detí so zrakovým postihnutím detekujeme niektoré narušenia komunikačnej schopnosti vzhľadom na nemožnosť alebo zhoršenú možnosť odzrkovania. Je nevyhnutné, aby dieťa malo kvalitnú logopedickú podporu a možnosť korektne sa rozvíjať komunikačne. U nevidiacich môžeme často pozorovať v rámci ich špecifik aj nešpecifické postavenie hlavy pri komunikácii (natočenie tváre do inej strany). Hovoríme o *kompensačnom postavení hlavy*, aby dieťa lepšie počulo a diskriminovalo zvukové prvky.

Matematika a práca s informáciami

Hlavným cieľom vzdelávacej oblasti *Matematika a práca s informáciami* je poskytnúť základy matematických a infromatických poznatkov a zručností, pomocou ktorých sa ďalej rozvíja matematické myslenie a ostatné matematické kompetencie detí so zrakovým postihnutím. Pedagóg by mal v najvyššej možnej miere využívať konkretizáciu predmetov a matematických procesov, teda používať pomôcky – rôzne geometrické tvary (pre slabozrakých farebne výrazné a dostatočne veľké; pre nevidiacich v hmatovej podobe). Deťom treba zadávať také úlohy, ktoré u nich rozvíjajú logické myslenie, úlohy, z ktorých môžu vyvodzovať zovšeobecňujúce závery a úlohy jasne matematicky štruktúrované, úlohy na vytváranie číselných predstáv, rozoznávania geometrických tvarov, úlohy na orientáciu v mikropriestore súvisiace s matematickými vzťahmi – vpravo, vľavo, hore, dolu, pred, za, hneď pred, hneď za, ďalej, bližšie a iné; úlohy na časovú orientáciu detí (včera, dnes, zajtra, ráno, obed, večer, jednotlivé mesiace roka).

U nevidiacich detí treba objasňovať pojmy a praktické používanie radových číselníkov, ktoré sú základom vyvedenia plného znaku v Braillovom písme a následne jeho kombinácií bodov.

Človek a príroda

Hlavným cieľom vo vzdelávacej oblasti *Človek a príroda* je úlohou pedagóga viesť deti k získavaniu, rozvíjaniu a vyjadrovaniu aktuálnych predstáv o predmetoch, javoch a situáciách a predstavy detí prostredníctvom premyslených podnetov meniť a zdokonaľovať. Úlohou pedagóga je tiež podporovať dieťa v chápaní základných prírodných zákonitostí a javov, podporovať u dieťaťa kladný vzťah k práci, viesť dieťa k ochrane prírody, k aktívnemu ekologickému mysleniu a podieľaniu sa na ochrane prírody a dodržiavaní poriadku v prírode. Všetky edukačné aktivity by mali viesť k rozvíjaniu prírodovednej gramotnosti. Príroda ponúka široké možnosti poznávania a manipulácie s prírodným materiálom – listy, šišky, kôra

stromov, lesné plody, plody stromov a pod. Pritom môže pedagóg využiť rôzne formy, napr. výlet do prírody, exkurzie do skanzenov, lesných škôlok a pod.

Človek a spoločnosť

Hlavným cieľom vzdelávacej oblasti *Človek a spoločnosť* je viesť deti so zrakovým postihnutím k samostatnému fungovaniu v každodennom spoločenskom prostredí, k základnej orientácii v časových a spoločenských vzťahoch a hlavne k ovládaniu orientácie v najbližšom okolí dieťaťa.

Toto môže pedagóg dosiahnuť pri využití štandardných, ale najmä špeciálnych metód – korekcie, reedukácie, rehabilitácie, kompenzácie. Primárnou úlohou pedagóga je podporovať dieťa v sebaakceptácii a k akceptácii svojho postihnutia a viesť k tomu aj celý kolektív detí. Môže využiť ako slovné metódy, tak aj rôzne hry, zážitkové aktivity alebo čítanie príbehov, prípadne hranie rolí, dramatizácia niektorých životných situácií a pod.

Človek a svet práce

Hlavným cieľom vzdelávacej oblasti *Človek a svet práce* je, s dôrazom na slovné inštrukcie a metódu „ruka v ruke“, utvárať a rozvíjať základné zručnosti dieťaťa so zrakovým postihnutím, naučiť ho zvládať činnosti bežného dňa. Je potrebné zamerať sa na jednotlivé oblasti sebaobsluhy – *obliekanie, obúvanie, stolovanie, príprava jednoduchého jedla, hygiena, predspankové rituály, dodržiavanie poriadku vo svojom prostredí*. Pedagóg by mal dieťa podporovať v rôznych pracovných činnostiach, podporovať ho pri vytváraní prospešných produktov, podporovať tvorivosť dieťaťa. Má dieťa vychovávať k práci, ale aj vážiť si prácu a jej produkty. Pri práci usmerňovať dieťa v postupných krokoch od najjednoduchších činností po zložitejšie a časovo náročnejšie. Metódou pokusu a omylu smerovať dieťa k rôznorodosti riešení, využívať tvorivé postupy pri práci s rôznymi materiálmi a nástrojmi.

Umenie a kultúra

V oblasti *Umenie a kultúra* by sa pedagóg mal zameriavať na dve základné úlohy – výchovu umením a výchovu k umeniu. To znamená využívať jednotlivé prvky *výtvarného, hudobného, dramatického umenia* k rozvoju dieťaťa. U detí so slabozrakosťou pritom môžeme využívať obrazy, sochy (výtvarné aktivity prispôbovať vizuálnym obmedzeniam detí – absencii, resp. skresleniu vnímania farieb a tvarov, zúžené zorné pole, obmedzené predstavy a fantázia), hudobné nástroje (podporovať sluchovú percepciu detí ako jedného z kompenzačných činiteľov), môže s deťmi navštíviť divadlo, kino a pod. U nevidiacich sú to najmä výstavy, ktoré je

možné vnímať hmatom (sochy, reliéfne obrazy), počúvanie hudby, tvorbu zvukov prostredníctvom netypických hudobných nástrojov alebo ľahko dostupných predmetov, hranie jednoduchých divadelných rolí. V rámci výtvarných aktivít nevidiacich zamerať sa viac na modelovanie, ale aj na využívanie takých techník práce s ceruzou alebo perom, ktoré deťom prinášajú hmatateľný výstup a pod.

Zdravie a pohyb

Pohyb je jednou zo základných aktivít, aby dieťa mohlo byť samostatné a sebestačné – teda aby bola komplexne podporovaná telesná zdatnosť a výkonnosť dieťaťa, aby si dieťa vytváralo správne návyky pre pohybovú aktivitu, aby malo správne držanie tela a korektnú koordináciu pohybov, aby sa dobre orientovalo v priestore. U detí so slabozrakosťou pedagóg podporuje správnu vizuálnu lokalizáciu a celkovú pohybovú kultúru dieťaťa. U nevidiacich podporuje najmä aktivity na orientáciu v priestore, rozvoj mikro aj makroorientácie, využívanie bezpečnostných postojov a transfer prvkov orientácie a mobility do bežného života.

Všeobecné odporúčania

Deti so slabozrakosťou je potrebné viesť k vhodnému používaniu oslabeného/poškodeného zrakového analyzátoru tak, aby dokázali efektívne využívať vo svoj prospech a v prospech iných zostatkový zrak. Dôležitá je motivácia a povzbudzovanie dieťaťa, aby zrakom sledovalo dianie okolo seba a získavalo poznatky zo života okolo seba. Zároveň je potrebné dodržiavať stanovený čas zrakovej práce podľa odporúčania špeciálneho pedagóga. Okrem podpory zraku je vhodné zaraďovať systematické cvičenia aj na podporu ostatných zmyslov, ktoré kompenzujú nedostatky zrakového vnímania. U detí so slabozrakosťou je vhodné napr. v obrázkoch minimalizovať detaily, ale tak, aby nezaničil význam obrázka (základný tvar kresby). Deti so slabozrakosťou pri vizuálnom vnímaní postupujú od celku k častiam, teda analyticky. Je potrebné upozorniť dieťa na charakteristické črty pozorovaných predmetov a javov.

Nevidiace deti – u nevidiacich detí prebieha poznávanie okolitého sveta prostredníctvom iných zmyslových modalít – hmatom, sluchom, čuchom, chuťou, propriocepciou a i. Na rozdiel od slabozrakých detí nevidiace deti pri hmatovom vnímaní nejakého objektu postupujú od častí k celku, teda synteticky.

Vo výchovno-vzdelávacom procese je potrebné, aby pedagóg zohľadňoval špecifiká a špecifické potreby dieťaťa so zrakovým postihnutím, najmä absenciu, neúplnosť, prípadne skreslenie zrakových vnemov; absenciu, neúplnosť, resp. skreslenie zrakových predstáv; zhoršenú

kvalitu analyticko-syntetickej činnosti spojenú s horšou rozlišovacou schopnosťou; zníženú mieru koncentrácie pozornosti; potrebu individuálneho pracovného tempa; sťažené, skreslené vnímanie priestoru; sťažené komunikačné schopnosti; obmedzenia v jemnej a hrubej motorike; sťaženú vizuálno-motorickú koordináciu; poruchy farebného videnia; obmedzenia súvislej zrakovej práce; obmedzenia v pohybe a fyzickej námahe; rýchlejšiu unaviteľnosť; neprimerané emocionálne reakcie; neadekvátnu mimiku a gestikuláciu; nesamostatnosť v sebaobsluže; narušené sociálne vzťahy a iné.

4.2.2 Vzdelávacie štandardy

Deti so zrakovým postihnutím postupujú v predprimárnom vzdelávaní podľa Vzdelávacieho programu pre deti so zrakovým postihnutím pre predprimárne vzdelávanie, ktorý schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017. V tomto programe sú zohľadnené špecifiká detí vychádzajúce z *ich druhu a stupňa postihnutia, ako aj doby, počas ktorej k postihnutiu došlo*. Teda je nevyhnutné, aby boli *zohľadnené ich individuálne schopnosti a možnosti*.

Každá vzdelávacia oblasť v rámci Vzdelávacieho programu pre deti so zrakovým postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017) je rozpracovaná do *výkonových a obsahových štandardov*, ktoré sú prakticky zhodné so vzdelávacími štandardmi uvedenými v Štátnom vzdelávacom programe pre predprimárne vzdelávanie (2016) s tým, že je potrebné, aby bol pri praktickej činnosti vždy dôsledne realizovaný *individuálny prístup* ku každému dieťaťu so zrakovým postihnutím a *rešpektovaný charakter a rozsah zrakového postihnutia*. Teda nesú v sebe modifikácie a prispôsobenia ako foriem vzdelávania, tak aj metód, zásad, prostredia a iné. Výkonové štandardy sú koncipované tak, aby dieťa na základe svojich schopností a možností dosahovalo adekvátny výkon za zachovania predpísaného obsahového štandardu. Pri plnení výkonového štandardu by sa pedagóg mal zameriavať nielen na to, či dieťa danú problematiku zvládne (kvantita učiva), ale najmä na to, ako ju zvládne (kvalita osvojeného učiva). Čiže ako dokáže ponúkané informácie *prijímať* (ktoré zmyslové modality – kompenzačné mechanizmy sa na procese prijímania informácie zúčastňujú a v akom zastúpení), *absorbovať* (pochopiť význam informácie, stotožniť sa s informáciou, vedieť adekvátne na informáciu zareagovať), *spracovať* (akým spôsobom využije svoje poznávacie procesy na to, aby informáciu premenil na dlhotrvajúci poznatok – to závisí napr. od úrovne vnímania, pa-

mäti, predstavivosti, myslenia, reči) *a použiť v praktickom živote* (aplikácia do praktického života a zovšeobecnenie poznatku pre rôzne situácie, do ktorých sa dieťa môže počas života dostať a potrebuje ich vyriešiť).

Dôležité je, aby pedagóg pri naplňaní výkonového a obsahového štandardu využíval *adekvátne stratégie*, ktoré deťom zjednodušia a zefektívnia proces nadobúdania kompetencií. Medzi takéto stratégie *u nevidiacich* patrí najmä využívanie rôznych hmatových materiálov, pomôcok, hračiek; využívanie reliéfnych obrázkov v rôznom spracovaní; využívanie vhodných didaktických pomôcok a modelov vhodnej veľkosti; využívanie opisnej formy vysvetľovania učiva, zvukových nahrávok; prispôsobenie časových dotácií na jednotlivé druhy činností; sústavný verbálny kontakt vyučujúceho so žiakmi, slovné komentovanie diania; usmerňovanie žiakov v priestore, známom i neznámom; používanie bielej palice v exteriéri; používanie kompenzačných pomôcok; využitie ozvučených didaktických pomôcok; vypestovanie a dodržiavanie systému v ukladaní osobných i spoločných vecí, udržiavanie poriadku.

U detí so slabozrakosťou sú efektívne stratégie využívania vhodných obrázkov a grafického materiálu – jasné farby, vhodný kontrast, minimalizácia nadbytočných detailov a redundantných informácií, vhodná veľkosť, bezpečný materiál; používanie špeciálnych písacích a kresliacich potrieb s cieľom vytvorenia kontrastu – fixky, zvýrazňovače, perá so zvýraznenou vizuálnou stopou); využívania vhodných svetelných podmienok a osvetlenia podľa zrakovej diagnózy, dostatočné osvetlenie, ale aj zamedzenie oslneniu; využívania špeciálnych počítačových programov na podporu vizuálnych funkcií (stimulačné programy, reedukačné programy); využívania špeciálnych softvérov, napr. s funkciou zväčšovania; využívania korekčných a kompenzačných pomôcok (dioptrické okuliare, turmóny, lupy, stolové lupy, a pod.).

Je dôležité, aby sa pedagóg dôkladne oboznámil s diagnózou a prognózou dieťaťa so zrakovým postihnutím a zohľadňoval jeho špeciálnopedagogické potreby a odporúčania ktoré z nich vyplývajú, s cieľom zabezpečenia individuálneho prístupu ku každému dieťaťu.

4.2.3 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Pri výchove a vzdelávaní detí so zrakovým postihnutím môže pedagóg využívať v podstate tie isté metódy, ktoré sa využívajú aj u intaktných detí. Avšak je nevyhnutné, aby využíval aj špeciálne metódy a formy edukácie, mal by byť flexibilný a tvorivý a mal by rešpektovať danosti vyplývajúce zo zrakového postihnutia za využitia individuálneho prístupu k dieťaťu.

K *špecifickým úpravám podmienok* edukácie patrí najmä logické štruktúrovanie denného programu detí, rešpektovanie zrakovej hygieny detí, vyvážené striedanie aktivít, prihliadanie na prirodzený biorytmus detí.

Formy, ktoré pedagóg zvolí by mali reflektovať na dôsledky poškodenia zraku dieťaťa a mali by byť citlivo vyberané. Je potrebné ponechať priestor aj samotným deťom pri výbere hier a činností podľa ich výberu. Na predchádzanie nesprávneho držania tela a na podporu pohybových aktivít detí zaraďovať zdravotné cvičenia. Tieto však musia prísne rešpektovať osobitosti jednotlivých diagnóz detí, napr. u detí s progresívnymi poruchami zraku – odlupovanie sietnice, atrofia očného nervu, glaukóm, ťažká krátkozrakosť – aby sa ich zdravotný stav a vizuálne schopnosti nezhoršili alebo úplne nestratili. Vo všeobecnosti sú zakázané aeróbne aktivity, visy, vzpory, drepy, premety, kotúle, tlakové cvičenia. Vzdelávacie aktivity by mali rešpektovať princípy zrakovej hygieny a dieťa by nemalo byť vizuálne preťažované. Vhodnými aktivitami sú pobyt vonku – prechádzky, turistika, plávanie. Súčasťou všetkých pohybových aktivít je dostatočne dlhý odpočinok. Pri všetkých pohybových aktivitách zároveň rozvíjame aj orientáciu dieťaťa v priestore a jeho mobilitu.

4.2.4 Povinné materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania

Deti so zrakovým postihnutím majú právo byť vzdelávané v takom prostredí, ktoré podporuje rozvoj ich osobnosti po všetkých stránkach. Podnetnosť prostredia spočíva v zabezpečení dostatočného počtu *hračiek, pomôcok, materiálov, objektov* v dostatočnej kvalite. Pod dostatočnou kvalitou pritom myslíme *bezpečnosť predmetov, ich farebnosť a dostatočný kontrast (u slabozrakých detí), dostatočnú veľkosť (pozor, aj príliš veľké alebo ťažké predmety, sú náročnejšie vnímateľné), prístupnosť, stabilitu, nezávadnosť, dostatočnú štruktúru pre hmatové vnímanie a iné*. Okrem priameho vybavenia pre deti by mala materská škola/trieda disponovať pomôckami, ktoré uľahčia pedagógovi tvorbu pomôcok a materiálov. Medzi takéto patrí napr. Zyfuser (na tvorbu reliéfnych obrázkov na princípe termotlače), hlasové výstupy pri PC zostavách, čítacie lupy na zväčšenie obrázkov a predmetov, premietacie prístroje (dataprojektor), premietacie plátno, možnosť zatemniť miestnosť (a svetelne zvýrazniť objekty ich nasvetlením) a ďalšie.

4.2.5 Podmienky na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri výchove a vzdelávaní

Dieťa v predškolskom veku by sa malo vzdelávať v bezpečnom prostredí – a to ako v interiéri, tak aj v exteriéri. V triedach a ani na školskom dvore by sa nemali nachádzať nebezpečné prekážky, ostré predmety, ostré hrany, špicaté výčnelky a pod. Detské ihrisko by malo byť bezpečné ako materiálom, tak aj usporiadaním jednotlivých komponentov. Ak je to možné, pre deti so slabozrakosťou by malo byť označené výrazne farebne a kontrastne. Pre nevidiace deti je potrebné zrealizovať opatrenia zabraňujúce pádom, pošmyknutiu, poraniam hlavy, zakliesneniu sa a iné. V interiéri by malo byť prostredie stále, priestorovo nemenné, avšak podnetné a inšpiratívne. Nenechávame otvorené okná dokorán (len na vetranie), stoličky a stoly a ostatný nábytok musia byť usporiadané tak, aby umožňovali dieťaťu bezpečný pohyb. V miestnosti detí by malo byť dostatok hračiek a herného materiálu, aby tieto rozvíjali dieťa po všetkých stránkach. Pritom je potrebné dbať na dostatočné osvetlenie priestoru.

Literatúra

- ČAJKA, K.: *Tyflopédia I*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1986. 101 s.
- GERINEC, A.: *Detská oftalmológia*. Martin: Osveta 2005. ISBN 978-80-8063-181-9.
- HAMADOVÁ, P. – KVĚTOŇOVÁ, L. – NOVÁKOVÁ, Z.: *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 592 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- LOPÚCHOVÁ, J.: *Reedukácia a komplexná rehabilitácia zraku u jednotlivcov so zrakovým postihnutím*. Bratislava: IRIS, 2010.
- LOPÚCHOVÁ, J.: *Základy pedagogiky zrakovo postihnutých*. Bratislava: IRIS, 2011.
- LOPÚCHOVÁ, J.: *Pedagogika zrakovo postihnutých*. Bratislava: MABAG, 2008. ISBN 978-80-89113-53-8.
- NÉMETH, O.: *Slabozrakosť ako pedagogický problém*. Bratislava: Sapiencia, 1999. ISBN 80-967180-5-3.
- OLÁH, Z.: *Očné lekárstvo*. Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-88824-74-5.
- POŽÁR, L.: *Psychológia postihnutých (patopsychológia)*. Bratislava: RETAAS 2007. 2. prepracované vydanie. ISBN 978 80 89113 40 8.
- SMÝKAL, J.: *Hovory s rodiči o výchovne nevidomého dieťa*. Praha: UV SI, 1988.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7184-053-X.
- VAŠEK, Š.: *Základy speciální pedagogiky*. 5. doplnené vydanie. Bratislava: Sapiencia, 2011. ISBN 978-80-89229-21-5.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

Výchova a vzdelávanie detí s telesným postihnutím v predprimárnom vzdelávaní

Terézia Harčariková

5.1 Charakteristika dieťaťa s telesným postihnutím v predškolskom veku

Dieťa s telesným postihnutím sa vo vývine v porovnaní s intaktnými deťmi značne oneskoruje. Prejavuje sa to v rôznych oblastiach jeho života: v oblasti pohybovej, kognitívnej, komunikačnej, sociálnej atď. Aj z tohto dôvodu je potrebný adekvátny akcent na ranú starostlivosť a predprimárnu výchovu a vzdelávanie v prostredí rodiny a školy.

Telesné postihnutie definujeme ako trvalú kvalitatívnu a kvantitatívnu zmenu v schopnosti vykonávať pohyb v dôsledku narušenia pohybového, nosného aparátu, ako aj v dôsledku poruchy nervového aparátu, pričom stupeň závažnosti tejto zmeny môže mať charakter od ľahkého až po ťažký, resp. až po úplnú neschopnosť pohybu.

Preto je nevyhnutné, aby rodičia, učitelia, vychovávatelia a poradenský pracovníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s dieťaťom s telesným postihnutím, boli oboznámení so základnou problematikou jednotlivých druhov telesných postihnutí a ich dôsledkoch na edukačný proces. Pri identifikácii dieťaťa s telesným postihnutím je nevyhnutné rozlišovať medicínske a špeciálnopedagogické hľadisko. Medicínske hľadisko je primárne – na základe tohto hľadiska sa uvažuje o potrebe špeciálnej edukácie. Zo špeciálnopedagogického hľadiska je zásadné zistenie, či daný jednotlivec potrebuje špeciálnu pomoc na to, aby sa mohol začleniť do spoločnosti. Pokiaľ takáto situácia nenastane, jednotlivec sa nestáva predmetom záujmu výchovnej rehabilitácie. Je to teda fenomén špeciálnej edukačnej potreby, ktorý rozhoduje o tom, či sa na daného jednotlivca budeme pozerat' ako na telesne postihnutého.

Kategória jednotlivcov s telesným postihnutím sa vyznačuje veľkou heterogénnosťou. Pri diferencovaní edukačných potrieb jednotlivcov s telesným postihnutím je dôležité diferencovať telesné postihnutie:

- z hľadiska etiologického,
- z hľadiska času vzniku,
- z hľadiska stupňa postihnutia,
- z hľadiska stupňa narušenia hybnosti.

Etiologické hľadisko

- telesné postihnutia noncerebrálneho typu,
- telesné postihnutia cerebrálneho typu.

Hľadisko času vzniku

- telesné postihnutie vrodené,
- telesné postihnutie získané.

Hľadisko stupňa postihnutia

- ľahké,
- stredné,
- ťažké.

Hľadisko stupňa narušenia hybnosti

- mobilný jednotlivец,
- čiastočne mobilný jednotlivец,
- imobilný jednotlivец.

Stupeň postihnutia sa môže meniť. V pozitívnom smere ide o zlepšujúci sa stav s dozrievaním jednotlivých funkcií, ako aj s pozitívnym účinkom komplexu prostriedkov rehabilitácie.

V negatívnom smere ide o telesné postihnutie s tendenciou progresie alebo ide o stav, keď jednotlivец nedostáva potrebnú rehabilitačnú starostlivosť. V nasledujúcej časti prinášame kategorizáciu, stručný prehľad a charakteristiku najčastejšie sa vyskytujúcich telesných postihnutí v detskom veku, ktoré sme rozdelili z hľadiska času ich vzniku.

Kategorizácia telesných postihnutí

1. Vrodené telesné postihnutia

Vznikajú najčastejšie v dôsledku poruchy vývinu zárodka v prvých týždňoch tehotenstva. Etiologicky ho môže spôsobovať množstvo faktorov, ktoré pôsobia prenatálne, perinatálne a postnatálne.

Najčastejšie sú to podľa M. Renotiérovej (2003) a F. Kábeleho (1992) tieto faktory: parazitárne ochorenia matky v počiatočnom štádiu gravidity – napr. toxoplazmóza, infekčné ochorenia matky v počiatočnom štádiu gravidity, niektoré chronické choroby matky, úrazy, psychická traumatizácia, toxický vplyv rôznych chemikálií, užívanie liekov počas gravidity bez vedomia

lekára, komplikované pôrody (napríklad príliš veľké, malé alebo nedonosené plody), prenatálna a perinatálna hypoxia plodu (kriesenie dieťaťa), genetické faktory, úrazy s dôsledkom na vývin centrálnej nervovej sústavy (do 1. roku života dieťaťa).

Vrodené anomálie lebky a chrbtice

Anomálie tvaru lebky

Anomálie tvaru lebky sú najčastejšie spôsobené predčasným zrastením lebečných švov (kraniostenóza). K týmto anomáliám dochádza v dôsledku predčasného zrastenia jedného alebo viacerých švov, čo spôsobuje deformáciu lebky, zmenšenie objemu vnútrolebečného priestoru a tiež dochádza aj k zväčšeniu tlaku vo vnútri lebky. Patogenéza kraniostenózy je nejasná, okrem genetických faktorov sa na jej vzniku podieľajú aj zápaly v období vnútro maternicového vývinu, endokrinné poruchy, atď. Vonkajší vzhľad lebky je disproporcionálny (Janec, 1991).

Výsledný tvar lebky sa nazýva podľa charakteru deformácie:

brachycefália – sploštená hlava v dôsledku predčasného uzáveru oboch koronárnych švov,

skafacefália – zúžený, predĺžený tvar lebky, výsledok predčasného uzáveru šíповého švu,

trigonocefália – trojuholníková deformácia čelnej časti lebky vplyvom predčasného uzáveru frontálneho švu,

turicefália – vežovitá deformácia lebky, ktorá vzniká pri predčasnom zrastení všetkých švov lebky,

plagiocefália – šikmo, jednostranne deformovaná lebka pri predčasnom jednostrannom uzávere vencového švu.

Liečba kraniostenózy má chirurgický charakter, jej cieľom je odstránenie predčasne zrasteného švu. V prípade neskorého chirurgického zákroku môže viesť kraniostenóza k ťažkému poškodeniu mozgu a tiež aj k trvalým poruchám psychických a motorických funkcií (Renotierová, 2003).

Anomálie veľkosti lebky

Príčinou sú vrodené ochorenia centrálneho nervového systému. K najčastejšie sa vyskytujúcim patria makrocefalus, mikrocefalus, hydrocefalus.

Makrocefalus (nadmerná veľkosť hlavy). Vzniká v dôsledku poruchy cirkulácie mozgovomiechového moku. Príčinou môže byť vnútrolebečná lézia, napríklad tumor mozgu, alebo mimomozgová lézia, napríklad nahromadenie tekutiny, najčastejšie krvi, medzi obalmi mozgu a mozgom samým. Objem mozgu môže byť zväčšený tiež aj vplyvom metabolických ochorení.

Mikrocefalus (výrazne malá hlava). Môže vzniknúť ako dôsledok genetických odchýliek alebo ako jeden z príznakov ťažkého poškodenia mozgu po prekonaní závažnej vnútrolebečnej intoxikácie, alebo ako dôsledok zápalu súvisiaceho s rôznymi systémovými, endokrinnými a metabolickými ochoreniami. Hlava má ploché čelo a temeno. Táto porucha môže byť spojená s psychomotorickou retardáciou tak, ako väčšina porúch veľkosti lebky.

Hydrocefalus (gr.hydór – voda, kefalé – hlava) mozgová vodnatieľka. Vnútorý hydrocefalus vzniká pri zväčšení komôr mozgu. Vonkajší hydrocefalus vzniká pri hromadení mozgovomiechového moku medzi plenami mozgu a mozgom. Hydrocefalus vzniká na základe nepomeru medzi produkciou a vstrebávaním mozgovomiechového moku. Liečba hydrocefalu je prevažne chirurgická (Janec, 1991).

Vrodené anomálie chrbtice

Rázštep chrbtice (spina bifida) vzniká neuzavretím medulárnej trubice, najčastejšie v bedrovej oblasti. V najťažších prípadoch je chrbtica rozštiepená po celej dĺžke, miecha vychádza na povrch, čo je nezlučiteľné so životom. Obyčajne však ide o čiastočný rázštep chrbtice. V bedrovej časti sa neuzavretím miechového kanála vytvorí vakovitý útvar pokrytý tenkou kožou. Do vaku je vyliata miecha s miechovými plenami (meningomyelokéla) alebo len miechové pleny (meningokéla). Na označenie týchto prípadov sa používa aj termín myelodysplázia. Vakovitý útvar sa musí odstrániť neurochirurgicky aj preto, že cez narušené kožné tkanivo sa môžu dostať rôzne infekcie a samozrejme neurochirurgický zákrok je nevyhnutný aj z kozmetických dôvodov (Renotiérová, 2003). Napriek takémuto zákroku zostáva množstvo problémov ako sú inkontinencia, moču a stolice, obrna dolných končatín, sklon k preležaninám. Dolné končatiny sú väčšinou nehybné, zlé prekrvené, cyanotické. Koža na zadku a v oblasti pohlavných orgánov je necitlivá. Pridružená je aj deformita nohy, tzv. kosoovitá noha. Horná polovica tela je vyvinutá normálne. Ľahšie postihnutí jednotlivci sa môžu naučiť chodiť o barlách. Je potrebné vhodnými rehabilitačnými cvičeniami posilňovať hornú polovicu tela, hlavne horné končatiny, aby boli dostatočne silné pri nácviku chôdze s barlami. Dolné končatiny sa spevňujú podpornými aparátmi, prípadne sa možné deformity riešia chirurgicky. Jednotlivec s rázštepom chrbtice nosí permanentne plienky, respektíve je tzv. cievkovaný, preto je úzkostlivo potrebné dbať na osobnú hygienu. V miestnosti, kde sa počas dňa dlhodobo zdržiava, je nevyhnutné vetrať. U ležiacich jednotlivcov a takisto u jednotlivcov, ktorí sa pohybujú prostredníctvom invalidného vozíka, je potrebné pravidelné polohovanie, aby sa zabránilo vzniku preležanín (Janec, 1991).

Najľahším stupňom postihnutia sú takzvané skryté rázštepy chrbtice, ktoré vznikajú neuzavretím stavcových oblúkov pri ich utváraní. Defekt je prekrytý kožou, navonok nemusí byť vidi-

teľný. Väčšinou nespôsobuje takmer žiadne problémy, objaviť sa môže náhodne pri röntgenovom vyšetrení chrbtice. Sporadicky sa môžu objaviť problémy s inkontinenciou moču a stolice alebo sa môže objaviť nočné pomočovanie, čo je dôsledkom vývojového poškodenia miechy (tamtiež).

Vrodené anomálie končatín

K vrodeným anomáliám končatín zaraďujeme podľa M. Janeca (1991), R. Šlapalu (2007) a J. Gutvirta (1981) nasledujúce:

Amélia – úplné chýbanie končatín.

Dysmélia – vyskytuje sa v rôznych kombináciách. Končatiny sa nevyvinuli správne (chýbajú jednotlivé články prstov, články prstov vyrastajú priamo z predlaktia, kosti končatín nie sú dostatočne vyvinuté alebo chýbajú a pod.). Ak končatina vyrastá priamo z trupu ide o **fokoméliu** (v hovorovej reči sa na toto označenie používa aj výraz tulenia ruka).

Zrastené prsty na horných alebo dolných končatinách sa označujú ako **syndaktýlia** a zmnoženie prstov ako **polydaktýlia**. Syndaktýlia a polydaktýlia nemajú podstatnejší dopad na rozvíjanie pohybových funkcií s výnimkou jemnomotorických zručností. Primárne ide o estetické hľadisko. **Artrogrypóza** – rôznorodá skupina vrodených vývojových anomálií, ktorá sa vyznačuje kongenitálnymi kontraktúrami a stuhnutosťou kĺbov, zvyčajne vo flekčnej polohe a s hypopláziami alebo až s chýbaním svalov a pridružených tkanív. Postihnuté končatiny majú valcovitý vzhľad, zistia sa flekčné kontraktúry kolien, laktov, zápästí a iných kĺbov, deformity nôh a skolióza.

Detská mozgová obrna (DMO)

Detská mozgová obrna patrí medzi najčastejšie neurovývinové ochorenia (Kraus, 2005). Je to ochorenie neprogresívne, no vo svojich prejavoch nie nemenné. Najvýraznejšie zmeny postihujú muskulárno-skeletálny aparát. Spasticita podľa J. Krausa (2005) a R. Šlapalu (2007) obmedzuje normálnu hybnosť, nedovoľuje spontánne natáhovať sval, výsledkom čoho je tzv. „vynútené“ držanie, porucha rastu svalov a vznik kontraktúr, deformít kĺbov a kostí. DMO predstavuje výzvu pre celý systém komplexnej rehabilitačnej starostlivosti. Ide o komplexné a chronické neurologické postihnutie, ktoré si vyžaduje multidisciplinárnu starostlivosť. Detská mozgová obrna sa pre svoj častý výskyt v detskej populácii stala predmetom záujmu širšieho okruhu odborníkov ako pediatrov, neurológov, ortopédov, rehabilitačných pracovníkov, špeciálnych pedagógov a ďalších, ktorí sa zúčastňujú na starostlivosti o deti s uvedeným pos-

tihnutím. Z definícií je zrejmé, že príčiny tohto ochorenia sú buď prenatálne, perinatálne alebo postnatálne.

F. Kábele (1970, 1971) uvádza, že v Čechách a na Slovensku bolo v sedemdesiatych rokoch 20. storočia v školách a ústavoch pre telesne postihnutú mládež viac než 50 % detí s diagnózou DMO. Po viac ako štyridsiatich rokoch toto tvrdenie stále platí. Podľa klasického členenia sa DMO delí na formy **spastické** a **nespastické**.

Formy detskej mozgovej obrny a ich charakteristika

Väčšina autorov (Stehlík, 1977; Lesný, 1985; Kraus 2005) rozoznávajú dve základné formy DMO – spastickú a nespastickú formu. Medzi spastické formy DMO zaraďujeme: **hemiparetickú formu, diparetickú formu a kvadruparetickú formu.**

Hemiparetická forma – je podľa J. Krausa (2005) najčastejšie sa vyskytujúca spastická forma DMO. Spasticita postihuje hornú aj dolnú končatinu jednej polovice tela. Výraznejšie je však postihnutá horná končatina, ktorá býva ohnutá v lakti. Postihnutý jednotlivec našľapuje na špičku postihnutej nohy. Pohyblivosť postihnutej hornej končatiny je narušená natoľko, že postihnutý nedokáže upažiť, vyrovnať ruku v lakti, ohnúť ruku v päť, vytočiť ju smerom von. Výrazne je narušená aj jemná motorika ruky. Dolná končatina je do istej miery pohyblivá, do istej miery sa vytvorila kosovitá noha. Pri tzv. ľahkých formách je pohyblivosť končatín takmer normálna, viazne však jemná motorika postihnutej ruky a je viditeľné našľapovanie na špičku. Hemiparetická forma DMO vzniká v dôsledku poškodenia mozgu v oblasti mozgovej hemisféry, ktorá je protiľahlá smerom k postihnutým končatinám.

Diparetická forma – prejavuje sa symetrickým postihnutím s prevahou na dolných končatinách. Nápadná je aj disproporcija medzi dolnými končatinami a trupom, ktorý je v podstate vyvinutý normálne. Dolné končatiny sú viditeľne kratšie a slabšie. Svalová spasticita je badaateľná na väčších svalových skupinách. V dôsledku svalového napätia je viditeľné chybné držanie panvy a trupu. Stehná sú v dôsledku skrátenej svalov vo vnútornej rotácii. pohyblivosť obidvoch horných končatín je výrazne narušená, chôdza je možná s oporou barlí. Deti sa naučia chodiť približne medzi 3. až 5. rokom života. V chôdzi bráni dieťaťu aj nožnicovité postavenie končatín. Rozoznávame typickú chôdzu. Trup a panva sa predkláňajú dopredu, dolné končatiny sa pri chôdzi krížia, sú postavené špičkami k sebe, kolená sú ohnuté, typické je „kymácanie sa“ do strán. Diparetická forma DMO vzniká poškodením mozgového kmeňa v mieste, kde sa k sebe približujú motorické dráhy z obidvoch mozgových hemisfér. Mentálne schopnosti nie sú narušené aj preto, že mozgová kôra nie je zasiahnutá (Lesný, 1985).

Kvadruparetická forma – je podľa J. Tichého (1997) niekedy mylne považovaná za formu diparetickú, pretože vzniká tiež na podklade poškodenia v oblasti mozgového kmeňa. V tomto dôsledku sú však postihnuté všetky štyri končatiny s prevahou postihnutia dolných končatín. Prognóza ďalšieho motorického vývinu je menej priaznivá (Lesný, 1985).

K nespastickým formám zaraďujeme dyskinetickú formu a hypotonickú formu DMO.

Dyskinetická forma – (extrapyramídová) je pre ňu typická prítomnosť mimovôľových pohybov (dyskinéz), vôľou neovládateľných a nepotlačiteľných. Mimovôľové pohyby sa objavujú spontánne, dajú sa vyprovokovať rôznymi podnetmi (zľaknutím, bolesťou, pohľadkaním, návalom rôznych emócií a pod.). Ich intenzita sa zväčšuje pri tzv. chcených pohyboch, ktoré rušia a často aj znemožňujú. Mimovôľové pohyby postihujú aj svaly tváre, mimické svaly, žuvacie svaly, hltacie svaly a svaly, ktoré sa podieľajú na tvorbe reči. Záškľby na tvári vytvárajú rôzne grimasy, ktoré nezodpovedajú psychickému stavu postihnutého jednotlivca. Výrazne je narušená reč postihnutého.

Príčinou dyskinetickej formy DMO je poškodenie bazálnych ganglií. Inteligencia je spravidla intaktná, pretože nie je zasiahnutá mozgová kôra. Pri ťažkých formách je inteligencia narušená sekundárne v dôsledku vážneho narušenia pohybu.

Hypotonická forma – je pre ňu typický znížený svalový tonus, ktorý je výrazný hlavne na dolných končatinách. Okolo 3. roku života sa mení na spastickú alebo dyskinetickú formu.

Ak zotrvá v pôvodnej forme, je sprevádzaná ťažkým mentálnym postihnutím.

Jednotlivé formy DMO sa navzájom kombinujú, málokedy existujú izolovane. Najčastejšie sa kombinuje hemiparetická a diparetická forma DMO, vtedy hovoríme o triparetickej – zmiešanej forme DMO (Kraus, 2005).

Okrem uvedených postihnutí sa u jednotlivcov s DMO podľa J. Krausa (2005) uvádzajú:

- poruchy telesného vývinu;
- časté epileptické záchvaty – 42 % postihnutých DMO (hemiparetická forma);
- poruchy zraku (vizuálne poruchy) – škuľavosť (strabizmus), tupozrakosť (amblyopia), krátkozrakosť (myopia), mimovoľné, kmitavé pohyby očí (nystagmus), zvyšky zraku, zmenšovanie (atrofia) zrakového nervu;
- poruchy sluchu (auditívne poruchy) – chyby vnútorného a stredného ucha;
- znížená emocionálna citlivosť - apatia, labilita nálad;
- anomália chrupu a horného podnebia;
- poruchy dýchania ako dôsledok oblúkovitého prehnutia chrbtice dozadu (hrudníkovej kyfózy);
- obmedzenie sociálnych kontaktov.

Prognóza detí s DMO je rôzna. Závisí od formy a stupňa postihnutia. Môžeme však konštatovať, že najdôležitejšiu úlohu v prípade medicínskej intervencie – liečebnej rehabilitácie zohráva kinezioterapia, ktorú títo jednotlivci nevyhnutne potrebujú v priebehu celého života. Jej indikácia je nevyhnutná už v najranejšom štádiu vývinu jednotlivca, t. j. čím skôr po diagnostikovaní dieťaťa. V prípade zanedbania, respektíve nedostatočnej liečebnorehabilitačnej intervencie často u jednotlivcov s DMO vznikajú sekundárne nežiaduce prejavy, ako sú napríklad: chybné držania tela, kontraktúry svalov a šliach, poprípade vznikajú atrofie svalov, čo má za následok ustrnutie v pohybovom rozvoji jednotlivca s DMO s výraznými dôsledkami na edukačný proces. Na základe indikácie lekára špecialistu sú týmto jednotlivcom k dispozícii rôzne pomocné prístroje, ktoré im umožňujú pohyb v priestore.

2. Získané telesné postihnutia

V ktoromkoľvek období života jednotlivca môžu vzniknúť telesné postihnutia, buď ako následok závažnej choroby, napríklad choroby kostí a kĺbov a takisto aj choroby mozgu a mozgových blán (encefalitída a meningoencefalitída). Špecifickým typom telesného postihnutia sú anomálie vzniknuté napríklad tuberkulózou kostí a kĺbov alebo zápalových ochorení iného charakteru.

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

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

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

Svalovú (muskulárnu) dystrofiu zaradíme do skupiny nervovo-svalových ochorení. Je to progresívne, geneticky podmienené ochorenie charakterizované progresívnym ochabovaním svalov. Existuje asi tridsať typov svalových dystrofií charakterizovaných rôznym pôsobením a rozsahom postihnutia. Základnou črtou svalovej dystrofie je postupné zlyhávanie funkcií svalových vlákien, ktoré vedie až k ich zničeniu (Červenčíková, 1995). Vek, v ktorom sa príznaky prvýkrát objavia, je v rozpätí od detstva až po dospelosť. Všetky formy svalovej dystrofie sa časom zhoršujú, keďže dochádza k progresívnej degenerácii a slabnutiu svalov. Väčšina pacientov postupom času stráca schopnosť chodiť. K najčastejšie sa vyskytujúcim

a najprogressívnejším svalovým dystrofiám v detskom veku patrí tzv. Duchennova svalová dystrofia, preto jej budeme venovať v nasledujúcom texte viac pozornosti.

Duchennova muskulárna dystrofia (DMD)

Špecifickým prípadom s nepriaznivou prognózou je Duchennova svalová dystrofia (myopatia), ktorá postihuje výlučne chlapcov, vo veľmi ojedinelých prípadoch aj dievčatá. V odbornej literatúre sa uvádza 1:3 500 novonarodených chlapcov. Choroba sa viaže buď na X chromozóm recesívne, alebo vzniká spontánne vo vaječnej bunke matky (Mortier, 1994 in Vítková, 2006). Vedie k úplnému rozpadu svalových vlákien. Je spôsobený mutáciou génu, ktorý kóduje proteín dystrofin. Dystrofinový gén je lokalizovaný práve na X chromozóme, keďže ženy majú dve kópie X chromozómu, väčšinou sú len prenášačkami a majú len nepatrné problémy. Všetci muži postihnutí DMD majú poškodený dystrofinový gén, a preto neprodujú dostatok proteínu vo svojich svaloch. Duchennova muskulárna dystrofia môže postihnúť ktorúkoľvek rodinu, aj takú, kde sa svalové ochorenie nikdy nevyskytlo. Prvé príznaky choroby sa objavujú medzi 2. až 6. rokom života. Najskôr zasahuje priečne pruhované svaly panvy, neskôr prechádza na priečne pruhované svaly pletencov končatín. K počiatočným symptómom patria časté pády, iný spôsob chôdze, ako majú iné, zdravé deti. Je to takzvaná kačacia chôdza, typická pre jednotlivcov s myopatiou (dieťa začína chodiť v hyperlordóze, kolísavo s vystrčeným bruškom), zväčšená lordóza, problémy s chôdzou po schodoch, šplhavý spôsob vstávania zo zeme (myopatické šplhanie), neschopnosť skákať, svalová slabosť vo všeobecnosti, hypertrofia lýtok. Asi po 6 až 10 rokov po vypuknutí choroby (je to veľmi individuálne) je dieťa absolútne odkázané na invalidný vozík v dôsledku neschopnosti chodiť. Je to ochorenie, ktoré sa končí letálne, odborná literatúra uvádza vekovú hranicu 20 až 30 rokov.

Poruchy zakrivenia chrbtice – idiopatická skolióza

Skoliózu definujeme ako vybočenie chrbtice vo frontálnej rovine. Rozoznáveme niekoľko typov. K najčastejším sa vyskytujúcim a zároveň k najkomplikovanejším skoliózam v oblasti jej fyziologických prejavov a následnej liečby patrí idiopatická skolióza, ktorá závažným spôsobom ovplyvňuje pohyblivosť jednotlivca.

Idiopatická skolióza má neznámu etiológiu. Je najpočetnejšia zo všetkých typov skolióz. Začiatok tohto typu skoliózy môže byť v ktoromkoľvek veku od narodenia až po ukončenie rastu kostí. Idiopatická skolióza vzniká u zdravých detí. Začiatok tejto skoliózy je sústredený do troch vekových období:

- v 1. roku života dieťaťa,
- medzi 5. a 6. rokom života dieťaťa,

- medzi 11. rokom a ukončením rastu kostí.

Len výnimočne je začiatok tejto skoliózy medzi 8. a 9. rokom veku dieťaťa. Ako príčinu uvádzajú autori tzv. multifaktoriálnosť. Podiel dedičnosti je minimálny. Najvýznamnejším etiológickým faktorom je nerovnomerný rast. V ktorejkoľvek rastovej fáze môžu nastať poruchy, ktoré sú aj príčinou nerovnomerného rastu a teda aj skoliózy.

Špecifiká a osobitosti vývinu detí s telesným postihnutím

Vývin a zrenie centrálnej nervovej sústavy (CNS) je detí telesným postihnutím v ranom veku veľmi špecifický proces, ktorý ovplyvňujú tri základné faktory. Prvým je samotná prítomnosť konkrétneho telesného postihnutia, ktorého dôsledky na proces psychomotorického vývinu môžeme iba predpokladať, druhým (nie druhoradým) faktorom je vplyv prostredia v tom najširšom ponímaní – nemocničné prostredie, odlúčenie od matky, citová deprivácia, ktorá môže vzniknúť aj na podklade odmietania matky, počas prekonávania jednotlivých fáz prijatia dieťaťa s telesným (často mutilujúcim) postihnutím, deficit motorických podnetov atď. A tretím určitá genetická „výbava“, resp. predispozícia organizmu dieťaťa aktivovať kompenzačné a obranné mechanizmy v rôznych záťažových situáciách. Pri mnohých diagnózach, ako je detská mozgová obrna, hydrocefalus, pri rôznych syndrómoch, úrazoch či infekciách v ranom veku dieťaťa sa prognóza stanovuje veľmi ťažko. Dôsledkom týchto diagnóz a chorôb môže byť aj prítomnosť mentálneho, resp. viacnásobného postihnutia. Proces vývinu CNS je predmetom skúmania rôznych odborníkov, ktorí svojimi výskumnými výsledkami otvárajú nové možnosti aj pre oblasť špeciálnej pedagogiky a odboru pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Poznatky detskej neurológie a vývinovej psychológie tvoria základ kvalifikovanej intervencie špeciálneho pedagóga.

Telesné postihnutie v ranom veku dieťaťa v sebe nesie veľké ohrozenie v zmysle kontinuity vývinu a maturácie vo všetkých oblastiach:

Ohrozenie v oblasti pohybového vývinu – aj v takých prípadoch, kedy nejde o primárne postihnutie pohybového aparátu, môže napr. viesť k deficitu pohybových podnetov či k zníženej fyzickej zdatnosti dieťaťa.

Ohrozenie v oblasti kognitívneho vývinu – napr. hospitalizmus, rýchla unaviteľnosť dieťaťa, dlhodobá iritácia dieťaťa alebo naopak, apatia voči okoliu ako negatívny dôsledok častých nepríjemných liečebných zásahov, to všetko môže viesť k zníženej schopnosti percepcie a kognitívnych funkcií. Takéto dieťa stráca záujem o okolie, je pasívne, bez iniciatívy, čo u detí raného veku môže pomerne za krátky časový úsek viesť k zaostávaniu v psychomotorickom vývine.

Ohrozenie v oblasti emocionálneho vývinu – v ranom veku dieťaťa je emocionálny vývin úzko spätý s vývinom kognitívnych funkcií. Narušenie vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom (ak medzi matkou a dieťaťom nedochádza k harmonickej interakcii) predstavuje riziko pre zdravý psychický vývin dieťaťa.

Narušenie komunikačnej schopnosti – narušenie vývinu reči u detí s telesným postihnutím môže byť spôsobné orgánovým poškodením, narušením funkcie hovoričiek alebo dlhodobou frustráciou, kedy popri zaostávaní v psychomotorickom vývine môže dôjsť aj k zaostávaniu vo vývine reči (napr. u detí s DMO je často prítomná dyzartria).

Socializáciu u detí s telesným postihnutím vo výraznej miere, viac ako primárne narušenie hybnosti, znemožňujú poruchy reči. T. Harčaričková (2011) uvádza, že mozgové centrá, ktoré ovládajú reč a porozumenie reči (Brocovo centrum, Wernickeho centrum) ležia v blízkosti primárneho motorického kortexu a oblasti senzorickej mozgovej kôry, ktoré bývajú najviac postihnuté zvlášť pri kvadruparetickej forme DMO. Pri dyskinetickej forme DMO sú poruchy reči spôsobené inkoordináciou svalových skupín v dôsledku dyskinéz. Veľmi dôležitá je preto v tejto skupine detí včasná logopedická intervencia, respektíve u detí s ťažkou poruchou reči je potrebný nácvik alternatívnej, respektíve augmentatívnej komunikácie.

Vyvíjajúci sa mozog je v daných obdobiach špecifickejšie citlivý a vnímavý na stimuly z prostredia. Prikláňame sa k názoru, že dôkladné poznanie jednotlivých senzitivných období je jednou z hlavných požiadaviek plánovania a realizácie stimulácie psychomotorického vývinu aj u detí s telesným postihnutím.

V ranom vývine dieťaťa sa však rovnako nachádzajú aj určité „kritické body“, ktoré nás upozorňujú na odchýlky vo vývine. Každý takýto stav si vyžaduje následne odborné vyšetrenie a včasnú intervenciu:

- po 2. mesiaci u dieťaťa nie je prítomný reaktívny sociálny úsmev,
- po 3. mesiaci sa dieťa nedvíha na predlaktie,
- po 5. mesiaci nechopuje predmety,
- po 8. mesiaci nesedí bez opory,
- po 9. mesiaci nelezie,
- po 10. mesiaci nechytá predmety medzi palec a ukazovák,
- po 12. mesiaci nevie vysloviť žiadne slovo,
- po 13. mesiaci nestojí,
- po 15. mesiacoch nechodí,
- po 2. roku nehovorí v krátkych vetách.

Významnú rolu už v ranom veku dieťaťa s telesným postihnutím zohráva dôležitosť vysoko kvalitnej dobre navrhutej ranej intervencie s podporou s cieľom rozvoja harmonického všestranného rozvoja každého dieťaťa.

5.2 Špecifická predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s telesným postihnutím

Pri výchove a vzdelávaní dieťaťa s telesným postihnutím je potrebné mať na zreteli, či ide o dieťa, ktoré má z hľadiska prognózy: – telesné postihnutie, ktoré má relatívne stabilizovaný charakter, – telesné postihnutie, kde sa liečbou dosahuje zlepšenie stavu jedinca, – telesné postihnutie, pri ktorom sa stav jedinca zhoršuje.

Pri telesnom postihnutí môže ísť o poruchy chôdze, rovnováhy, hybnosti, imobilitu, chyby tvaru lebky, poruchy deformujúce a detskú mozgovú obrnu, ktorá je považovaná za jednu z najčastejších príčin vrodeného telesného postihnutia.

V pedagogickej praxi sa vychádza z toho, či dieťa s telesným postihnutím dokáže: 1. udržať polohu tela v sede a v stoji – problémy môžu nastať v tom, že neudrží vzpriamený trup a hlavu, takže potrebuje oporu, nie je schopné stáť alebo stojí len s oporou, 2. vykonávať lokomočné pohyby, pričom môže byť neschopné chodiť s pomocou – je imobilný, schopný chodiť s pomocou (druhej osoby, barly) – čiastočne mobilný, schopný chodiť samostatne – mobilný, 3. vykonávať manipulačné pohyby – obmedzenie podľa druhu a rozsahu porúch hybnosti horných končatín.

Predprimárne vzdelávanie a rehabilitácia detí s telesným postihnutím, ktorá sa realizuje v materskej škole pre deti s telesným postihnutím, by mala mať tieto základné ciele:

- poskytnúť deťom s telesným postihnutím také podmienky, ktoré im umožnia získať rovnocenné vzdelanie a výchovu ako intaktnej populácii,
- umožniť deťom s telesným postihnutím plnohodnotnú prípravu na vstup do základnej školy a vytvoriť predpoklady na jej úspešné zvládnutie podľa ich osobitostí a schopností.

Sústava škôl a školských zariadení v Slovenskej republike je vytvorená na základe legislatívy, ktorá umožňuje plnenie povinnej školskej dochádzky deťom od dovŕšenia šiesteho roku veku, ak je dieťa primerane telesne alebo duševne vyspelé. V rámci tejto výchovno-vzdelávacej sústavy sú vytvorené podmienky, ktoré by mali zabezpečiť rozvíjanie duševných a telesných schopností všetkým deťom – bez rozdielu rasy, pohlavia, náboženstva a zdravotného stavu, čo deklaruje aj Dohovor o právach dieťaťa.

Materská škola je inštitúcia, ktorá zaškoľuje deti spravidla vo veku od troch do šiestich rokov. Ako uvádza školský zákon³⁰ materská škola podporuje osobnostný rozvoj detí v oblasti so-

³⁰ Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ciálne-emocionálnej, intelektuálnej, telesnej, morálnej, estetickej, rozvíja schopnosti a zručnosti, utvára predpoklady na ďalšie vzdelávanie. Pripravuje na život v spoločnosti v súlade s individuálnymi a vekovými osobitosťami detí.

Stále častejšie je vyzdvihovaný význam materských škôl pre sociálny vývin a veľká výhoda je aj vo vzdelávaní prostredníctvom hry (Kern a kol., 1999).

Dieťa s telesným postihnutím môže byť vzdelávané

- a) v špeciálnej materskej škole pre deti s telesným postihnutím,
- b) v špeciálnej triede pre deti s telesným postihnutím materskej školy,
- c) v triede materskej školy, t.j. v školskej integrácii.

Špeciálna materská škola pre deti s telesným postihnutím

Materskú školu pre deti s telesným postihnutím možno zriadiť pre najmenej desať detí. Zrušiť ju možno, ak klesne počet detí pod osem. V odôvodnených prípadoch, najmä z dôvodu dostupnosti, ju možno so súhlasom zriaďovateľa ponechať zriadenú aj s menším počtom detí, najmenej však s počtom štyri. Materská škola pre deti s telesným postihnutím sa vnútorne člení na triedy, do ktorých sa spravidla zaraďujú deti rovnakého veku. Trieda sa zriaďuje najmenej pre štyri deti, najvyšší počet detí je osem. Riaditeľ školy môže povoliť prekročenie najvyššieho počtu žiakov v triede najviac o dvoch.

Vzdelávacia aktivita sa realizuje analogicky ako v materských školách bežného typu. Vzhľadom na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby detí s telesným postihnutím má určité špecifiká.

Špeciálna trieda pre deti s telesným postihnutím

Vzdelávacia aktivita v špeciálnej triede sa realizuje analogicky ako v materských školách bežného typu. Vzhľadom na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby dieťaťa s telesným postihnutím sa pri výchove a vzdelávaní zohľadňujú vyššie uvedené špecifiká výchovy a vzdelávania.

Školská integrácia v triede materskej školy

Pri výchove a vzdelávaní dieťaťa s telesným postihnutím v školskej integrácii sa odporúča postupovať podľa *individuálneho vzdelávacieho programu*.

5.2.1 Vzdelávacie oblasti

Vzdelávací program pre deti s telesným postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017) obsahuje tie isté vzdelávacie oblasti ako Štátny vzdelávací program pre predprimárne vzdelávanie v materských školách (2016) – **jazyk a komunikácia, matematika a práca s informáciami, človek a príroda, človek a spoločnosť, človek a svet práce, umenie a kultúra, zdravie a pohyb.**

Keďže má telesné postihnutie charakter multiheterogénosti, prejavuje sa to v rôznej etiológii, dôsledkoch jednotlivých telesných postihnutí, ako aj v symptomatológii každého telesného postihnutia, obsah a ciele vzdelávania jednotlivých vzdelávacích oblastí sú prispôsobené stupňu a charakteru telesného postihnutia. Fenomén telesného postihnutia vo väčšej či menšej miere ovplyvňuje každú zo vzdelávacích oblastí. Špecifickosť vzdelávacích oblastí je teda úzko spätá s rôznorodosťou telesného postihnutia.

Pri výchove a vzdelávaní detí s telesným postihnutím vo všetkých etapách vývinu je špecifické to, že je potrebné vyrovnať sa s rôznorodými poruchami hybnosti. Porucha hybnosti môže zasiahnuť jemnú aj hrubú motoriku. Na začiatku treba u detí s telesným postihnutím zistiť úroveň pohybových možností, či sa môžu pohybovať samostatne, alebo s pomocou. Ako uvádza M. Vítková (2006), školské prostredie dieťaťa s telesným postihnutím treba riešiť tak, aby bolo čo možno najviac nezávislé na cudzej pomoci (toaleta, jedáleň, šatňa, umývaňa). Mobilita jednotlivcov s telesným postihnutím veľmi podstatne ovplyvňuje kvalitu ich života a tiež sa stáva veľmi dôležitým predpokladom ich úspešnej sociálnej integrácie.

Telesné postihnutie má však aj vedľajšie obmedzujúce faktory. Deti sú často neprítomné v predškolskom zariadení, predovšetkým z dôvodov častých lekárskeho zákrokov a následnej starostlivosti vrátane pobytov v kúpeľoch, sú viac unaviteľné, potrebujú viac času na relaxáciu.

Dieťa s DMO má podľa J. Krausa (2005) a M. Vítkovej (2006) okrem problémov s jemnou a hrubou motorikou aj komunikačné problémy, ktoré vo väčšej či menšej miere znemožňujú kontakt dieťaťa s telesným postihnutím s učiteľom. Dieťa, uvádza J. Kraus (2005), musí klásť otázky, tvoriť odpovede a pýtať sa na nejasnosti. Len tak môže byť aktívnym účastníkom výučby. Pri vzdelávacích aktivitách má byť dieťa s telesným postihnutím aktívne, flexibilné, zvedavé. Často však trpia frustráciou v dôsledku toho, že nemôžu dosiahnuť ciele, ktoré by boli úmerné ich aktivite. Maximálna snaha, vzhľadom na ich postihnutie a minimálny dosiahnutý výsledok, ich môže priviesť k pasivite a k očakávaniu pomoci z okolia.

U detí s narušenou komunikačnou schopnosťou sa môže vyvinúť podľa M. Vítkovej (2006) a J. Krausa (2005) minimálna rečová symbolika s malým obsahom expresívnej variability komunikačných možností. Veľmi dôležitá je preto v tejto skupine detí včasná individuálna logopedická intervencia, respektíve u detí s ťažkou poruchou reči je potrebný nácvik alternatívnej respektíve augmentatívnej komunikácie.

Špecifiká vzdelávania detí s telesným postihnutím v predškolskom veku závisia vždy od druhu a stupňa postihnutia. V prípade, že má dieťa postihnuté len dolné končatiny, môže sa aktívne zúčastňovať takmer bez obmedzenia. Je potrebné zohľadňovať zvýšenú unaviteľnosť. Vo vzdelávacích oblastiach, na ktorých je to možné, môžeme predškolákovi s telesným postihnutím „ponúknuť“ ležanie na koberci, podložke, žinenke.

Ďalšou skupinou je skupina detí s postihnutím horných končatín. Postihnutie horných končatín sa v plnej miere prejaví v školskej práci, ako je písanie, dopĺňanie, obkresľovanie, teda v grafomotorike. V niektorých prípadoch dieťa nie je schopné plniť tieto úkony. Z toho dôvodu je potrebné pripraviť mu špeciálne písacie potreby, zväčšené texty respektíve pracovné listy na dopĺňovanie, pretože ich grafický prejav je často neidentifikovateľný. Dokonca je niekedy potrebné voliť jednu z foriem kompenzácie písania, ako je napríklad práca s tabletom alebo počítačom. Cesty získavania vedomostí môžu byť rôznorodé. Dôležitý je cieľ – porozumieť zadaniu, úlohe a aktívne ho spracovať. Dôležitú úlohu a výrazný efekt pri získavaní, spracovávaní a aplikácii preberanej témy môžu zohrávať aj didaktické pomôcky. Didaktické pomôcky sú materiálne predmety, ktoré sa používajú bezprostredne pri práci, slúžia k hlbšiemu osvojovaniu si vedomostí. Je to materiál, ktorý umožňuje telesne postihnutým deťom lepšie spoznávať skutočnosť. Obmedzená pohyblivosť však môže spôsobiť, že niektoré ich predstavy o reálnom svete môžu byť skreslené.

5.2.2 Vzdelávacie štandardy

V rámci Vzdelávacieho programu pre deti s telesným postihnutím postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017) sú vzdelávacie oblasti rozpracované do výkonových a obsahových štandardov, ktoré sú prakticky zhodné so vzdelávacími štandardmi uvedenými v Štátnom vzdelávacom programe pre predprimárne vzdelávanie (2016). **Plnenie obsahového a výkonového štandardu je však ovplyvnené stupňom a charakterom telesného postihnutia a z toho vyplývajúcich individuálnych schopností a možností dieťaťa s telesným postihnutím.**

Ťažiskom pôsobenia pedagogických zamestnancov v materskej škole je snaha o maximálne rozvíjanie ich mentálnych, pohybových schopností a pracovných zručností, o optimálne začlenenie detí s rôznym druhom a stupňom telesného postihnutia do života, aby sa dosiahla čo možno najvyššia miera zaškolenia v materskej škole pre deti s telesným postihnutím s čo najlepšími vedomostným základom a predpokladom zvládnuť prípravný, resp. prvý ročník základnej školy pre žiakov s telesným postihnutím.

Výchova a vzdelávanie detí s telesným postihnutím sa odlišuje od vzdelávania intaktných detí práve v dôsledku telesného postihnutia a jeho dopadu na možnosti dieťaťa. Obsah činnosti sa redukuje – individualizuje z dôvodu neschopnosti dieťaťa dané činnosti vykonávať. Medzi činnosti sa zaraďujú špecifické cvičenia, ktoré podľa potreby konkrétneho dieťaťa rozvíjajú poškodené funkcie alebo absentujúce funkcie kompenzujú. Plán výchovy a vzdelávania sa individualizuje vzhľadom na potreby a možnosti dieťaťa. Snahou je dosiahnuť čo najvyššiu úroveň v oblasti perceptuálno-motorickej, kognitívnej a sociálno-emocionálnej ako základ pripravenosti na školské vzdelávanie a na život v spoločnosti.

5.2.3 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Súčasťou denného poriadku sú hry a hrové činnosti, pohybové a relaxačné cvičenia, pobyt vonku, odpočinok a činnosti zabezpečujúce životosprávu. Špecifikum pri výchove a vzdelávaní detí s telesným postihnutím tvoria **rehabilitačné cvičenia**, ktoré sa realizujú niekoľkokrát v týždni a je pre ne stanovený pevný čas, **ergoterapia** zodpovedajúca potrebám dieťaťa vzhľadom na jeho diagnózu, **logopédia** vychádzajúca taktiež z potrieb dieťaťa a **psychologické vyšetrenia a konzultácie**. Vzdelávacia aktivita sa realizuje frontálne, individuálne alebo v skupine detí.

Materská škola pre deti s telesným postihnutím má aj svoje špecifiká:

- vytváranie skupín detí podľa druhu a stupňa postihnutia,
- zohľadnenie špecifik osobnosti dieťaťa s telesným postihnutím (znížená miera koncentrácie, pozornosti, oslabená pamäť, neprimerané emocionálne reakcie, podráždenosť, vzdorovitosť, sociálne zaostávanie v dôsledku obmedzeného pohybu),

Pri denných činnostiach s učiteľkou úzko spolupracujú:

Asistent učiteľa – pracuje v triede, ktorú navštevuje dieťa alebo viac detí s telesným postihnutím, ak si to vyžaduje výchova a vzdelávanie príslušného dieťaťa v závislosti od závažnosti jeho postihnutia, na základe odporúčenia centra špeciálno-pedagogického poradenstva.

Školský logopéd – poskytuje dieťaťu s telesným postihnutím s narušenou komunikačnou schopnosťou (symptomatickou poruchou reči) individuálnu alebo skupinovú logopedickú intervenciu.

Pomocný zdravotnícky personál – pomáha dieťaťu s telesným postihnutím pri sebaobslužbe v závislosti od závažnosti jeho zdravotného postihnutia (pomáha pri umývaní, kŕmení, hygieny a pod.).

Literatúra

ČERVENČÍKOVÁ, S.: *Život so svalovou dystrofiou*. Prievidza: Kultúrne a spoločenské stredisko, 1995.

GUTVIRT, J. a kol.: *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1981.

HARČARÍKOVÁ, T.: *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – teoretické základy*. Bratislava: IRIS, 2011. ISBN 978-80-89238-59-0.

HARČARÍKOVÁ, T.: *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených v kontextoch edukácie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. ISBN 978-80-7464-631-7.

JANEC, M.: *Starostlivosť o deti s vrodenými chybami*. Martin: Osveta, 1991. ISBN 80-217-0279-6

KÁBELE, F.: *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova v Prahe, 1992. ISBN 80-7066-533-5.

KÁBELE, F.: Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou. In Otázky defektologie 13. samostatná příloha v č. 2 10, s. 1 – 76. 1970/71.

KOLLÁROVÁ, E.: *Somatopédia pre učiteľov*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. ISBN 978-80-223-2283-6.

KOLLÁROVÁ, E.: *Základy somatopédie*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2006. ISBN 80-223-2107-9.

KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KUBÍČOVÁ, Z. – KUBÍČE, J.: Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v MŠ a ZŠ. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-166-0.

LECHTA, V. a kol.: *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978 -262-1123-5.

LESNÝ, I.: Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Praha: Avicenum, 1985.

OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: PF Univerzita Masarykova, 2003. ISBN 80-210- 3242-1.

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

STEHLÍK, A. a kol.: *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: AVICENUM, 1977. 242 s.

ŠLAPAL, R.: *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.

- TICHÝ, J. a kol.: *Neurologie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-750-X.1998.
- VANČOVÁ, A.: Viacnásobné postihnutie – aktuálny problém špeciálnej pedagogiky. In *Pedagogika specialis X*. 1999, s.77-109, ISBN 80-223-1344-0.
- VANČOVÁ, A.: *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaenta, 2002. ISBN 80-967 180-7-X.
- VANČOVÁ, A.: Niektoré špecifické problémy edukácie ťažko viacnásobne postihnutých. In *Pedagogika specialis XXI* . Bratislava: Univerzita Komenského 2002, s. 7-14. ISBN 80-223-1715-2.
- VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-85424-98-3.
- Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.
- Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Výchova a vzdelávanie detí s narušenou komunikačnou schopnosťou v predprimárnom vzdelávaní

Viktor Lechta, Luboslava Porubovičová, Zdenka Cirjaková

Fenomén narušenej komunikačnej schopnosti má oproti iným druhom zdravotných znevýhodnení viacero výrazných špecifik. Spomedzi nich jedným z najnápadnejších rozdielov medzi narušenou komunikačnou schopnosťou (ďalej aj „NKS“) a postihnutím je skutočnosť, že pri NKS u dieťaťa veľmi často existuje možnosť reparability, t.j. možnosť úplného odstránenia NKS³¹. Táto možnosť je zvyčajne najväčšia práve v predškolskom veku – v období predprimárneho vzdelávania. V tomto veku totiž často ešte nie je NKS úplne zafixovaná, alebo sa jej klinický obraz ešte iba začína postupne rozvíjať.

Na druhej strane je však tiež skutočnosťou aj to, že nevhodné výchovné prístupy, zanedbávanie detí, nesprávny rečový vzor zo strany najbližšieho prostredia atď. môžu v tomto období spôsobiť vznik, zafixovanie alebo pretrvávanie NKS s jej všetkými možnými ďalšími negatívnymi dôsledkami pre celý ďalší vývin dieťaťa. Napríklad narušený vývin reči sa všeobecne pokladá za významný prekursor budúcich ťažkostí dieťaťa v učení (Mikulajová, 2016).

Obidve spomínané skutočnosti názorne dokazujú, že v období predprimárneho vzdelávania je nevyhnutné venovať komunikačnej schopnosti dieťaťa³² mimoriadnu dôležitosť. Napriek tomu však má na prahu školskej dochádzky približne 40 % detí problémy so správnou výslovnosťou. Potreba skvalitniť starostlivosť o komunikačnú schopnosť detí v materských školách je aj z tohto dôvodu mimoriadne nájstojčivá.

³¹ Alebo dokonca jestvuje možnosť efektívnymi preventívnymi opatreniami vzniku NKS u tzv. rizikových detí úplne predísť.

³² Komunikačná schopnosť je schopnosť človeka vedome a podľa patričných noriem používať jazyk ako systém znakov a symbolov v celej jeho komplexnosti a vo všetkých jeho formách, a to s cieľom realizovania určitého komunikačného zámeru (Lechta, 2016b).

6.1 Charakteristika dieťaťa s narušenou komunikačnou schopnosťou v predškolskom veku

Viktor Lechta

NKS je extrémne heterogénna kategória. Ako argument postačí, ak porovnáme napríklad ľahkú šušlavosť, ktorú si niekto ani nemusí všimnúť, s ťažkým dysgramatizmom alebo stratou reči. Preto ju ani nemožno vymedziť v rámci Medzinárodnej klasifikácii chorôb MKCH ako jedinú diagnostickú jednotku: v MKCH môže byť evidovaná samostatne, (napr. zajakavosť sa uvádza pod kódom F.98.5, brblavosť pod kódom F.98.6), ale môže byť tiež súčasťou iných klinických obrazov, prejavom rôznych postihnutí/ochorení, samostatných kategórií MKCH. V týchto prípadoch ide v predškolskom veku často o symptomatické poruchy reči (Lechta, 2011), napríklad rečové osobitosti u detí s mentálnym postihnutím, detskou mozgovou obrnou atď., ktoré si vyžadujú dlhodobú systematickú a transdisciplinárnu starostlivosť. Keďže predmetom nášho záujmu je NKS v predškolskom veku, v období predprimárneho vzdelávania, kedy vrcholí proces osvojovania materinského jazyka, je treba zdôrazniť, že v tomto období sa komunikačné problémy dieťaťa často viažu na narušený vývin reči – v rámci MKCH kategória Špecifické poruchy reči a jazyka F.80 s jej viacerými subkategóriami. Z hľadiska tohto základného vymedzenia je tiež dôležité vedieť, (Lechta, 2016b), že za NKS v predškolskom veku nepokladáme: fyziologickú hatlavosť, t.j. nesprávnu výslovnosť niektorej hlásky bez vážnych orgánových odchýlok, porúch sluchu atď. u dieťaťa pred dovŕšením zhruba 5. roku života; vývinovú dysfluenciu – určité neplynulosť v rečovom prejave cca okolo 3 – 4 roku života; fyziologický dysgramatizmus – ľahšie nesprávnosti v morfológicko-syntaktickej rovine jazyka (napr. „dobrý/dobřejší“) približne do 4. roku života dieťaťa. Je však zrejmé, že napriek tomu, resp. práve preto si tieto deti vyžadujú cieľenú starostlivosť, aby z fyziologických odchýlok nevznikla pri nesprávnych výchovno-vzdelávacích prístupoch NKS.

Z uvedených dôvodov by bolo z vecného i priestorového hľadiska kontraproduktívne vychádzať zo všetkých možných druhov NKS a ich dopadu na socializáciu, senzomotoriku, emocionalitu, kogníciu, lingvistiku (koncept SMEKL). U detí v predškolskom veku s NKS treba v uvedených súvislostiach vychádzať z konceptu SMEKL a postupne opisovať špecifiká socializácie, senzomotoriky, emocionality, kognície, lingvistiky podľa najfrekvencovanejších a/alebo najťažších druhov NKS viazaných na predškolský vek a charakterizovať ich z aspektu *vývinovej typológie*. V zmysle tejto typológie možno SMEKL charakterizovať z viacerých aspektov. Pri *obmedzenom vývine* ide o krajne negatívnu prognózu: ťažké postihnutie praktic-

ky znemožňuje dieťaťu dosiahnuť úroveň bežného vývinu reči; pri *oneskorenom vývine* ide o zjavnú vývinovú retardáciu, ale dieťa má skrytý alebo zjavný potenciál, umožňujúci (napr. pri včasnej intervencii) dosiahnuť úroveň bežného vývinu; no ak sa tento potenciál nevyužije, vzniká riziko obmedzeného vývinu. Ak v priebehu vývinu reči dôjde k *prerušeniu*, po prerušení môže v závislosti od konkrétnych okolností prebiehať buď obmedzený, alebo oneskorený vývin. Pri *akcelerovanom vývine* evidujeme zjavný nadštandard: môže byť permanentný alebo dočasný. Pri *asymetrickom vývine* sa niektoré vývinové komponenty oneskorujú, iné sú v norme, prípadne majú aj znaky akcelerovaného vývinu. Táto typológia poskytuje vhl'ad do jednotlivých oblastí konceptu SMEKL ako užitočné východisko, rovnako ako pôvodná typológia M. Sováka (1972), z ktorej vychádzame, pričom ju modifikujeme a rozširujeme (Lechta, 2016a).

Oblasť socializácie

Prognóza socializácie dieťaťa vo všeobecnosti je vždy veľmi náročná: kritériá svojej osobnej, subjektívne vnímanej úspešnosti socializácie totiž nemusia byť vždy identické s jej všeobecne proklamovaným ponímaním. Ešte viac to však platí pre subjektívne ponímanie socializácie, ak ide o deti s NKS v predškolskom veku. U nich totiž môžu pôsobiť aj iné, ďalšie úplne odlišné, ale veľmi významné premenné súvisiace s príčinami, prejavmi i dôsledkami tohto zdravotného znevýhodnenia a s reakciami prostredia naň, o ktorých pri intaktnej populácii zvyčajne nemusíme pri hodnotení sociálneho komponentu SMEKL uvažovať. K primárne vzniknutej NKS sa preto môže sekundárne pridružiť sociálny handicap. Ako upozorňuje aj L. Požár (2016), oneskorenie v oblasti socializácie zvykne mať preto v takýchto prípadoch v značnej miere aj sekundárny charakter (Požár, 2016).

Je známe, že jednu z dominantných úloh v socializácii človeka zohráva komunikácia. Preto patrí úroveň komunikačnej schopnosti dieťaťa k hlavným kľúčom rozvoja potenciálu jeho sociability. Možno konštatovať, že vlastne každý druh NKS sa môže viac alebo menej negatívne prejavovať na rozvoji socializácie dieťaťa. *Čo sa týka najnápadnejších prípadov* vplyvu NKS na sociabilitu dieťaťa v predškolskom veku, zvyčajne tu možno pozorovať markantný vplyv zajakavosti (dieťa s ťažkým stupňom zajakavosti sa môže dokonca až úplne vyhýbať verbálnym sociálnym kontaktom), prípadne mutizmu (pri odmietaní verbálnej komunikácie) a narušeného vývinu reči. Môže sa tu postupne rozvinúť neadekvátne, zvyčajne nízke sebahodnotenie, posun ašpiračnej úrovne dieťaťa s NKS smerom nadol. *Pokiaľ ide o frekvenciu výskytu*, najčastejšie sa na socializácii dieťaťa s NKS v predškolskom veku nepriaznivo preja-

vuje oneskorenie vo vývine osvojovania materinského jazyka. Treba však spomenúť aj nepriaznivý vplyv sociálne znevýhodňujúceho prostredia na rozvoj komunikačnej schopnosti.

Oblasť senzomotoriky

Kým oblasť zrakového vnímania nemusí byť u detí s NKS mimoriadne nápadná a oblasť sluchového vnímania tvorí v rámci porúch sluchu osobitnú nozologickú kategóriu, motorické zručnosti súvisiace s prehovorom sú špecifické u väčšiny detí s NKS.

Priebeh osvojovania motorických zručností patrí medzi navonok najnápadnejšie oblasti ontogenézy dieťaťa. Ak si uvedomíme, že hovorenie ako proces je vlastne motorickým aktom, význam vývinu motoriky vzhľadom na vývin komunikačnej schopnosti sa dostane razom do popredia³³. Pokiaľ ide o konkrétne súvislosti s komunikačnou schopnosťou, je cieľu primerané porovnávať osobitne trend vývinu hrubej motoriky a osobitne vývin jemnej motoriky.

Pokiaľ ide o *hrubú motoriku* možno evidovať oneskorený alebo obmedzený vývin najmä pri symptomatických poruchách reči, napr. v ťažkých prípadoch DMO. Príkladom tu môže byť zaostávanie vo vývine samostatnej schôdze, ktoré znemožňuje dieťaťu samostatne, aktívne získavať informácie napríklad o vzdialenejších predmetoch a javoch prístupím k nim, ktoré potom umožní následné experimentovanie s nimi atď., čo sa odráža negatívne o. i. na rozvoji obsahovej stránky reči.

Čo sa týka jemnej motoriky, každý prehovor dieťaťa je veľmi precízne koordinovaným motorickým artikulačným aktom, a preto je pochopiteľné, že problémy s jemnou motorikou artikulačného aparátu majú niektoré deti s hatlavosťou, špecifickými poruchami učenia, ADHD atď. Žiaduca koordinácia celého artikulačného aparátu, najmä pri tzv. ťažkých hláskach ako napríklad sykavky, R, ktorá zvyčajne vrcholí na prelome predškolského a školského veku, sa môže u týchto detí posunúť až do obdobia zaškolovania, čo treba rešpektovať pri koncipovaní vzdelávacích programov v oblasti jemnej motoriky. Z praxe je tiež známe, že jemná motorika rúk (napr. tzv. pinzetový úchop – schopnosť držať predmety medzi palcom a ukazovákom) často koreluje s vývinom reči.

Narušené koverbálne správanie, t. j. správanie sa dieťaťa sprevádzajúce jeho aktuálne verbálne komunikovanie, sa u detí s NKS v predškolskom veku zvyčajne prejavuje veľmi nápadne aj v motorickej oblasti. Rôzne tiky, súhyby mimického svalstva, grimasy atď. zvykneme evidovať napríklad u detí s otvorenou fufnavosťou, ktoré chcú takto zabrániť úniku výdychového prúdu vzduchu cez nos, alebo zajakavosťou pri úsilí prekonať blok artikulačného aparátu.

³³ Čo sa týka súvzťažností medzi rozvojom komunikačnej schopnosti a rozvojom motoriky je pozoruhodné, že približne v rovnakom čase začína dieťa chodiť aj rozprávať.

tu. Môžu sa vyskytnúť aj u niektorých nevidiacich detí (napr. meravá, nevýrazná mimika). Narušené koverbálne správanie (Lechta, 1989) zvykne byť preto u týchto detí rovnako nápadné (ba v niektorých prípadoch aj nápadnejšie) ako samotná NKS.

Oblasť emocionality

V rámci aplikovanej trendovej typológie tu ide u detí s NKS o mimoriadne citlivý a komplikovaný komponent vývinu. Spôsob realizácie individuálnych *copingových stratégií* – t. j. osobitosti vyrovnávania sa s jestvovaním svojho NKS najmä v ťažkých, nápadných prípadoch NKS³⁴ je permanentným procesom, ktorý zasahuje osobnosť dieťaťa s NKS na jeho najzraniteľnejších miestach.

Okrem toho každodenná životná prax prináša najrozličnejšie *komunikačné výzvy*, ktoré sa týkajú práve emocionálnej oblasti jeho vývinu. V prípadoch nesprávneho, nevhodného copingu zo strany najbližšieho prostredia, napríklad pri tabuizovaní zajakavosti, zanedbávaní, odmietaní, trestaní nehovoriaceho dieťaťa alebo nevhodnom prístupe k nemu (nútenie ku komunikácii) atď., je ďalší negatívny dopad na emociálnosť dieťaťa veľmi pravdepodobný. Ale aj v prípadoch náležitého copingu, prináša každodenný život situácie, s ktorými sa napríklad dieťa so zajakavosťou, ťažkou symptomatickou poruchou reči, mutizmom, rázštepom podnebia neraz vyrovnáva iba za cenu maximálneho emocionálneho vypätia. Treba spomenúť aj pochopiteľnú agresivitu, prejavy zlosti u niektorých nehovoriacich detí, ktoré nevedia vyjadriť svoje želania a postoje verbálnou formou a prostredie nereaguje správne na ich posunky, mimické prejavy, gestá, a preto nerozumie ich aktuálnym potrebám.

Problematický *vzťah matka – dieťa*, nielen v zmysle zanedbávania, ale aj pri prehnanom ochraňovaní – „overprotection“ môže tiež výrazne vplyvať na emocionálny vývin dieťaťa s ťažkým stupňom NKS. V oblasti verbálnej aj neverbálnej komunikácie môžu byť niektoré deti so symptomatickými poruchami reči (napríklad pri detskej mozgovej obrne, slepote) limitované, pokiaľ ide o adekvátnu mimiku a prozodické faktory ich reči pri komunikovaní. Niektoré deti s detskou mozgovou obrnou alebo slepotou v ranom veku totiž nedokážu komunikačne reagovať napríklad úsmevom na úsmev matky, z čoho niekedy môže postupne vzniknúť aj problematická reciprocita vzťahu matka – dieťa v emocionálnej oblasti. Ako však správne zdôrazňuje L. Požár (2016), absencia či redukovanosť výrazových pohybov týchto detí nemusí byť a zrejme ani nie je ukazovateľom intenzity ich vnútorného emocionálneho života.

³⁴ A súčasne s tým s prebiehajúcimi copingovými stratégiami zo strany užšieho i širšieho prostredia, ktoré sa musí vyrovnáť s existenciou NKS u dieťaťa a môže mu to dávať priamo alebo nepriamo najavo.

Frustrácia dieťaťa s NKS z odmietania, zanedbávania, indiferentného prístupu zo strany najbližšieho prostredia môže zanechať nezmazateľné stopy v jeho emocionálnom vývine. Výrazne negatívne dôsledky pre emocionálny vývin dieťaťa môže mať aj výsmech: je známe, že terčom výsmechu spomedzi jednotlivých druhov NKS zvyknú byť najmä deti so zajakavosťou, ale aj chybnou výslovnosťou.

Oblasť kognície

Všeobecne známa dialektická previazanosť kognitívneho vývinu dieťaťa a rozvoja jeho komunikačnej schopnosti³⁵, ich *zložitá vzájomná spätosť na báze viacnásobnej spätnej väzby* má pochopiteľne za dôsledok, že prípadné obmedzenia v oblasti osvojovania si materinského jazyka sa v rámci tohto spätoväzobného vzťahu s kognitívnu oblasťou prejavujú evidentne aj v poznávacích procesoch a naopak – zaostávanie v jeho kognitívnom vývine sa prejavuje negatívne aj na jeho komunikačnej schopnosti. Ak sa dostatočne nevyužíva reč ako nástroj získavania poznatkov v patričnom období, napríklad v tzv. prvom a druhom veku otázok dieťaťa („čo je to?“, „prečo?“), prejaví sa to najmä v symbolických procesoch v prípade ich *oneskoreného* alebo *obmedzeného vývinu*. U detí s narušeným vývinom reči sa táto dialektická previazanosť prejavuje následne aj v nebezpečenstve navrstvovania ďalších sekundárnych až terciárnych dôsledkov narušeného vývinu reči v kognitívnej oblasti. Obmedzenia vývinu slovnnej zásoby a ťažkosti s jej budovaním môžu byť rôzne: dieťa sa so slovom nikdy nestretlo, dieťa s NKS slová síce počuje, ale nerozumie významom a/alebo odtieňom, ktoré nesú, ťažko si ich zapamätáva, ťažko ich nachádza, aj keby ich chcelo v reči použiť. Toto robí reč detí s NKS chudobnou a dieťa sa môže na prvý pohľad javiť, ako by malo iné postihnutie, napr. poruchu sluchu alebo mentálne postihnutie (Mikulajová, 2016).

Rozmach v kognitívnej oblasti typický pre predškolský vek dieťaťa však môže súvisieť aj s určitou *rizikovou fázou vývinu jeho komunikačnej schopnosti*: obdobím neplynulostí v reči – približne v 3. – 4. roku života. Ide o tzv. fyziologické ťažkosti v reči: vývinové neplynulosti, napr. viacnásobné opakovanie hlások alebo slov, v pozadí ktorých je často o. i. úsilie dieťaťa v rámci kognitívneho rozvoja vyjadrovať v reči čoraz zložitejšie myšlienkové obsahy. Pri správnom postoji domáceho prostredia i prostredia predškolského zariadenia neupozorňovať dieťa na problémy, netrestať, nenútiť k hovoreniu atď., ide našťastie obvykle o prechodnú vývinovú fázu.

³⁵ Vygotskij (1971) veľmi výstižne charakterizoval tento vzťah vo vývine dieťaťa predškolského veku: „myslenie sa stáva verbálnym a jeho reč intelektuálnou“.

Oblasť lingvistiky

Lingvistický komponent možno v rámci našej komparácie rozdeliť – podobne, ako sme to urobili pri motorike, na dve podoblasti. V tomto prípade pôjde o oblasť obsahovej stránky, osvojovanie symbolických procesov, tzv. „language“ a oblasť formálnej, vonkajšej stránky reči – osvojovanie nesymbolických procesov, napr. zvukovej stránky, výslovnosti, tzv. „speech“).

V zmysle aplikovanej trendovej vývinovej typológie môže dôjsť v oblasti lingvistiky nielen k *oneskorenému*, resp. v ťažkých prípadoch až k *obmedzenému* vývinu, ale v prípadoch disproporcionálneho osvojovania „language“ a „speech“ aj k *asymetrickému* vývinu komunikačnej schopnosti dieťaťa. V prípadoch detí so *symptomatickými poruchami reči*, ak ide o prelingválnu stratu sluchu alebo zraku dieťaťa po narodení (t.j. pred osvojením si materinského jazyka), dochádza pri osvojení materinského jazyka, pokiaľ ide o lingvistický komponent, často najprv k prerušenému a potom k oneskorenému alebo obmedzenému vývinu reči dieťaťa.

Vzhľadom na prognózu úspešnosti nastávajúceho zaškolenia je dôležité už v predstihu so všímať aj možné príznaky – *prediktory možných problémov* s osvojením grafickej podoby jazyka. Napríklad problémy dieťaťa s fonematickým sluchom, fonematickým uvedomovaním, pravo-ľavou orientáciou, chápaním seriácie atď. môžu byť prediktorom budúcej dyslexie, ale môžu byť aj symptómom zaostávania v mentálnom vývine. Pokiaľ ide o dialektický vzťah vývinu kognície a jazykových schopností, zjednodušene by sa dalo povedať, že deti s mentálnou retardáciou majú spravidla problémy s osvojením niektorej alebo viacerých jazykových rovín, avšak u detí s oneskoreným vývinom reči o takejto priamej kauzalite oneskorený vývin reči → mentálna retardácia nemôžeme hovoriť.

*

Sumarizujúc možno konštatovať, zhodne s našou úvodnou tézou, že v závislosti od druhu, formy a stupňa môže NKS dieťaťa v období predprimárneho vzdelávania v recipročnom súvzťažnom vývine súvisieť viac alebo menej so všetkými oblasťami SMEKL. Táto skutočnosť sa musí odzrkadľovať aj v príslušných vzdelávacích programoch.

6.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s narušenou komunikačnou schopnosťou

Dieťa s NKS v predškolskom veku môže byť vychovávané a vzdelávané okrem rodiny v bežnej materskej škole, spoločne s rovesníkmi, čo najbližšie k miestu svojho bydliska. Táto forma výchovy a vzdelávania sa uvádza pod pojmom začlenenie, školská integrácia alebo čoraz častejšie – inklúzia.³⁶

Ďalšou formou môže byť výchova a vzdelávanie v špeciálnej triede bežnej materskej školy alebo v špeciálnej materskej škole. Kvôli úplnosti treba uviesť, že aj špeciálne materské školy sú odlišné, a to hlavne tým, či umožňujú výchovu a vzdelávanie detí s NKS v tzv. homogénnych triedach, kde sa vzdelávajú napr. výlučne deti s NKS bez ďalších pridružených zdravotných znevýhodnení alebo v tzv. zmiešaných triedach. Najmä tam, kde sa nachádza len jedna-dve triedy špeciálnej materskej školy, sa musia často z organizačných dôvodov vzdelávať spoločne deti s NKS s deťmi s iným druhom zdravotného znevýhodnenia. V závislosti od podmienok sa potom musí doceliť splnenie vzdelávacieho programu pre deti s NKS pre predprimárne vzdelávanie pre každé dieťa tak, aby podmienky, obsah, formy, metódy a prístupy vyplývali z jeho konkrétnych potrieb a možností vzhľadom na NKS. Na to slúži *individuálny výchovno-vzdelávací program*. Ak pedagogický zamestnanec nepozná, nedokáže alebo nerealizuje potrebnú špeciálno-pedagogickú starostlivosť, vývin dieťaťa bude obmedzený alebo oneskorený.

Vždy je potrebné pred rozhodnutím o začlenení dieťaťa s NKS do bežnej triedy MŠ zvážiť, či sú vytvorené všetky podmienky potrebné pre jeho úspešnú integráciu/inklúziu, ďalšiu rehabilitačnú starostlivosť a jeho osobnostný rozvoj.

6.2.1 Vzdelávacie oblasti

Luboslava Porubovičová

Najčastejšími ťažkosťami detí s NKS v predškolskom veku sú oneskorený vývin reči, narušenie zvukovej roviny reči vo forme artikulačnej poruchy a/alebo fonologickej poruchy (označovala sa ako dyslália) alebo narušený vývin reči.

³⁶Za vhodnejší termín považujeme dvojtvar integrácia/inklúzia, ako ho vysvetlil Lechta (2012), pretože aktuálne používané termíny nie sú jednoznačné a často nezodpovedajú praxi.

Uvádžeme východiskové poznatky o vývine a rozvíjaní schopností, ktoré v oblastiach *Jazyk a komunikácia* a *Matematika a práca s informáciami* prispievajú k lepšiemu chápaniu súvislostí a k tvorbe a využívaniu cieľných úloh a činností, prostredníctvom ktorých si deti osvojujú jazyk, reč, pojem množstva, čísla a ďalšie poznatky pre rozvoj predčitateľskej³⁷ a matematickej gramotnosti. *Tieto špecifiká sa následne premietajú do všetkých ostatných vzdelávacích oblastí.* Tvoria základy pre rozvíjanie gramotností.

Jazyk a komunikácia

Rozvíjanie fonematického uvedomovania

Jednou z najdôležitejších úloh materskej školy je „vyladiť sa“ na nové ponímanie rozvíjania predčitateľskej gramotnosti a podieľať sa aktívne v skupine detí s NKS na skvalitňovaní *fonologického uvedomovania (FU)*. Ide o schopnosť dieťaťa uvedomiť si, že zmenou zvuku, hlásky možno meniť význam slov. Ako uvádzajú Torgesenet a kol. (in Balážová Antalíková, 2014) „fonologické schopnosti ako prediktory čitateľských (aj pravopisných) schopností môžeme považovať v ich vlastnej podstate za dôležité ľudské predpoklady, podobne ako intelektuálne schopnosti merané prostredníctvom všeobecnej inteligencie“. Najdôležitejšiu úlohu vidíme v uplatňovaní systematického rozvíjania fonologického uvedomovania u detí s NKS a detí z rizikových skupín, a to najmä u detí ohrozených dyslexiou.

Myslenie dieťaťa v predškolskom veku ešte nerešpektuje zákony logiky, preto hovoríme o tzv. predlogickom myslení, ktoré sa vyznačuje nedokonalosťou a nepresnosťou. Napríklad štvorročné dieťa si pod slovom „dom“ predstaví známu budovu so strechou, oknami a dverami. Avšak nedokáže povedať, ktorý zvuk je v slove prvý alebo posledný, dokonca nedokáže ani izolované zvuky /d/-/o/-/m/ spojiť do cieľového slova aj napriek tomu, že sú vyslovené rýchlo za sebou (Zubáková Peregrinová, 2014).

M. Mikulajová a O. Dujčíková (2001) vysvetľujú, že deti ešte v tejto etape nevedia napr. oddeliť formálnu (písanú, tlačenú) podobu slova od jeho významu. Preto na otázku: „Ktoré slovo je dlhšie – had alebo dažďovka?“ odpovedia HAD, lebo si ešte neuvedomujú, že každé slovo má okrem významovej stránky aj formálnu podobu.

V oblasti Jazyk a komunikácia sa vyžaduje zmena v zmysľaní a prístupe k vzdelávaniu detí s NKS v predprimárnom vzdelávaní – ciele a inak ako doteraz pracovať s písanou rečou s cieľom rozvíjania fonematického uvedomovania.

³⁷V literatúre sa používajú viaceré pojmy, označujúce predčitateľskú gramotnosť, t.j. osvojenie si vedomostí, zručností a postojov o čítaní a písaní deťmi bez formálnych pokynov, skôr, než sa začnú učiť čítať a písať v škole. Sú to najmä pojmy: raná gramotnosť, vynárajúca sa (emergentná, emergujúca) gramotnosť, vznikajúca gramotnosť, praegramotnosť a pod. (napr. Gavora, Petrová – Valášková, Zápotočná in Porubovičová, 2015).

Výsledky viacerých výskumov (napr. Zubáková Peregrinová, 2014) preukázali, že fonologické uvedomovanie zohráva dôležitú úlohu v priebehu ranej etapy osvojovania si čítania a písania. V nasledujúcej tabuľke (Tab. 1) uvádzame typy úloh vhodných na rozvíjanie fonematického uvedomovania.

Tab. 1 Typy úloh vhodných na rozvíjanie fonematického uvedomovania
(upravené podľa: Zubáková Peregrinová, 2014)

Identifikácia rým	Slová <i>pes</i> – <i>les</i> rýmujú sa? Slová <i>dom</i> – <i>had</i> rýmujú sa?
Produkcia rým	Aké slovo sa rýmuje so slovom <i>strom</i> ? (napr./dom/)
Slabiková syntéza	Uhádni, aké slovo povedal robot: <i>mač-ka</i> (/mačka/)
Slabiková analýza	Vytlieskaj slovo <i>bábika</i> ! (/bá/-/bi/-/ka/)
Vynechávajúce slabiky	Povedz <i>domček</i> . Povedz to ešte raz, ale vynechaj <i>dom</i> ! (/ček/)
Identifikácia fonémy	Ktorý spoločný zvuk je v slovách <i>dom</i> , <i>dym</i> a <i>dar</i> ? (/d/)
Izolácia prvej fonémy	Ktorý prvý zvuk je v slove <i>syr</i> ? (/s/)
Izolácia poslednej fonémy	Ktorý je posledný zvuk v slove <i>kôš</i> ? (/š/)
Syntéza foném do slov	Uhádni, čo povedal robot/mimozemšťan <i>p-e-r-o</i> (/pero/)
Analýza slov na fonémy	Povedz slovo <i>pes</i> tak ako robot/mimozemšťan! (/p/-/e/-/s/)
Elízia fonémy	Povedz slovo <i>drak</i> bez <i>k</i> ! (/dra/)
Pridanie fonémy	Povedz <i>las</i> s hláskou <i>v</i> na začiatku! (/vlas/)
Substitúcia foném	Povedz <i>rak</i> , ale zameň <i>r</i> za <i>l</i> . Aké slovo vznikne? (/lak/)

Použitie uvedených typov úloh je závislé na:

- ▶ *úrovni slovej zásoby detí* – čím deti poznajú viacej slov, tým skôr si uvedomia, že zámenou hlásky môže vzniknúť nové slovo, podobne znejúce slovo;
- ▶ *stavbe slov* – krátke slová (spoluhláska + samohláska, napr. ja, ty alebo trojhláskové slová (dom, les, pes) sú najľahšie na uvedomenie si a manipuláciu so slovami.

Matematika a práca s informáciami

Aj pri osvojovaní, hodnotení a rozvíjaní matematických schopností dieťaťa v predškolskom veku treba zohľadniť vývinový aspekt. Vývin pojmu čísla sa u nich riadi zákonitosťami opísanými najmä Piagetom. „Dieťa si vytvára pojem čísla vtedy, keď prostredníctvom schopností ako triediť, zoradovať, vytvárať jednoduché vzťahy – korešpondencie napokon porozumie

princípu zachovania množstva alebo počtu prvkov bez ohľadu na to, ako sú v priestore usporiadané. Abstrahuje logické operácie, ktoré sú prekurzormi chápania pojmu čísla. Tieto logické operácie sú u 6-ročného dieťaťa silným prediktorom neskorších matematických schopností“ (Piaget – Inhelderová in Balážová Antalíková, 2014).

Pokiaľ ide o NKS (u detí s oneskoreným a najmä s narušeným vývinom reči) treba cielene pôsobiť na rozvoj *špecifických matematických schopností* so zámerom predchádzať vzniku porúch učenia vrátane dyskalkúlie. Pod pojmom „*špecifické matematické schopnosti*“ treba chápať množstvo čiastkových schopností podstatných pre chápanie pojmu čísla. *Chápanie pojmu čísla je preukázateľne významné pre budúce osvojovanie matematických zákonitostí analogicky, ako sa už v minulosti preukázala dôležitosť fonologického uvedomovania pre osvojovanie si čítania* (Antalíková – Mikulajová, 2012). Ďalšou dôležitou úlohou je budovanie *verbálnej pracovnej pamäte* ako schopnosti podržať krátky čas v pamäti informáciu a byť schopný s ňou pracovať neskôr. Ako predpoklady úspešného osvojovania neskorších aritmetických operácií v školskom veku treba rozvíjať u detí predškolského veku s NKS schopnosti ako: *automatizácia procedúr* (rýchlo pomenovávať farby, predmety, javy, číselný rad, počítateľ na prstoch a pod.), *plynulosť, rýchlosť a presnosť počítania predmetov, prvkov a pod.* (Balážová Antalíková, 2014). Dieťa s NKS – príp. s už identifikovaným rizikom vzniku porúch učenia vrátane dyskalkúlie potrebuje viacej príležitostí a rozmanitých navodených situácií na to, aby pochopilo zákonitosti pribúdania/uberania, neskôr sčítovania a odčítovania objektov/prvkov v súbore, z ktorého sa neskôr u neho vyvinie zrelé chápanie pojmu čísla. Toto je najdôležitejší cieľ pre oblasť matematiky u detí s NKS.

6.2.2 Vzdelávacie štandardy

Zdenka Cirjaková

Pri osvojovaní si vzdelávacích štandardov majú deti s NKS zvyčajne najväčšiu bariéru, a to komunikačnú. Hlavným cieľom pedagóga je pomôcť prekonať komunikačnú bariéru dieťaťa s NKS čo najefektívnejšou stratégiou či metódou. Stať sa efektívnym komunikačným partnerom dieťaťa, nech je na akejkoľvek vývinovej úrovni, je dôležitou súčasťou predprimárneho vzdelávania detí s NKS. Pomocou vhodných stratégií či metód sa vytvorí priaznivé ovzdušie na komunikáciu vo všetkých organizačných formách denného poriadku danej materskej školy.

Komunikačné stratégie

Komunikačné stratégie zamerané na dieťa sú univerzálne. Používajú sa nielen v ranom veku intaktnej populácie. Riadime sa nimi aj pri výchove a vzdelávaní detí s NKS.

Podľa M. Hornákovéj – S. Kapalkovej – M. Mikulajovej (2005) si môžeme zvoliť vhodnú **komunikačnú stratégiu** s rešpektovaním potrieb konkrétneho dieťaťa:

Tvárou v tvár

- Priblížte sa k dieťaťu tak, aby vám videlo na tvár, skloňte sa k nemu, vyložte si ho do lona alebo si sadnite vedľa neho.
- Dieťa bude vedieť, na čo sa práve pozeráte, ako pohybujete perami a jazykom pri hovorí.
- Budete vidieť jeho oči a pohľad.
- Dieťa bude mať pocit, že hovoríte s ním ako s priateľom a nie „na neho“ ako na podriadeného.

Čakanie

- Čakanie nie je ľahká vec, lebo my, dospelí, akosi intuitívne vyplňame prázdne miesta. Chceme dieťaťu pomôcť, a preto mu kladieme otázky, nabádame ho na odpoveď, a keď dieťa nereaguje, tak odpovedáme namiesto neho.
- Ak počkáte, dieťa vám ukáže, čo chce. Čakaním mu dáte príležitosť komunikovať a použiť komunikačné schopnosti, ktoré už má.
- Nerobte všetko za dieťa – čakajte.
- Pri čakaní v mysli pomaly počítajte aspoň do päť a dieťa pozorujte.
- Dieťa sa vyjadrí iným výrazom tváre, pohľadom, pohybom tela alebo ruky, prstom, gestom, zvukom, slovom. To všetko môže byť pokus o komunikáciu zo strany dieťaťa.

Nasledovanie záujmu dieťaťa

- Pozorujte dieťa. Všimnite si, na čo sa pozerá, ako sa tvári alebo čo asi cíti.
- Počúvajte, čo vám chce povedať.
- Zapojte sa do jeho hry, činnosti, ktorá ho zaujíma alebo pokračujte v rozhovore, ktorý začalo. Slovom vyjadríte jeho momentálny záujem.

Opakovanie

- Deti sa najlepšie učia nové slová, keď ich počujú a zažívajú znova a znova. Niektoré potrebujú počuť nové slovo 20 krát, iné 1000 krát.
- Neváhajte a opakujte ich, pokiaľ vám vaša trpezlivosť dovolí. Dieťa sa nudiť nebude.

- Vytvárajte činnosti – rutiny, ktoré môžete mnohonásobne opakovať: hra na schovávačku, hra na naháňačku, varila myšička kašičku, fúkanie bublín, nafukovanie balónov, kreslenie tváre, jedenie, kúpanie, obliekanie, obúvanie, upratovanie hračiek, príprava jedla, rutina má predpokladaný sled udalostí a dieťa vie časom predpokladať nasledujúci krok, tým sa aktívnejšie zapája do činnosti, učí sa novým schopnostiam, vrátane komunikačných.
- Pridávajte slová a vety ku každému kroku rutiny. Len tak sa naučí dieťa materinskú reč.
- Nerobte všetko za dieťa. Počkajte, aby ste mu dali možnosť vyjadriť sa jeho vlastným spôsobom.

Gestá

- Gestá, mimika a pohyby tela sú prirodzenou súčasťou komunikácie, napomáhajú porozumeniu a rozvoju reči.
- Prinášajú zrkovú informáciu, spomaľujú hovoriaceho a dieťa má viac času na spracovanie informácie.
- Gestá sú pre vývin dieťaťa dôležité, lebo mu umožňujú komunikovať s okolím skôr, ako je pripravené používať slová. Používanie gest podporuje vývin samotnej reči.
- Ak k reči pripojíte gestá, napríklad pritakanie, krútenie hlavou, privolávanie rukou „pod sem“, ukazovanie prstom na predmety, dieťa vám bude lepšie rozumieť a samo sa gestá naučí používať.

Vylad'ite sa na komunikačnú úroveň dieťaťa

- Je dôležité spomaliť tempo reči a prispôbiť dĺžku viet vývinovej úrovni dieťaťa.
- Pokúste sa hovoriť vo vetách, ktoré sú len o krôčik zložitejšie, ako sú vety dieťaťa. Ak sa vie dieťa vyjadrovať len pomocou zvukov a gest, vy hovorte len jednoduché slová. Ak dieťa komunikuje iba jednoslovnými vetami, vy hovorte v dvojslovných spojeniach. Ak je dieťa na úrovni dvojslovných viet, používajte trojslovné vety. Ak dieťa používa trojslovné spojenia, vyjadrujte sa v štvorslovných a päťslovných vetách so správnou gramatikou.

Raz ty, raz ja

- Pokúste sa s dieťaťom vymieňať si úlohy. Zapojte sa do hry a čakajte, kým dieťa niečo urobí (hodí loptu, buchne do bubna), potom mu povedzte, že ste na rade vy a rýchlo zahrajte svoju rolu. Neskôr mu dajte najavo, že je na rade ono, a to pohľadom plným očakávania, podaním hračky, rečou: “ a teraz ty“ – posunutím ruky dieťaťa, zdvihnutím ruky, ukázaním na predmet a pod.

- Dieťa sa týmto spôsobom učí dôležitú schopnosť pre budúci rozhovor – učí sa, že raz hovorí, inokedy počúva.
- Začínajte výmenou pohľadov, pohybov tela a rúk, gest, zvukov, až potom nasleduje reč.

Interpretácia

- Staňte sa tlmočníkmi a pokúste sa pretlmočiť všetko, o čom dieťa komunikuje.
- Reagujte na každý pokus o komunikáciu(zmena pohľadu, pohyb rukou, nezrozumiteľné slovo) či je zámerný alebo nie. Priradte mu význam.
- Keď tlmočíte komunikáciu dieťaťa, dávate mu najavo, že ste ho počuli a že sa mu snažíte porozumieť.
- Keď tlmočíte, v podstate hovoríte nahlas to, čo si asi dieťa v danej chvíli myslí.

Napodobňovanie alebo zrkadlenie

- Napodobňovaním pohybov tela a rúk, výrazov tváre, zvukov rozvíjame zámernú komunikáciu, porozumenie, slová.
- Ako napodobňovať? Pozorujte dieťa, pozorujte ako pohybuje rukami, telom, aký má výraz tváre. Počúvajte, ako sa vyjadruje zvukom aj slovom. Ihneď urobte to isté, akoby ste boli zrkadlom dieťaťa. Čakajte na jeho reakciu.
- Napodobňovať je jednoduché, najťažšie je však vydržať.
- Pre dieťa je to nielen zábavná, ale aj užitočná hra, pri ktorej nadobúda nové schopnosti.

Komentovanie

- Opisujte dieťaťu predmety, deje a udalosti, ktoré práve pozoruje, prežíva.
- Komentujte prostredie dieťaťa – počasie, okoloidúcich ľudí, brechot psa.
- Rozprávajte mu o tom, čo práve robíte – kreslíte dom, oblaky, ukladáte bábiku spať.
- Hovorte aj o tom, čo dieťa práve robí, že tancuje, tleska, oblieka sa, hrá sa.
- Prispôbte dĺžku svojich prehovorov úrovni dieťaťa.
- Nežiadajte od neho, aby po vás opakovalo (vy tiež neopakujete po televíznom komentátorovi). Dieťa sa učí aj tým, že neustále počuje váš správny vzor.

Nálepky alebo pomenúvanie

- Pomenúvajte ľudí a veci, o ktoré sa dieťa práve zaujíma – dávajte im „nálepky“.
- Vyhnite sa všeobecným slovám – to, tam, nejaký a použite konkrétne označenia – bába, v kuchyni, malý.

Premosťovanie

- Nové slová dieťaťu vysvetľujte, prepájajte, premost'ujte poznané s nepoznaným – hovorte o hlavných črtách predmetov a javov(ak chcete dieťa naučiť slovo pohár, povedzte mu, že z neho pijeme, že sa môže rozbiť, že do neho nalievame čaj).
- Používajte nové slovo opakovane, v rôznych vetách a v rôznych situáciách.

Modelovanie

- Modelujte reč, ktorá je blízka vývinovej úrovni dieťaťa.
- Formulujte modelované slová a vety do oznamovacích prehovorov – Chceš papat'. Si unavený. Áno, to je cica. Áno, papáš lyžicou.(miesto „papám lyžicom“).
- Neopakujte po dieťati nesprávnu výslovnosť alebo nesprávne slovné spojenia – posilňujete nesprávne návyky.
- Vyhnite sa negatívnym hodnoteniam „tak sa to nehovorí“ a nežiadajte dieťa, aby po vás správne slovo opakovalo (napr. „povedz to ešte raz“).
- Dieťa sa učí tým, že neustále počuje váš správny vzor.

Otázky

- Skôr, ako položíte dieťaťu otázku, popremýšľajte o nej.
- Správne položené otázky dávajú priestor na vyjadrenie myšlienok dieťaťa, ako aj možnosť použiť už osvojené rečové schopnosti.
- Dobré otázky sú otázky, ktoré mu pomôžu pokračovať v rozhovore.
Čo ďalej? Čo ak...? Čo sa stalo? Ako to funguje? Čo si myslíš? Ako sa cítiš? Čo chceš robiť? S čím sa zahráme?

Napovedanie

- Napovedanie je slovo, komentár alebo otázka, ktorá pomáha dieťaťu odpovedať.
- Ak vidíte, že dieťa vám chce odpovedať, ale nevie, ako na to, napovedzte mu.
- Napovedať môžete prvou časťou slova „chceš lop...“, opisom „je to studené a líže sa to“, alebo otázkou „chceš loptu, alebo autíčko?“.
- Nenúťte dieťa, aby po vás opakovalo.

Metódy rozvoja komunikačnej schopnosti

Konkrétne aktivity vedú k splneniu vzdelávacích štandardov v jednotlivých vzdelávacích oblastiach. Sú to aktivity, ktoré je vhodné zaradiť do komunikácie s dieťaťom, prípadne skupinou detí pri hre alebo pri rôznych aktivitách počas dňa – pri rannom kruhu, pri pohybových a relaxačných cvičeniach, pri pobyte vonku, ako motivácia alebo hra na záver edukačnej akti-

vity vo všetkých vzdelávacích oblastiach. Systematické pôsobenie pedagóga na dieťa vedie k úspešnému naštartovaniu a rozvoju komunikačnej schopnosti dieťaťa. Aktivity sú zaujímavé a pre deti motivujúce. Rozvíjajú oblasť socializácie, oblasť motorických zručností, emocionálnu oblasť i oblasť kognitívnu.

Fonetická rytmika ako prostriedok komunikácie

Fonetická rytmika vychádza z gymnastickej rytmiky, kde sa prostredníctvom rozsiahlych pohybov tela rozvíja jemná motorika artikulačného a hlasového aparátu. Ďalej rozvíja rytmicko-hudobné cítenie (je zameraná na prozodické faktory reči). Základom procesu hovorenia je jemná motorika, preto pohybové cvičenia, pri ktorých sa deti naučia uvoľňovať a napínať svaly, získavajú cit pre rytmus, čo kladne vplyva na vyjadrovaciu schopnosť dieťaťa. Pri fonetickej rytmike sa pracuje podľa modelu osvojovania materinského jazyka. Cieľom fonetickej rytmiky je vnímanie prozodických faktorov reči – melódia, intonácia, rytmus, prízvuk. Dôležité je zachovať a rozvíjať rečovo-motorické schopnosti detí.

Cvičenia sa zameriavajú na rozvoj motorického aparátu, hlasu a artikulácie v spojení s harmonickými pohybmi tela počas hovorenia. Dieťa viackrát hrovou formou vyslovuje hlásky a slabiky, frázy alebo rýmovačky. Pohyby zodpovedajú charakteristike artikulácie konkrétnej hlásky – pre samohlásky a sykavky sú to dlhé, ladné, pomalé pohyby. Pre explozívne hlásky sú to rázne, rýchle a prerušované pohyby. Reč sprevádzajú rôzne pohyby tela (trupu, hlavy, rúk, prstov, nôh). Súčasné vykonávanie pohybov tela a artikulačných orgánov pomáha znižovať napätie a monotónnosť reči. Návrik základných pohybových foriem (chôdza, poskoky, beh na mieste, obraty, úklony, krokové variácie, potlesk, dupot, kolísavé pohyby) má dôležitý vplyv na pohybové vlastnosti rečových orgánov (Hoppe – Hoppe, 2004).

V praxi sa osvedčila modifikovaná metóda podľa Guberina, ako ju opisujú L. Hoppe a K. Hoppe (2004), a to ***foneticko-rytmické cvičenia***:

A – sedíme v „tureckom sede“, hlavu skryjeme do dlaní a pomaly vykúkame s údivom a hovoríme hlásku aaaaa

O – hovoriť krátke o o, s vykročením do strán, hlásku ooo si pospevovať

U – sedíme na zemi, nohy máme vystreté a posúvame sa po zemi smerom dopredu a zároveň znázorňujeme pohyb vlaku rukami, pričom vyslovujeme hlásku u – krátke u aj dlhé úúúúú

E – sedíme na zemi, dvíhame plecيا a hovoríme krátke e e. Ruky vzpažíme a pomalým pohybom pripažujeme a vyslovujeme dlhé ééééé.

I – urobíme drep, pomaly sa dvíhame do stoja s vyslovovaním dlhého íííí. Z drepu vyskakujeme do výšky s rukami do vzpaženia a hovoríme krátke i i.

T – „turecký sed“, ruky v päst', búchať päst'ami po kolenách a hovoriť tototo – auto. Stoj spojný, ruky vbok, rytmicky prešľapovať na mieste a hovoriť tatatata.

M – stoj spojný, pokrčíme nohy v kolenách, ruka ide do rozpaženia a hovoríme ma, ma. Naznačujeme rukami – gesto „nech sa páči“, nakoniec slovo dramatizovať: pohroziť mame, prosiť mamu – zapojiť výraz a intonáciu reči.

P – ruky sú v upažení, v zápästí ohýbať ruky s hovorením pa, pa, pa, robiť rukami kruhy, prsty spájať a hovoriť pi, pi, pi. Pohyb zakončiť pozdravom pá, pá, pá.

B – handrové bábičky – pohyby vychádzajú z uvoľneného tela, ktoré klesá dole na zem hovoríme ba, ba, ba. V drepe búchame päst'ou na zem, hovoríme bo, bo, bo. Z drepu výškok s hovorením bi, bi, bi. Nakoniec dramatizácia uspávania bábik – hovoríme búva bába.

V – stoj spojný, upažiť, rukami akože niečo odtlačáme, nádych, výdychom hovoríme vavava. Prstami robíme vlnovky a hovoríme vvvvv, čím zdôrazňujeme znenie hlásky.

F – stoj spojný, vykonávame pohyb pohupovaním na mieste s rúznym vydychovaním s artikuláciou hlásky ffff. Naznačíme pohybom ruky boxovanie a hovoríme krátke f.

D – rukami naznačíme, že niečo dávame a hovoríme dá,dá,dá. Melodizovať slabiku sa dá rôznou výškou hlasu, rôznou silou a intonáciou.

J – hovoriť hlásku i v stoji a postupným klesaním do drepu pridávame k hláske i ja – ija. Dramatizovať a hovoriť ja, ja a ukazovať na seba.

N – naznačovať pohybom ruky plávanie medúzy a hovoriť na, na, na. Vztýčiť ukazovák a dramatizovať situáciu nie, nie, no, no, no.

L – rukami robiť mlyn pred telom a hovoriť l, l, l, la, la, la, rukami pohybujeme rýchlo aj pomaly, vyslovovanie hlásky prispôsobujeme pohybu ruky.

H – ruky sú pri ústach a s údivom hovoríme ohó, ahá, haló, hihi.

S – pohybom znázorniť vlnenie sa hada a hovoriť sssssss.

Š – hovoriť ššššš a rukami vykonávať pohyb čarovania.

Z – napodobňovať let lietadla a hovoriť zzzzzzzzz.

Ž – rukami napodobňovať hrabanie lístia a hovoriť žžžžžžž, žaba, skáče žaba.

C – rôznou intonáciou hlasu hovoriť aca, aca, ica, ica, cica, mica.

Č – rytmicky vyslovovať slabiky ča-ča-čačača, čap-čap-čapčapčap.

K – vykonávať pohybom celého tela akoby vyrážanie, napodobňovať pohyb jazyka pri hláske „k“

G – záklon hlavy, hovoriť ga-ga-ga.

R – napodobniť trasením obidvoch rúk vibráciu jazyka a hovoriť rrrrrrrr.

V prípade, ak dieťa niektorú hlásku neovláda, pedagóg spolupracuje s logopédom.

Na reedukáciu reči prostredníctvom rytmiky rúk a prstov je v praxi zaužívaná **verbo-tonálna metóda**, ktorá je zameraná na prstové hry s dôrazom na slabičný rytmus:

pa – ta – ka – ra

- ruky sú pred tvárou a prsty sa jeden za druhým dotýkajú palca tej istej ruky, pričom obe ruky pracujú súčasne a dieťa fonuje pa-ta-ka-ra,

aa – apoo – opuu – upee – epii – ip

- dieťa v pravidelnom rytme zatvára a otvára dlaň a fonuje aa-ap...,

i – e – a – o – u

- ruky sa dotýkajú dlaňami, malíčky sa vzdialia od seba a potom zase spoja, potom nasledujú postupne aj ostatné prsty, dieťa fonuje i, e, a, o, u,

ku – ko – ka – ke – ki

- jednou rukou ťahať postupne prsty druhej ruky, začína sa palcom, dieťa fonuje ku, ko, ka, ke, ki,

nu –no –na –ne –ni, mu –mo –ma –me –mi

- jednou rukou postupne hladkať jednotlivé prsty druhej ruky, začína sa palcom, dieťa fonuje nu, no, na, ne, ni, ruky sa vymenia: mu, mo, ma, me, mi,

vuvu – bobo – dada – gege – riri

- masírovať a točiť každý prst, začína sa palcom vuvu, bobo...,

uu – iiuu – ii

- oddŕaľovať a spájať postupne všetky prsty s palcom, dieťa fonuje uu-ii...,

1 – 1 – 1 2 – 2 – 2 3 – 3 – 3 4 – 4 – 4 5 – 5 – 5

- päste sú zaťaté a postupne otvárame palce, palce a ukazováky, palce, ukazováky a prostredníky..., dieťa fonuje 111-222-...,

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- dať si pusu na každý prst a pritom rátať od 1 do 10, potom to zopakovať a hovoriť: pre mamičku, pre otecka ...,

pa – pa – pa ba – ba - ba ta – ta - ta

- všetky prsty sa dotýkajú palca, potom nastane explózia a otvorenie dlane, dieťa fonuje pa- pa- pa ...,

rrr – rrr – rrr

- máme pokrčené prsty a robíme rýchle, krátke, cik-cakové pohyby, pričom nechtami škrabeme po podložke, dieťa fonuj errrrrr...,

oooooo

- dlane sú zovreté do pästí, iba palce sú voľné, palcami krútime a hovoríme ooooo...,

fafafa – papapa – tatata – kakaka – pumpumpum

- ruky sú položené dlaňami na stole, najprv začneme klepať palcami o stôl, potom ich vystriedajú ukazováky, prostredníky..., nakoniec spolu, dieťa fonuj efafafa, papapa ...

lululu – lololo – lalala – lelele – lilili

- dlane stoja oproti sebe a dotýkajú sa navzájom končekmi prstov, palce od seba vzdialime a krútime nimi tak, že jeden sa krúti okolo druhého. Potom palce znovu spojíme, oddelíme ukazováky a robíme s nimi ten istý pohyb, takto vystriedame postupne všetky prsty, dieťa fonuje lululu-lololo...,

ma –ma –ma –ma –ma na –na –na –na –na

- jemne sa dotýkať nosa postupne všetkými prstami, keď pohyb vykonávame pravou rukou, dieťa hovorí mamamamama, keď ľavou nanananana.

6.2.3 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Euboslava Porubovičová

Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie detí s NKS sú v porovnaní s inými zdravotnými znevýhodneniami doplnené o individuálnu logopedickú intervenciu a komunikačné aktivity zaradené do jednotlivých foriem denných činností. Jednou z najdôležitejších organizačných podmienok je zabezpečiť *povinné personálne zabezpečenie*. V bežnej triede je povinnosťou pre integrované/inkludované deti s NKS, ale aj deti s identifikovaným rizikom, ktoré boli preukázateľne vyšetrené školským logopédom v zariadení výchovného poradenstva a prevencie³⁸ a majú vypracovanú správu z diagnostického vyšetrenia, zabezpečiť pravidelnú logopedickú starostlivosť. Odporúča sa, aby pravidelnú logopedickú starostlivosť pre deti s NKS v materskej škole zabezpečoval školský logopéd z centra špeciálno-pedagogického poradenstva. Musí spĺňať kvalifikačné predpoklady v zmysle platnej legislatívy³⁹. Je veľkou výhodou, ak logopedickú starostlivosť poskytuje ten školský logopéd, ktorý dieťa aj diagnosticky vyšetрил, keďže mal už možnosť komunikovať s rodičmi dieťaťa (zákonným zástupcom),

³⁸Vyhláška MŠ SR č. 325/2008 Z. z. o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

³⁹Vyhláška MŠ SR č. 437/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú kvalifikačné predpoklady a osobitné kvalifikačné požiadavky pre jednotlivé kategórie pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov v znení neskorších predpisov.

s dieťaťom, má prehľad o detailoch anamnézy, diagnózy, prognózy a položil základy pre kvalitný terapeutický vzťah.

Často sa stretávame s nejednoznačným výkladom pojmov *pravidelná* logopedická starostlivosť a *intenzívna* logopedická starostlivosť. Najmä terénni školskí logopédi poskytujúci starostlivosť deťom v bežných MŠ sa preto často stretávajú s nereálnymi požiadavkami rodičov detí s NKS a občas aj pedagógov z MŠ. Uvádzame preto najnovší výklad termínov, ako bol uvedený na XV. Medzinárodnej logopedickej konferencii Slovenskej asociácie logopédov (2016). *Pravidelná* logopedická starostlivosť sa poskytuje 1-krát za dva až tri týždne. *Za intenzívnu logopedickú starostlivosť* sa považuje intervencia poskytnutá logopédom jedenkrát za týždeň (SAL, 2016). Nevyhnutnou podmienkou úspešnej logopedickej intervencie je dobrá spolupráca logopéda s rodičmi dieťaťa a s pedagógmi v MŠ.

Niektoré centrá špeciálno-pedagogického poradenstva prostredníctvom svojich školských logopédov, psychológov a ďalších odborníkov (špeciálni pedagógovia, sociálni pedagógovia a pod.) poskytujú vzdelávacie kurzy pre rodičov detí s NKS, ktorých obsahom je vysvetlenie a osvojenie poznatkov o komunikácii rodič – dieťa, o úprave prostredia, komunikačných stratégiách a technikách, gestách, vhodných/nehodných hračkách, detskej literatúre, transfere poznatkov z terapie a pod. Takéto kurzy potom prispievajú k rýchlejšiemu a úspešnejšiemu transferu a efektívnosti intervencie pre dieťa s NKS.

Zo strany vedenia MŠ je potrebné organizačne zabezpečiť poskytovanie logopedickej starostlivosti školským logopédom, získať informovaný súhlas zákonných zástupcov a v školskom poriadku vypracovať podmienky odovzdávania a preberania detí medzi rodičmi, pedagógmi MŠ a školským logopédom.

Literatúra

BALÁŽOVÁ ANTALÍKOVÁ, J.: *Kognitívne predpoklady aritmetických zručností u predškolákov*. Dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, 2014. 141 s.

HOLLÁ, Ľ.: *Prevenia porúch reči u detí v materskej škole*. Metodicko-pedagogické centrum. Bratislava, 2015. ISBN 978-80-565-1408-5. [online] [cit. 2017-05-01]. Dostupné na: http://www.mpc-edu.sk/sites/default/files/publikacie/holla_prevenia_poruch_reci.pdf

HOPPE, Ľ. – HOPPE, K.: *Fonetická rytmika vo výchove nepočujúcich a nedoslýchavých detí v Nemecku*. Efeta XIV, 2004, č.4, s.16-18.

HORNÁKOVÁ, K. – KAPALKOVÁ, S. – MIKULAJOVÁ, M.: *Knihy o detskej reči*. 1. vydanie. Bratislava: Vydavateľstvo Slniečko, 2005. ISBN 80-969074-3-3.

- ILLYÉS,S.: A látási fogyatékosok (vakok) gondolkodása, beszéde. In: Illyés,G. – Illyés,S. – Jankovich,,L. – Lányi,M.: *Gyógypedagógiai pszichológia*. Budapest: Akadémiaikiadó, 1968, s.96 – 68.
- LECHTA, V.: Inkluzívna edukácia včera, dnes a zajtra (?) In MICHALÍK, J. a kol.: *Pohledy na inkluzivní vzdělávání zdravotně postižených*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s. 15 – 23.
- LECHTA,V.: *Gestörtes koverbales Verhalten in der logopädischen Praxis*. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Univerzität zu Berlin 38,1989, č.7, s. 806 – 807.
- LECHTA,V.: Komponenty vývinu detí s vrodeným senzoričným postihnutím vzhľadom na perspektívu kvality ich života. In Gajdošíková-Zeleiová, J. (ed.): *Topografia kvality života v inkluzívnej edukácii*. Bratislava: IRIS, 2016, s. 266 – 284.
- LECHTA,V.: *Možnosti rozvíjania reči u nevidiacich detí*. Paedagogica specialis XIV – XV. Bratislava: SPN, 1988, s. 75 – 82.
- LECHTA,V.: *Symptomatické poruchy reči u detí*. (tretie, prepracované vydanie). Praha: Portál, 2011.
- LECHTA,V.: Základné poznatky o logopédii. In Kerekretiová, Z. a kol.: *Logopedická prope- deutika*. Bratislava: UK 2016b, s.13-31.
- MIKULAJOVÁ,M.: Narušený vývin reči. In Kerekretiová, A. a kol.: *Logopédia*. Bratislava: UK, 2016, s. 13 – 35.
- MIKULAJOVÁ, M. – DUJČÍKOVÁ, O.: *Tréning fonematičného uvedomovania podľa D. B. Elkonina*: Metodická príručka. 1. vydanie. Bratislava: Dialóg spol. s. r. o., 2001.
- PORUBOVIČOVÁ, L.: *Čítanie s porozumením u integrovaných žiakov so sluchovým postih- nutím*. Dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta 2015. 309 s.
- POŽÁR, L.: Psychologické determinanty inkluzivní pedagogiky. In Lechta, V.: *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016.
- POŽÁR, L.: *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: TU, 2017.
- SAL – Slovenská asociácia logopédov. Nepublikovaná prednáška. XV. Medzinárodná logo- pedická konferencia SAL. Štrbské Pleso, 13. – 15. 10. 2016.
- SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1972.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vy- dání. Praha: Portál, 2008.
- Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s plat- nosťou od 1. septembra 2017.
- VYGOTSKIJ, L.S.: *Myšlení a řeč*. Praha: SPN, 1971.
- ZUBÁKOVÁ PEREGRINOVÁ, M.: *Vývinové vzťahy medzi fonologickými schopnosťami, čítaním a písaním*. Dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, 2014.

Výchova a vzdelávanie detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami v predprimárnom vzdelávaní

Katarína Vladová, Jiřina Kántorová

7.1 Charakteristika dieťaťa s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami v predškolskom veku

Zlepšením lekárskej, psychologickkej, ale aj špeciálnopedagogickej diagnostiky došlo k nárastu diagnostikovaných detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami (ďalej aj „deti s autizmom alebo ďalšími PVP“), čo sa prejavilo ich zvýšeným zastúpením aj v bežných v materských školách.

Podľa MKCH-10-SK-2016 sú do skupiny pervazívnych vývinových porúch zahrnuté tieto diagnostické kategórie: **Detský autizmus** (F84.0), **Atypický autizmus** (F84.1), **Rettov syndróm** (F84.2), **Iná detská dezintegračná porucha**, (F84.3), **Hyperaktívna porucha spojená s duševnou zaostalosťou a stereotypnými pohybmi** (F84.4), **Aspergerov syndróm** (F84.5), **Iná pervazívna vývinová porucha** (F84.8), **Pervazívna vývinová porucha, bližšie neurčená** (F84.9)⁴⁰.

Pervazívna⁴¹ vývinová porucha – je skupina porúch, charakterizovaná kvalitatívnym zhoršením recipročných sociálnych interakcií a spôsobov komunikácie a obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a aktivít. Tieto kvalitatívne odchýlky sú prenikavou črtou fungovania jednotlivca vo všetkých situáciách.

⁴⁰ Spracované podľa: Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou od 1. 9. 2016 (MKCH-10-SK-2016).

<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>

⁴¹ Pervazívny znamená prenikavý a vyjadruje fakt, že vývin dieťaťa je narušený do hĺbky v mnohých smeroch. V dôsledku vrodeneho postihnutia mozgových funkcií, ktoré dieťaťu umožňujú komunikáciu, sociálnu interakciu a symbolické myslenie (fantáziu), dochádza k tomu, že dieťa nedokáže vyhodnocovať informácie rovnakým spôsobom ako deti rovnakej mentálnej úrovne. Vníma, prežíva a teda sa správa inak (MKCH-10-SK-2016).

DETSKÝ AUTIZMUS

Detský autizmus je podľa **MKCH-10-SK-2016**: „*Typ prenikavej poruchy vývinu, ktorý je definovaný abnormálnym oneskoreným vývinom, ktorý sa prejavuje pred dovŕšením tretieho roku života. Má charakteristický typ abnormálneho fungovania vo všetkých troch oblastiach psychopatológie: vo vzájomnej sociálnej interakcii, komunikácii a v obmedzenom, stereotypne sa opakujúcom správaní. Okrem týchto špecifických diagnostických črt býva škála nešpecifických odchýlok, ako sú fóbie, poruchy spánku a stravovania, výbuchy zlosti a proti sebe zameraná agresivita*“.

Anglická psychiatrička L. Wing (1993) vymedzila styčné problémové oblasti, ktoré sú kľúčové pre detský autizmus a nazvala ich „**triádou postihnutia**“:

1. kvalitatívne narušenie recipročnej sociálnej interakcie,
2. kvalitatívne narušenie komunikačnej schopnosti,
3. obmedzené, repetitívne a stereotypné vzorce správania.

1. Kvalitatívne narušenie recipročnej sociálnej interakcie

Kvalitatívne narušenie recipročnej sociálnej interakcie ďalej sprevádzajú problémy s porozumením a používaním rôznych foriem neverbálneho správania, neschopnosť pochopiť emócie druhých ľudí a primerane na ne reagovať a primerane vyjadriť svoje emócie, neschopnosť zdieľať pozornosť, zážitky a skúsenosti, neschopnosť správať sa primerane v rozličných spoločenských situáciách, prispôbiť naučené správanie voči sociálnemu kontextu (Jelínková, 2000).

2. Kvalitatívne narušenie komunikačnej schopnosti

Narušenie komunikačnej schopnosti sa prejavuje vo verbálnej i neverbálnej oblasti. Vývin reči býva spravidla oneskorený a narušený, v niektorých prípadoch sa reč vôbec nevyvinie, pričom absentuje aj snaha kompenzovať rečový deficit gestami či mimikou. Ak sa reč vyvinie, býva charakterizovaná výraznými problémami v nadväzovaní a udržiavaní rozhovoru.

U detí schopných verbálnej produkcie sa môžu vyskytnúť niektoré prejavy typické pre autizmus: výskyt osobitných rečových prejavov, ako sú **echolálie**, buď bezprostredné, alebo tzv. neskoré, časovo oneskorené, **neologizmy** – sú slová, ktoré si dieťa samo vytvorí a používa ich na označenie predmetov alebo dejov, situácií tak, že sú nezainteresovanému pozorovateľovi nezrozumiteľné. Nejde len o skreslenie zvukovej stránky slova. Používanie neologizmov a idiosynkratické používanie slov (**idiosynkrázia**) sa chápe ako použitie reálnych slov alebo slovných spojení spôsobom, ktorý sa dieťa nemohlo naučiť skúsenosťou, príslušné slová nadobúdajú iný sémantický obsah. Jedným z najcharakteristickejších prvkov detského autizmu

je *nesprávne používanie zámen*, problémy s predložkami a inými slovami, ktoré sa menia v závislosti od kontextu, problémy s generalizáciou. Aj u verbálne veľmi schopných detí, napr. pri Aspergerovom syndróme, je významne *narušená pragmatická rovina jazyka*. Reč neslúži svojej základnej funkcii – výmene informácií. S dieťaťom nemožno konverzovať, jednoducho „sa porozprávať“.

V neverbálnej komunikácii sa môže pozorovať *deficit v gestikulácii* – nedostatočná komplexnosť gest alebo aj nedostatočné používanie či chýbanie jednoduchých gest, napr. prikývnutie hlavou na znak súhlasu. Typickým príznakom je *neprítomnosť imaginatívnej hry*, či už individuálneho alebo skupinového charakteru.⁴²

3. Obmedzené, repetitívne a stereotypné vzorce správania

Čiastočne zodpovedajú „úzkostno-obsesívnej túžbe po stálosti prostredia“ opísanej Kannerom. Jedným z najčastejšie sa vyskytujúcich príznakov je mimoriadne zaujatie predmetmi alebo časťami predmetov, ktoré sa môžu točiť. Možno pozorovať, ako si deti točia predmety na prste, otáčajú ich v rukách pred očami, sústredene ich pozorujú. Pri hre s hračkami je potlačená funkcionálnosť na úkor detailu. Niektoré činnosti vykonávajú s nezvyčajným zaujatím – trpezlivo, dlho, stereotypne. Vyskytujú sa aj *stereotypné pohyby*, napr. točenie sa na mieste či kývanie hlavou. Typické je kývanie rukami pred očami a žmolivé pohyby prstami (príznak typický pre Rettov syndróm). Na vyrušenie alebo úsilie o odpútanie od týchto činností môžu deti reagovať negativizmom, odporom, prípadne emočne výraznou reakciou – rozladením. Vyskytujú sa prejavy, ktoré majú charakter *nutkavého správania alebo rituálov*. Pod pojmom „*fascinácia*“, ktorý sa niekedy používa, sa rozumie mimoriadne zaujatie autistických detí niektorými špecifickými zmyslovými podnetmi, napr. pozorovanie kvapkajúcej vody, blikania neónových svetiel a pod. Často predmety ovoniavajú, „ohmatávajú“ perami. Protikladom sú nezvyčajné, až extrémne vyjadrené strachové reakcie na niektoré podnety, napr. na zvuk vysávača alebo výťahu.

Každý jedinec s autizmom je svojím spôsobom jedinečný a prevažujú skôr rozdiely ako podobnosti. Všetky osoby, ktoré sú diagnostikované ako postihnutí autizmom, vykazujú ťažké symptómy vo všetkých oblastiach triády: v oblasti komunikácie, v oblasti sociálnych vzťahov a v oblasti imaginácie (Wing, 1993).

⁴² Spracované podľa: Wing (1993); Pečeňák (1996); Peeters (1998).

ATYPICKÝ AUTIZMUS

Atypický autizmus je podľa **MKCH-10-SK-2016**: „*Typ prenikavej vývinovej poruchy, ktorý sa odlišuje od detského autizmu buď vekom vzniku, alebo tým, že nespĺňa všetky tri skupiny diagnostických kritérií. Táto podpoložka by sa mala použiť pri abnormálnom alebo oneskorenom vývine až po treťom roku života a pri nedostatku dokázateľných odchýlok v jednej alebo dvoch z troch oblastí psychopatológie, ktoré sa vyžadujú na diagnózu autizmu (t. j. vzájomné sociálne interakcie, komunikácia a obmedzené stereotypne sa opakujúce správanie). Atypický autizmus vzniká najčastejšie u hlboko retardovaných jednotlivcov a u jednotlivcov s ťažkou špecifickou vývinovou poruchou receptívneho jazyka*“.

Ako vyplýva z vyššie uvedenej charakteristiky, atypický autizmus je veľmi heterogénnou diagnostickou jednotkou.

RETTOV SYNDRÓM

Rettov syndróm je podľa **MKCH-10-SK-2016**: „*Porucha, ktorá sa dosiaľ zistila len u dievčat. Po zdanlivo normálnom včasnom vývine nasleduje čiastočná alebo kompletná strata reči, pohybových zručností a použitia rúk spolu so spomalením rastu hlavy. Porucha sa zvyčajne začína medzi 7 a 24 mesiacom veku. Charakteristická je strata cielených pohybov ruky, stereotypy krčenia rúk a hyperventilácia. Sociálny vývin a vývin hravosti je spomalený, ale spoločenský záujem sa udržiava. Okolo štvrtého roku sa začína vyvíjať ataxia trupu a apraxia, často nasledujú choreoatetoidné pohyby. Porucha vyúsťuje takmer vždy do ťažkej mentálnej retardácie*“.

Raný vývin dieťaťa je v medziach normy, ale v období medzi 7. až 24. mesiacom života dochádza k čiastočnej alebo úplnej strate získaných manuálnych a verbálnych zručností, súčasne so spomalením rastu hlavy. Nastáva celková regresia. Charakteristická je najmä strata funkčných pohybov ruky, stereotypné krúživé zvieranie ruky, nedostatočné žutie, časté nadmerné slinenie s vyplazovaním jazyka. Typický je u týchto detí „sociálny úsmev“. V detstve sa objavuje vybočenie chrbtice, epileptické záchvaty, takmer všetci žiaci s touto diagnózou sú mentálne retardovaní. Nutkavé repetitívne mytie rúk a iné typy stereotypných pohybov rúk im znemožňujú akúkoľvek činnosť. Prognóza je veľmi zlá (Gillberg – Peeters, 1998).

INÁ DETSKÁ DEZINTEGRAČNÁ PORUCHA

Iná detská dezintegračná porucha je podľa **MKCH-10-SK-2016**: „*Typ prenikavej vývinovej poruchy definovaný prítomnosťou periódy normálneho vývinu pred nástupom poruchy, po ktorom nasleduje definitívna strata predtým nadobudnutých schopností v rozličných oblas-*

tiach vývinu v priebehu niekoľkých mesiacov. Typické sprievodné znaky sú celková strata záujmu o okolie, stereotypný opakovací motorický manierizmus, autizmu podobné zhoršenie sociálnej interakcie a komunikácie. V niektorých prípadoch poruchu zapríčiňuje pridružená encefalopatia, ale diagnóza by sa mala stanoviť podľa správania pacienta“.

Porucha je veľmi vzácna, resp. je veľmi zriedkavo diagnostikovaná. Vývin je zdanlivo normálny prinajmenej do veku 2 rokov dieťaťa. Pre diagnózu sa vyžaduje, aby najmenej do dvoch rokov existovala normálna, veku primeraná schopnosť komunikácie, sociálnych vzťahov, hry a adaptačné správanie. Približne v dobe začiatku poruchy dochádza k definitívnej strate predtým získaných zručností. Pre definitívne určenie diagnózy sa musí potvrdiť strata zručností aspoň v dvoch z nasledujúcich oblastí: **expresívna alebo receptívna reč, hra, sociálne zručnosti alebo adaptívne správanie, kontrola mikcie a defekácie, motorické zručnosti**. Kvalitatívne abnormálne sociálne fungovanie je zrejmé najmenej v dvoch z nasledujúcich oblastí: kvalitatívne abnormality v recipročnej sociálnej interakcii, kvalitatívne poruchy v komunikácii, obmedzené, opakujúce sa stereotypné vzorce správania, záujmov a aktivít vrátane motorických stereotypov, celková strata záujmu o predmety a okolie. Poruchu nemožno prisúdiť k iným typom pervazívnych vývinových porúch, získanej afázii s epilepsiou, elektívnemu mutizmu, Rettovmu syndrómu alebo schizofrénii.⁴³

HYPERAKTÍVNA PORUCHA SPOJENÁ S DUŠEVNOU ZAOSTALOSŤOU A STEREOTYPNÝMI POHYBMI

Hyperaktívna porucha spojená s duševnou zaostalosťou a stereotypnými pohybmi – MKCH-10-SK-2016: „*Ide o nedostatočne definovanú poruchu s neurčitou nozologickou platnosťou. Zahŕňa skupinu detí s ťažkou mentálnou retardáciou (IQ pod 50), ktoré majú veľké problémy s hyperaktivitou a pozornosťou, ako aj stereotypné správanie. Stimulujúce lieky im nepomáhajú (na rozdiel od detí s normálnym IQ), po podaní stimulancia môže vzniknúť ťažká dysforická reakcia niekedy s psychomotorickou retardáciou. Počas dospievania je tendencia k zmene hyperaktivity na hypoaktivitu (čo nie je zvyčajné u hyperkinetických detí s normálnou inteligenciou). Tento syndróm sa často spája s rozličnými vývinovými oneskoreniami, buď špecifickými, alebo celkovými. Nie je známe, nakoľko podoba správania závisí od nízkeho IQ alebo od organického poškodenia mozgu*“.

Ide o vágne definovanú poruchu:

A. Ťažká motorická hyperaktivita (musia byť prítomné najmenej dva symptómy)

⁴³ Spracované podľa: MKCH-10, WHO 1993.

1. Trvalý motorický nepokoj prejavujúci sa behaním, skákaním a inými pohybmi tela.
 2. Zrejmý problém zostať sedieť. Dieťa zostane zvyčajne sedieť niekoľko sekúnd s výnimkou situácie, keď sa zaoberá stereotypnou aktivitou (pozri B).
 3. Prehnaná aktivita v situáciách, kedy sa očakáva relatívny pokoj.
 4. Veľmi rýchle zmeny aktivity, takže aktivity trvajú zvyčajne menej ako minútu (občasná dlhšia doba, ktorú dieťa trávi veľmi obľúbenou činnosťou, túto diagnózu nevylučujú). Veľmi dlhá doba trávená stereotypnými aktivitami môže byť zlučiteľná s týmto problémom.
- B. Opakujúce sa stereotypné vzorce správania sa a činnosti (prítomný aspoň jeden z nasledujúcich znakov)
1. Nemenné a často opakované motorické maniere, tie sa môžu týkať buď komplexných pohybov celého tela, alebo čiastočných pohybov, ako je poklepkávanie rukou.
 2. Prehnané a nefunkčné opakovanie činností, ktoré majú stálu formu: môže to byť hra s jedným predmetom (napríklad s tečúcou vodou) alebo rituál činností (buď samostatný, alebo vo vzťahu k iným ľuďom).
 3. Opakované sebaoškodzovanie.
 4. Chýba rôznorodá, spontánna, symbolická a sociálne napodobňovaná hra zodpovedajúca vývinovej úrovni.
- C. IQ je nižšie ako 50.
- D. Nepozorujeme sociálne narušenie autistického typu (prítomné aspoň tri z nasledujúcich znakov)
1. Používanie zrakového kontaktu, mimika a postoj slúžia k usmerňovaniu sociálnej interakcie a sú primerané vývinu.
 2. Vzťahy s vrstovníkmi, ktoré zahrňujú spoločné záujmy, aktivity atď. a ktoré sú primerané vývinu.
 3. Aspoň občasné približovanie sa k iným ľuďom pre útechu a náklonnosť.
 4. Schopnosť občas zdieľať radosť s inými ľuďmi, iné formy sociálneho narušenia, napr. dezinhibícia voči cudzím ľuďom, nie sú v rozpore s diagnózou.⁴⁴

ASPERGEROV SYNDRÓM

Aspergerov syndróm MKCH-10-SK-2016 charakterizuje ako: „*Poruchu s neistou nosologickou platnosťou charakterizuje rovnaký typ kvalitatívneho zhoršenia vzájomných sociálnych*

⁴⁴ Diagnostické kritéria pre Hyperaktívnu poruchu spojenú s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi podľa MKCH-10 určené pre výskum (SZO, 1996).

interakcií, akým sa vyznačuje autizmus, spolu s obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a činností. Od autizmu sa odlišuje v prvom rade tým, že chýba celkové oneskorenie v reči alebo v poznávacom vývine. Porucha býva často spojená s výraznou ťar-bavosťou. Abnormality majú silnú tendenciu pretrvávať aj do dospievania a dospelosti. Nie-kedy sa v skorej dospelosti zjavujú psychotické epizódy“.

Sociálne abnormality nie sú pri Aspergerovom syndróme také výrazné ako pri autizme. Základ-ným znakom tejto poruchy je **egocentrizmus**, ktorý sa prejavuje malou alebo nulovou schop-nosťou či snahou o vzájomné kontakty s vrstovníkmi. K ďalším charakteristickým prejavom patrí sociálna naivita, dôsledná pravdovravnosť, šokujúce poznámky, s ktorými sa obracia postihnutý na neznáme osoby. Vývin reči môže byť oneskorený, ale keď sa reč objaví, jej vývin je rýchly, takže **vo veku päť alebo šesť rokov je reč konvenčná, pedantistická, pred-časne vyspelá**. Reč je často naučená naspamäť, dieťa sa môže prejavovať ako expert v povrchnej konverzácii, ale prejavuje sa úplná alebo takmer úplná neschopnosť akceptovať hľadisko partnera. Odborníci označujú tento problém termínom „**sémantická pragmatická porucha**“, čo znamená, že napriek normálnej či dobrej expresívnej jazykovej zručnosti dieťa zlyháva v praktickej komunikácii každodenného života. Hlasový prejav môže byť abnormálny (príliš silný, príliš tichý, chrapľavý), tempo reči je zrýchlené alebo spomalené, prednes je mo-notónny. Pohľad býva obyčajne upretý, fixovaný na jednu vec. Výraz tváre, gestá a reč tela sú veľmi jednoduché. Postihnutí Aspergerovým syndrómom sú veľmi často motoricky neobratní. Hrubá motorika je zvyčajne viac postihnutá ako jemná motorika (Gillberg – Peeters, 1998).

Diagnostické kritériá pre Aspergerov syndróm⁴⁵

1. Neprítomnosť klinicky významného celkového oneskorenia hovoreného alebo receptív-neho jazyka alebo kognitívneho vývinu. Pre definitívne určenie diagnózy sa musí potvr-diť, že dieťa využívalo jednotlivé slová okolo veku 2 rokov alebo skôr. Schopnosť si sám pomôcť, adaptačné chovanie a záujem o okolie v priebehu prvých troch rokov by mali byť na úrovni normálneho rozumového vývinu. Avšak motorika môže byť one-skorená a je tu obvyklá pohybová nemotornosť. Bežné sú ojedinelé špeciálne zručnosti týkajúce sa často abnormálnych záujmov, ale pre diagnózu sa nevyžadujú.
2. Prítomnosť kvalitatívneho narušenia vzájomnej sociálnej interakcie.

Kvalitatívne abnormality v recipročnej sociálnej interakcii sa prejavujú najmenej v dvoch zo štyroch nasledujúcich oblastí:

⁴⁵ Spracované podľa: MKCH-10, WO 1993.

- neschopnosť primerane využívať pohľad z očí do očí, výraz tváre, postoj tela a gestikulácia k sociálnej interakcii,
 - neschopnosť rozvíjať vzťahy s vrstovníkmi, ktoré sa týkajú vzájomného zdieľania záujmov, aktivít a emócií,
 - nedostatok sociálne emočnej reciprocity, čo sa prejavuje narušenou alebo deviantnou reakciou na emócie iných ľudí, nedostatočné prispôsobovanie správania sociálnemu kontextu, slabá integrácia sociálneho, emočného a komunikatívneho správania,
 - chýba spontánna snaha o zábavu alebo aktivity s inými ľuďmi.
3. U jedinca sa vyskytujú neobvykle intenzívne, vymedzené záujmy alebo obmedzené, opakujúce sa stereotypné vzorce správania, záujmov a aktivít.
4. Poruchu nemôžeme priradiť k žiadnym iným typom pervazívnych vývinových porúch: simplexnej schizofrénii (F20, 6), obsedantno-kompulzívnej poruche (F42) i iným.

INÁ PERVAZÍVNA VÝVINOVÁ PORUCHA

Diagnostické kritéria nie sú presne definované. V praxi sú zaradované do tejto kategórie nasledovné typy detí:

1. Kvalita komunikácie, sociálnej interakcie a hry je narušená, ale nie do takej miery, ktorá by zodpovedala diagnóze autizmu alebo atypickému autizmu. Symptomatika je rôznorodá, jednotlivé symptómy môžu byť totožné so správaním dieťaťa s autizmom, ale nikdy sa nevyskytujú v danej kategórii vo väčšom počte. Ide o hraničnú symptomatiku skôr s nešpecifickými symptómami, čo ale neznamená, že starostlivosť o dieťa je nenáročná. Môže to byť často naopak. Diagnóza sa často vyskytuje u detí, ktoré majú ťažkú formu poruchy aktivity a pozornosti, vývinovú dysfáziu, nerovnomerne rozvinuté kognitívne schopnosti, mentálnu retardáciu a malý výskyt prejavov typických pre autizmus. Za nešpecifické potenciálne prediktory pervazívnej vývinovej poruchy sú považované: úzkosť, nepozornosť a hyperaktivita.

2. Druhou skupinou detí, ktoré zaradujeme do tejto kategórie, sú deti s výrazne narušenou oblasťou predstavivosti. Typická je malá schopnosť rozoznávať medzi fantáziou a realitou a vyhranený záujem o určitú tému, ktorej sa venujú. Problémy s predstavivosťou a stereotypné, rigidné záujmy a správanie sa majú vplyv na kvalitu komunikácie a sociálnej interakcie, ide však o sekundárnu poruchu. Spôsob sociálneho správania sa a komunikácie predstavuje iba minimum znakov typických pre autizmus. Patria sem deti so schizotypnými

a schizoidnými rysmi, na ktoré sa nevzťahuje niektorá konkrétna diagnostika autistického spektra (Thorová, 2006).

PERVAZÍVNA VÝVINOVÁ PORUCHA, BLIŽŠIE NEURČENÁ

Vek rozpoznania poruchy je rôzny. Sociálne zručnosti varujú, komunikačná schopnosť je slabá, zvyčajne nenastáva strata manuálnych zručností. Väčšina postihnutých sa nachádza v strednom stupni mentálnej retardácie až v norme. Diagnostické kritériá nie sú presne definované.

7.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami

Deti s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami s mentálnym postihnutím a aj bez mentálneho postihnutia (ďalej aj „dieťa/deti s autizmom alebo ďalšími PVP“) môžu byť vzdelávané

- a) v špeciálnej materskej škole (pre deti s autizmom),
- b) v špeciálnej triede pre deti s autizmom v materskej škole,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii.

Ako uvádzajú A. Šedibová a K. Vladová (2016, s. 321) „autizmus ovplyvňuje komunikačnú schopnosť a sociálne zručnosti dieťaťa, jeho hru, predstavivosť a myslenie. Môže zasahovať i do motoriky – v závislosti od celkovej úrovne dieťaťa. Má širokou škálu prejavov: od sociálnej uzavretosti dieťaťa, po dieťa ktoré vyrušuje, ale sociálne sa zapája. Tak, ako sú autizmus a ďalšie PVP heterogénne vo svojich prejavoch, i vzdelávanie týchto detí si vyžaduje veľa možností riešenia“.

V materských školách sa stretávame s deťmi s autizmom alebo ďalšími PVP bez mentálneho postihnutia, s mentálnym postihnutím, ale i v spojení s inými postihnutiami (napr. sluchovým, zrakovým, telesným a inými).

Predovšetkým samotná prax ukázala, že deti s autizmom alebo ďalšími PVP nemožno vzdelávať ako intaktné deti v materskej škole ani ako deti s mentálnym postihnutím či s inými postihnutiami, a ani ako deti s viacnásobným postihnutím. Ich vzdelávanie musí byť značne individualizované. **Individualizácia výchovy a vzdelávania** každého dieťaťa s touto poru-

chou vede k unikátnemu riešeniu s cieľom, aby bolo pre neho optimálne, vychádzalo z jeho špecifických potrieb (Šedibová – Vladová, 2016).

Výchova a vzdelávanie detí s autizmom alebo ďalšími PVP sa uskutočňuje podľa **Vzdelávacieho programu pre deti s autizmom alebo ďalšími prevazívnymi vývinovými poruchami pre predprimárne vzdelávanie, 2017** (ďalej aj „vzdelávací program pre deti s autizmom alebo ďalšími PVP (2017)“) na základe ktorého sa vypracovávajú **individuálne vzdelávacie programy** (ďalej aj „IVP“).

Deti s autizmom alebo ďalšími PVP sa vzdelávajú podľa IVP bez ohľadu na to, či sa vzdelávajú v špeciálnej materskej škole, v špeciálnej triede pre deti s autizmom alebo v školskej integrácii.

Integrácia dieťaťa s autizmom alebo ďalšími PVP je postupný proces, ktorý si nutne vyžaduje nielen *podporu pedagóga, prostredia a rodiny*, ale v závislosti od stupňa a charakteru postihnutia aj odborníkov, ako sú napr. psychológ, psychiater, logopéd a iní. Tá sa postupne zmierňuje a modifikuje podľa toho, aké výsledky dieťa dosahuje, ako sa menia jeho potreby. Pri rozhodovaní je potrebné zobrať do úvahy dva základné ciele: *akademický a sociálny*. **Akademický cieľ** sa týka zabezpečenia takého vzdelávania dieťaťa, ktoré bude jeho kognitívny potenciál maximálne stimulovať. **Sociálny cieľ** sa týka sprostredkovania možnosti začleniť sa do skupiny rovesníkov, naučiť sa hrať tak, ako sa hrajú jeho rovesníci a nadobudnúť schopnosť, ako fungovať v skupinových situáciách. Pre dieťa s autizmom alebo ďalšími PVP má význam najmä *sociálna integrácia*.

Vzhľadom na špecifické vnímanie detí s autizmom alebo ďalšími PVP a ich výkonové kompetencie sa ako dominantný spôsob sprostredkovania nových poznatkov využíva **vizuálna modalita, vizuálna cesta a členenie úloh na jednotlivé kroky**, pričom to, koľko krokov dieťa naraz zvládne, je individuálne rozdielne. Ciele dosahujeme používaním správnych spôsobov komunikácie (verbálnej a/alebo augmentatívnej a alternatívnej komunikácie), ako aj používaním vhodných foriem a stupňov pomoci, tzv. **promptov** (fyzický; vizuálny; iný, nešpecifický), **tvarovanie** (existujúceho správania do inej, žiaducej formy) a **ret'azenie** (vybudovanie nového správania sa v kombinácii jednoduchých prvkov správania) (Šedibová – Vladová, 2016).

7.2.1 Štruktúrované učenie⁴⁶

Pedagogická prax (ale aj na úrovni empirického výskumu nielen v zahraničí, ale aj v SR) potvrdzuje, že deti s autizmom lepšie prosperujú v štruktúrovanom prostredí. Individuálne rozdiely v reakcii detí s autizmom alebo ďalšími PVP na štruktúrované podmienky súvisia s úrovňou ich vývoja/vývinu.

Rozlišujeme tieto základné vývinové úrovne dieťaťa:

1. **Predmetová vývinová úroveň:** dieťa chápe a vníma svet okolo seba na predmetovej úrovni – trojzmernej, t. j. reálne predmety alebo ich zmenšeniny.
2. **Obrázková vývinová úroveň:** dieťa rozlišuje bezpečne vnútorný obsah a vonkajšiu formu obrázkov, dokáže triediť obrázky podľa určitých kritérií, vlastností – používame reálne fotografie predmetov, farebné obrázky, čiernobiele obrázky, piktogramy, obrázok so slovom.
3. **Slovná vývinová úroveň:** dieťa dokáže čítať s porozumením a dokáže sa pomocou slovných inštrukcií orientovať, porozumieť im.

Medzi základnými úrovňami môže byť aj prepojenie, medzistupne. Neznamená, že keď dieťa má napr. fyzický vek 4 roky, musí tomu zodpovedať aj jeho vývinová úroveň. **V praxi sa riadime vývinovou úrovňou dieťaťa.**

Deti na nižšej vývinovej úrovni majú zo štrukturalizácie väčší prospech než deti na vyššej úrovni. *Fyzická organizácia prostredia, časový plán/rozvrh, vizuálna štrukturalizácia, rutina/pravidelnosť a individuálny prístup* sú hlavné aspekty štruktúry, ktoré sa osvedčili v triedach pre deti s autizmom bez rozdielu veku a stupňa vývinu.

Štruktúrované učenie je základným prístupom programu v rozvíjaní schopností a zručností a v minimalizácii problémov v správaní detí s autizmom alebo ďalšími PVP.

A. Fyzická organizácia prostredia – použitie vizuálne jasných oblastí a hraníc pre jednotlivé činnosti umožnia deťom lepšie porozumieť svojmu okoliu a vzťahom v ňom, pomôže to minimalizovať rozptyľovanie ich pozornosti. Každé dieťa by malo mať vyhranený priestor, v ktorom pracuje (učí sa) a priestor, kde trávi čas po práci – miesto na odpočinok, hru a miesto na osobné veci. Je výhodné, ak je v triede nejaké miesto, kde sú umiestnené plány, rozvrhy práce a podľa nich sa dieťa orientuje.

⁴⁶ V našich podmienkach pedagógovia vzdelávajúci deti/žiacov s AU alebo PVP nerealizujú program TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* – Terapia a vzdelávanie detí s autizmom a príbuznými poruchami komunikácie) v plnom rozsahu, ale časť **štruktúrované učenie** áno.

- B. Časový plán** – je ďalšou dôležitou súčasťou štrukturalizácie. Dieťaťu treba vysvetliť, čo sa bude v priebehu dňa diať, čo má robiť a v akom poradí. Takáto možnosť znižuje u detí úzkosť z toho, čo ich očakáva, uľahčí prechod od jednej aktivity k druhej. V triedach, kde sa pracuje s programom TEACCH, sa používajú dva druhy plánov – jeden všeobecný pre celú triedu a druhý individuálny pre každé dieťa zvlášť. Individuálne plány obsahujú 4 základné informácie: akou činnosťou sa dieťa bude zaoberať, rozsah tejto činnosti, ako dieťa pozná, že práca je dokončená a čo bude nasledovať po skončení práce.
- C. Vizualná štrukturalizácia** – deti s autizmom majú problémy s verbálnou komunikáciou, a tak pomôckou v porozumení je používanie vizuálneho materiálu. Vizualizácia sa môže využiť pri zadávaní úloh – úlohy nie sú dieťaťu predkladané verbálne. Má to výhodu v tom, že dieťa sa s úlohou môže oboznámiť, keď je na ňu pripravené (vizuálne znázornenie je prítomné celú dobu), nie je obmedzené len na verbálny príkaz alebo vysvetlenie zo strany učiteľa. Vhodné je aj farebné označovanie miest a priestorov, ktoré sú určené na istý druh činnosti alebo miesto, kde má žiak svoje osobné veci. Ďalšou pomôckou je vizualizácia v priestore. Pre dieťa s autizmom je jednoduchšie pracovať s materiálom, ktorý má roztriediť tak, že sa mu poskytne plocha, kde sa materiál nachádza a plocha, kam má byť materiál uložený, roztriedený. Vhodné je používať rôzne nádoby, škatule a pod., v ktorých sa dieťa ľahšie orientuje.
- D. Rutina, pravidelnosť** – je systematický, konzistentný spôsob, ako vykonávať špecifické úlohy. Musí byť pevná, aby mohla kompenzovať nedostatočné schopnosti detí s autizmom pri riešení bežných situácií, ale aj pružná, aby bola použiteľná v rôznych situáciách. Dôležitým rutinným pravidlom, ktoré musíme deti naučiť rešpektovať, je: „najskôr práca, potom zábava“ – užitočná najmä v škole. Ďalším pravidlom je „zľava doprava“ a „zhora dole“ – vhodné tiež pri vzdelávacích aktivitách v materskej škole (písanie, „čítanie“, atď.), pri prácach doma (upratovanie hračiek, knižiek a pod).⁴⁷

Štrukturalizácia znamená, podľa K. Thorovej (2006), vnesenie jasných pravidiel, sprehl'adne-
nie postupnosti činnosti a jednoznačné usporiadanie prostredia, v ktorom sa dieťa s poruchou
autistického spektra pohybuje. Tento špecifický prístup aspoň čiastočne kompenzuje kompli-
kovaný handicap, akým porucha autistického spektra je. Namiesto neistoty a zmätku nastupu-
je logickosť, poriadok, pocit istoty a bezpečia, ktoré umožňujú akceptovať nové úlohy, učiť sa

⁴⁷ Spracované podľa: Schopler – Mesibov (1997).

a lepšie znášať nepredvídateľné udalosti. Nie všetky deti s poruchou autistického spektra majú problémy s akceptovaním zmien, avšak všetky majú problémy s adaptabilitou.

Aplikácia štruktúrovaného učenia, podľa V. Čadilovej a Z. Žampachovej (2008), v jednotlivých obdobiach veku dieťaťa bude vždy závisieť od niekoľkých faktorov:

1. prístupu rodičov k informáciám,
2. profesionálnej úrovne odborníkov, ktorí sa o konkrétne dieťa starajú,
3. miery symptomatiky autizmu u konkrétneho dieťaťa,
4. intelektovej úrovne konkrétneho dieťaťa,
5. rodinného zázemia,
6. vzdialenosti odborných inštitúcií od miesta bydliska konkrétneho dieťaťa,
7. ochoty a ústretovosti inštitúcií v mieste bydliska poskytnúť odbornú starostlivosť konkrétnemu dieťaťu.

7.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Ako je aj uvedené vo Vzdelávacom programe pre deti s autizmom alebo ďalšími PVP (2017), organizácia denných činností musí byť flexibilná, prispôsobená individuálnym potrebám každého dieťaťa.

Okrem bežných foriem denných činností, ako sú hry a hrové činnosti, zdravotné cvičenia, vzdelávacie aktivity, pobyt vonku, odpočinok, činnosti zabezpečujúce životosprávu (osobná hygiena, stravovanie, stolovanie) deti s autizmom alebo ďalšími PVP, majú pridané **špecifické pohybové a relaxačné cvičenia**. Tieto sú maximálne prispôsobené individuálnym potrebám každého dieťaťa.

*

Pri práci s deťmi s autizmom alebo ďalšími PVP odporúčame opierať sa o techniky kognitívnej a behaviorálnej terapie.

Intervencia prebieha v troch hlavných líniách, ktoré sa navzájom prelínajú a ovplyvňujú:

- 1. Adaptívna intervencia** – cieľom adaptívnej intervencie je zlepšenie adaptácie dieťaťa vytváraním žiaducich zručností, o ktorých vieme, že znižujú riziko vzniku problémového správania. Neriešime teda konkrétny problém, ale pri každom dieťati s poruchou autistického spektra sa venujeme nácvikom komunikácie, sociálnych, voľnočasových, perцепčných, vizuomotorických a pracovných zručností.

2. **Preventívna intervencia** – základným krokom je prispôbiť prostredie dieťaťu tak, aby vyhovovalo jeho kognitívnemu štýlu, perцепčným problémom a problémom s odhadom času. Postup je opačný, ako býva zvykom. Namiesto toho, aby sme sa snažili dieťa primäť k adaptácii na bežné prostredie, špecificky prispôbujeme už na začiatku práce s dieťaťom jeho okolie a zadávané úlohy podľa osvedčených postupov tak, aby sme dieťaťu vytvorili prostredie, v ktorom sa cíti bezpečne. Dieťa s autizmom je potom schopné lepšie prijímať nové informácie a je tu menšia pravdepodobnosť rozvoja problematického správania. Pri úpravách vychádzame z poznatkov špecifických charakteristík poruchy.
3. **Následná intervencia** (intervencia po výskyte problémového správania) – následná intervencia sa používa vždy v spojení s preventívnou a adaptívnou intervenciou. Najčastejším cieľom, na ktorý sa v terapii zameriavame, je odstránenie agresivity, sebazraňovania, stereotypného správania, ulpievavého vyžadovania a obsedantného dodržiavania rituálov, senzorickej hypersenzitivity, afektívnych záchvatov či extrémneho odmietania sociálneho kontaktu.

Samotné spôsoby intervencie delíme na intervencie zamerané na *rozvoj zručností dieťaťa s autizmom* (štruktúrované učenie, nácvik komunikácie a sociálnych zručností) a na intervencie zamerané na *problémové správanie*.⁴⁸

Literatúra

ČADILOVÁ, V. – ŽAMPACHOVÁ, Z.: *Strukturované učenie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.

GILLBERG, CH. – PEETERS, T.: *Autizmus – zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7.

JELÍNKOVÁ, M.: *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.

PEČEŇÁK, J.: Etiológia detského autizmu. In *Slovenský lekár*, roč. 6 (20), 1996, č. 10, s. 15 – 17.

PEETERS, T.: *Autizmus. Od teorie k výchovně vzdělávací intervenci*. 1. vyd. Praha: Scientia 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X.

SCHOPLER, E. – MESIBOV, G.: *Autistické chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.

ŠEDIBOVÁ, A. – VLADOVÁ, K.: *Autismus a další pervazivní vývojové poruchy*. In

⁴⁸ Spracované podľa: Thorová – Hynek – Čadilová (2004).

LECHTA, V. a kol. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016, s. 317 – 333. ISBN 978-80-262-1123-5.

MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB. MKCH-10-SK-2016. [cit. 2017-06-29].
Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Standarty-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx> .

THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, K. – HYNEK, J. – ČADILOVÁ, V. : Výchovné a vzdelávací intervence u dětí s autizmem. In HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., (eds.). *Ďetský autismus. Přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Praha: Portál 2004, s.166-167. ISBN 80-7178-813-9.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

WING, L.: *Autistické kontinuum – pomůcka pro diagnózu autistických poruch*. Londýn: Národní autistická společnost, 1993.

Výchova a vzdelávanie detí chorých a zdravotne oslabených v predprimárnom vzdelávaní

Katarína Vladová, Erika Lukáčková

8.1 Charakteristika dieťaťa chorého a zdravotne oslabeného v predškolskom veku

Choroba alebo zdravotné oslabenie predstavuje vážny zásah nielen do bežného života každého dieťaťa a jeho rodiny, ale aj do jeho výchovy a vzdelávania v predškolskom veku.

Choroba predstavuje stav organizmu, pri ktorom je narušená jeho schopnosť prispôbovať sa podmienkam prostredia. Existuje veľa druhov chorôb – môže ísť o choroby pohybového, nervového, kardiovaskulárneho, dýchacieho, tráviaceho, močovo-pohlavného ústrojenstva, endokrinné, krvné, kožné a iné choroby. Choroba a s ňou spojená liečba môže veľmi výrazne zasiahnuť do života jedinca a v detskom veku sa stáva závažným činiteľom vývinu. V rôznej miere ohraničuje prostredie a možnosti veku primeraných aktivít dieťaťa (Kollárová, 2010). Ako najčastejšie sa vyskytujúce choroby u detí v predškolskom veku sa uvádzajú: alergie, astma, choroby dýchacích ciest, kože a iné.

Zdravotné oslabenie možno charakterizovať ako stav zotavovania sa po dlhšej chorobe (rekovalescencie) alebo stav ohrozenia zdravia ako následok vplyvu škodlivého prostredia či nevhodnej životosprávy. Môže byť príčinou i následkom nadmerného ochranného štýlu rodinnej výchovy. Prejavuje sa najmä zníženou odolnosťou voči chorobám, zníženou telesnou výkonnosťou, väčšou unaviteľnosťou. Čoraz častejšie sa vyskytuje i chybné držanie tela. Oslabenie v telesnej oblasti môžu sprevádzať i neurotické prejavy (poruchy spánku, pomočovanie, tiky). S nadmernou výživou a s nesprávnym denným režimom (s nedostatočnou pohybovou aktivitou) súvisí **obezita** ako špecifický typ zdravotného oslabenia (ak je jej príčinou endokrinologická porucha, potom ide o chorobu). Vplyvom nedostatočnej výživy zasa vzniká typ zdravotného oslabenia – **nadmerná chudosť** (Kollárová, 2010).

Podľa MKCH-10-SK-2016⁴⁹ choroby sú členené na:

- Infekčné a parazitárne choroby.
- Nádory.
- Choroby krvi a krvotvorných ústrojov a niektoré poruchy s účasťou imunitných mechanizmov.
- Endokrinné, nutričné a metabolické choroby.
- Duševné poruchy a poruchy správania.
- Choroby nervovej sústavy.
- Choroby oka a očných adnexov.
- Choroby ucha a hlávkového výbežku.
- Choroby obehovej sústavy.
- Choroby dýchacej sústavy.
- Choroby tráviacej sústavy.
- Choroby kože a podkožného tkaniva.
- Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva.
- Choroby močovo-pohlavnej sústavy.
- Určité choroby vzniknuté v perinatálnom období.
- Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin⁵⁰.

Termínom **choré** sa označuje dieťa v stave choroby, ktorá sa bežne definuje ako porucha rovnováhy organizmu s prostredím. Vznikajú pritom rozličné anatomicke a funkčné zmeny v organizme. Zo špeciálnopedagogického hľadiska však nejde o chorého vôbec, ale o takého, ktorý pre svoju chorobu vyžaduje špeciálnu výchovno-vzdelávaciu starostlivosť. Kategória chorých sa vnútorne diferencuje na viaceré skupiny, ktoré potom predstavujú špecifickú pedagogickú problematiku. Mnohé choroby sa končia vyzdravením, niektoré však môžu zanechať následky v telesnej deformite, iné trvalo obmedzujú dieťa v istých oblastiach jeho života alebo ohrozujú jeho život. Táto skutočnosť sa odráža aj v špecifickosti ich výchovy a vzdelávania (Kollárová, 1993, 2010).

Za **zdravotne oslabeného** sa považuje dieťa v stave rekonvalescencie alebo so zníženou odolnosťou voči chorobám, či tendenciou k recidivite choroby alebo dieťa s ohrozením zdra-

⁴⁹ Spracované podľa: Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou od 1. 9. 2016. **MKCH-10-SK-2016**. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>

⁵⁰ Vzhľadom na zameranie tejto publikácie nie je možné charakterizovať jednotlivé choroby.

via v dôsledku vplyvu nevhodného prostredia, nevhodného životného režimu, nesprávnej výživy (Kollárová, 1993).

Ako uvádza T. Harčariková (2007), choré dieťa musí dodržiavať a rešpektovať mnohé obmedzenia, ako sú sebadisciplína, diéty, aplikácia liekov, znížená výkonnosť. Zmenená životospráva môže viesť k obmedzeniu až strate sociálnych kontaktov, k pocitom izolovanosti od okolia, k nesprávnemu sebahodnoteniu. Adaptačný proces môžu sťažovať špeciálne problémy bezprostredne súvisiace s chorobou a zdravotným oslabením. Môže to byť náhla zmena fyzického vzhľadu, rast do výšky, vypadávanie vlasov, zmeny na koži.

U chorých alebo zdravotne oslabených detí sa môžu v dôsledku ich choroby často prejavovať:

- ▶ psychické poruchy,
- ▶ neurotické poruchy (úzkostné poruchy: fobie, panická porucha, poruchy prispôsobenia a iné),
- ▶ nutkavé prejavy v správaní,
- ▶ rýchlo nastupujúca a častá unaviteľnosť,
- ▶ strach z bolesti,
- ▶ strach z medicínskych zákrokov a liečebných procedúr,
- ▶ strach z recidívy choroby,
- ▶ strach zo smrti,
- ▶ strach z nových ľudí a situácií, nechť k nadväzovaniu kontaktov s inými ľuďmi,
- ▶ celková podráždenosť,
- ▶ nespavosť,
- ▶ nechť do jedla,
- ▶ nechť k pohybu až pohybová pasivita,
- ▶ nedostatočné hygienické návyky až nedodržiavanie základnej hygieny (Vladová, 2016).

8.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí chorých a zdravotne oslabených

Deti choré a zdravotne oslabené plnia väčšinu cieľov výchovy a vzdelávania ako deti materskej školy v predprimárnom stupni vzdelávania bez zdravotného znevýhodnenia, so zreteľom na ich individuálne osobitosti vyplývajúce z rôznych druhov ochorení a aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa.

Hlavným cieľom predprimárneho vzdelávania detí chorých a zdravotne oslabených je rešpektovať ich zdravotný stav a individuálne možnosti a schopnosti.

Ďalšími cieľmi predprimárnej výchovy a vzdelávania chorých a zdravotne oslabených detí je aj

- stimulovať komplexný rozvoj osobnosti dieťaťa a jeho zmysluplné učenie so zreteľom na zdravotný stav,
- uľahčiť plynulú adaptáciu dieťaťa na prostredie materskej školy,
- podporiť pozitívny vzťah dieťaťa k poznávaniu a učeniu hrou,
- rozvíjať u detí individuálny potenciál so zreteľom na zdravotný stav,
- podporovať identitu dieťaťa vo vzťahu k sebe a okoliu,
- rozvíjať a skvalitňovať kompetencie dieťaťa,
- klásť dôraz na výchovu a vzdelávanie detí z rôzneho sociokultúrneho a socioekonomického prostredia,
- uplatňovať a chrániť práva dieťaťa v spolupráci s rodinou a inými inštitúciami,
- získavať dôveru rodičov prostredníctvom individuálneho poradenstva a nasmerovať ich na odborné poradenstvo s inými odborníkmi, napr. pediater, logopéd, psychológ, rehabilitačný pracovník a iní. (Vladová – Lukáčeková – Sopúchová, 2009).

Dieťa choré alebo zdravotne oslabené môže byť vzdelávané

- a) v materskej škole pri zdravotníckom zariadení,
- b) v špeciálnej triede pre deti choré a zdravotne oslabené v materskej škole,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii.

Materské školy pri zdravotníckych zariadeniach

Materské školy pri zdravotníckych zariadeniach sú výchovno-vzdelávacie inštitúcie, ktoré poskytujú predprimárne vzdelanie chorým a zdravotne oslabeným deťom v čase, kedy si ich zdravotný stav vyžaduje pobyt v zdravotníckom zariadení.

Sústavu materských škôl pri zdravotníckych zariadeniach tvoria:

- materské školy pri nemocniciach,
- materské školy pri detských liečebniach,
- materské školy pri kúpeľoch,
- materské školy pri detských sanatóriách,
- materské školy pri detských ozdravovniach.

V **nemocniciach** je deťom poskytovaná liečba, ktorá je diferencovaná podľa rozsahu a stupňa ochorenia. Doba hospitalizácie dieťaťa závisí od závažnosti a priebehu liečby (niekoľko dní až mesiacov). Deti z nemocnice odchádzajú buď do domácej starostlivosti, alebo do špecializovaného zariadenia, akým je napríklad liečebňa, ozdravovňa, alebo sanatórium.

V **detskej liečebni** sa doliečujú deti, ktoré majú stanovenú diagnózu a v závislosti od nej sa im poskytuje špecifická liečba alebo doliečovanie (napr. rehabilitačný ústav, ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, endokrinologický ústav, psychiatrická liečebňa).

V **kúpeľoch pre deti** je deťom poskytovaná kúpeľná liečba so zameraním na rôzne ochorenia.

V **detských sanatóriách** je poskytovaná zdravotná starostlivosť deťom a súčasne aj ich rodičom. Zdravotná starostlivosť je zameraná na liečebnú rehabilitáciu, na choroby tráviaceho a dýchacieho ústrojenstva.

Detská ozdravovňa sa nachádza spravidla v prírodnom prostredí, vo veľkej miere sa na zdravotnú starostlivosť využíva priaznivý vplyv klímy, primeraná životospráva a pohybový režim (Harčariková – Kollárová, 2016).

Materská škola pri zdravotníckom zariadení poskytuje predprimárne vzdelanie deťom vo veku od 3 rokov.

Pri výchove a vzdelávaní detí chorých a zdravotne oslabených **bez ohľadu na to, či sa vzdelávajú v materskej škole pri zdravotníckom zariadení, v špeciálnej triede alebo v školskej integrácii**, sa postupuje podľa **Vzdelávacieho programu pre deti choré a zdravotne oslabené pre predprimárne vzdelávanie** (str. 194)⁵¹ (ďalej aj „Vzdelávací program pre deti choré alebo zdravotne oslabené (2017)“).

8.2.1 Špecifiká výchovy a vzdelávania v materskej škole pri zdravotníckom zariadení

Materská škola pri zdravotníckom zariadení prijíma deti do tried priebežne počas celého školského roka. Dĺžka dochádzky je časovo ohraničená liečebným, prípadne rehabilitačným procesom. **Prijatie dieťaťa do materskej školy sa realizuje na základe prihlášky zákonného zástupcu, ku ktorej sa prikladá súhlas ošetrojúceho lekára dieťaťa.**

Liečba dieťaťa v zdravotníckom zariadení môže trvať od niekoľko dní, týždňov, mesiacov až rokov. Môže sa viackrát opakovať, v rôznych časových intervaloch (najmä pri alergiách,

⁵¹ **Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie** schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017

onkologických, kožných a iných ochoreniach). Po návrate zo zdravotníckeho zariadenia môže byť kontinuita vo vzdelávaní dieťaťa narušená (spravidla dieťa zostáva v domácom liečení).

Výchovno-vzdelávacia činnosť v materskej škole je zameraná na uplatňovanie *princípu aktivity* dieťaťa so zreteľom na jeho aktuálny zdravotný a psychický stav. Smeruje k dosiahnutiu optimálnej perceptuálno-motorickej a emocionálno-sociálnej úrovne ako základu pripravenosti pre školské vzdelávanie a pre život v spoločnosti. Východiskom je jedinečnosť zdravotne znevýhodneného dieťaťa, aktívne učenie a začlenenie do skupiny a kolektívu. Špeciálno-pedagogické pôsobenie vo výchove a vzdelávaní dieťaťa znamená rozšírenie a posilnenie individuálneho prístupu učiteľky k dieťaťu v procese adaptácie, socializácie a v predprimárnom vzdelávaní. Špecifický prístup je v kompetencii odborných zamestnancov, ktorí patrične reagujú na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby dieťaťa a zároveň mu poskytujú bohaté stimulačné prostredie a premyslené špeciálno-pedagogické pôsobenie na rozvoj jeho osobnosti.

Dieťa v zdravotníckom zariadení dodržiava liečebný režim, ktorý pozostáva často z nepríjemných a bolestivých zákrokov, ktoré vplyvajú na jeho správanie. Deti sa stávajú nedôverčivými, podráždenými, prejavuje sa u nich veľká malátnosť, únava nezaujím o činnosti (Harčariková, 2014)

Prvoradou úlohou učiteľiek materskej školy pri zdravotníckom zariadení je *pomôcť dieťaťu ľahšie zvládať adaptáciu na nové prostredie*, vyrovnáť sa v maximálne možnej miere s touto záťažovou situáciou a naďalej v plnom rozsahu rozvíjať osobnosť dieťaťa. Adaptáciu ovplyvňuje okrem vnútorných vývinových predpokladov dieťaťa aj výchovný štýl a sociálny status dieťaťa v rodine, ale aj množstvo iných faktorov prechodného alebo trvalého charakteru. Ak sa dieťa adaptuje na nové prostredie, na špecifickú situáciu vyplývajúcu z pobytu v zdravotníckom zariadení, je na učiteľke, aby počas výchovy a vzdelávania podporovala pozitívny vzťah dieťaťa k poznávaniu a učeniu sa hrou a uspokojovala individuálne *potreby ponukou pútavých aktivít*. Ponuku aktivít je potrebné prispôbiť pravidelnému chodu a dennému režimu zdravotníckeho zariadenia. Kľúčovým momentom je citlivý *individuálny prístup* ku každému dieťaťu, kreativita, improvizáčna schopnosť a spôsobilosť učiteľky zaujať deti, reagovať na ich premenlivé nálady, potreby, zdravotný stav a na neustály vývoj situácie v detskom kolektíve. Tieto aspekty pomôžu chorému a zdravotne oslabenému dieťaťu v adaptačnom procese a v bezproblémovom návrate do bežného prostredia domova a kmeňovej materskej školy.

Materská škola pri zdravotníckom zariadení ako výchovno-vzdelávacia inštitúcia plní aj diagnostickú funkciu v úzkej spolupráci so zákonnými zástupcami, zdravotníckymi zamestnancami, klinickým psychológom a inými odborníkmi.

Plánovanie výchovno-vzdelávacej činnosti

V materských školách pri zdravotníckych zariadeniach môžu existovať rôzne podoby plánovania – tematické, programové, projektové. Pri plánovaní sa vychádza z toho, či sú deti v zdravotníckom zariadení kratší alebo dlhší časový úsek (deti prichádzajú a odchádzajú počas celého školského roka). Z tohto dôvodu sa kladie zvýšená pozornosť na výber tém.

Plánovanie výchovno-vzdelávacej činnosti môže obsahovať krátkodobejšie obsahové celky, projekty, programy s dôrazom na konkrétne témy, ktoré sa prirodzene viažu k špecifickosti prostredia či k životnej situácii dieťaťa (ako je stav choroby a zdravia, lekár, zdravotná sestra, lekárske vyšetrenie a pod. (Harčariková, 2014).

Plánovanie vychádza z procesu a výsledkov špeciálno-pedagogickej diagnostiky, evaluácie a z výberu výkonového štandardu, ktoré predstavujú cieľové požiadavky, ktoré má dieťa dosiahnuť na konci predprimárneho vzdelania.

Učiteľka plánuje výchovno-vzdelávaciu činnosť pre všetky denné organizačné formy – hry a činnosti podľa výberu detí, zdravotné cvičenia, vzdelávacie aktivity, pobyt vonku, popoludňajšie záujmové. Plánuje systematickým spôsobom: od menej náročných požiadaviek na dieťa k náročnejším a rešpektuje metodické postupy špecifické pre jednotlivé vzdelávacie oblasti. Pri plánovaní vyberá výkonové štandardy, ktoré súvisia s danou témou. Samostatne si volí vhodné metódy, stratégie, formy a prostriedky výchovno-vzdelávacej činnosti. Pri príprave na výchovno-vzdelávaciu činnosť sa učiteľka rozhoduje, v ktorom čase a v ktorej organizačnej forme denného poriadku bude realizovať vzdelávacie aktivity. Naplánované činnosti sa realizujú priamo alebo nepriamo, v menších skupinách alebo individuálne (pri lôžku dieťaťa) so zreteľom na zdravotný stav dieťaťa. Pre prácu učiteľky je dôležitá spolupráca so zdravotníckym personálom, nevyhnutné sú konzultácie s ošetrojúcim lekárom, zdravotnými sestrami a inými odborníkmi – psychológom, logopédom, rehabilitačným pracovníkom, sociálnou sestrou a inými.

Výchova a vzdelanie má v materskej škole pri zdravotníckom zariadení činnosťný a procesuálny charakter. Plnenie výchovno-vzdelávacích cieľov sa realizuje s možnosťou ich ďalšieho dotvárania, modifikovania obsahu, využívania špecifických foriem a metód výchovy a vzdelávania so zreteľom na zdravotný stav a rozvojové možnosti a schopnosti chorých alebo zdravotne oslabených detí. Výchovno-vzdelávacie ciele učiteľka modifikuje, t. j. redukuje alebo rozširuje vzhľadom na aktuálny zdravotný, fyzický a psychický stav chorého dieťaťa.

Výchovno-vzdelávacie ciele vo všeobecnosti definujú stav, ktorý chceme dosiahnuť. Predpokladom dosiahnutia cieľov je vytvorenie priaznivej klímy, v ktorej dominuje učenie hrou s dôrazom na rozvoj tvorivosti pred pamäťovým učením. Plnenie výchovno-vzdelávacích cieľov sa realizuje vzdelávacími aktivitami s možnosťou ich ďalšieho modifikovania.

Výchovno-vzdelávacia činnosť sa realizuje až po dohode so zdravotníckym personálom, podľa aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa (individuálne na lôžku alebo v priestoroch na to určených – herniach).

Učiteľka pri plnení výchovno-vzdelávacích cieľov

- podporuje osobnostný rozvoj detí v oblasti kognitívnej, senzomotorickej a sociálno-emocionálnej s ohľadom na vekové, individuálne osobitosti a zdravotný stav dieťaťa,
- modifikuje obsah vzdelania,
- rozvíja kompetencie detí,
- podporuje pozitívny vzťah dieťaťa k poznávaniu a učeniu hrou,
- uplatňuje vo výchovno-vzdelávacej činnosti podľa potreby a možností aktivity stimulačné, terapeutické, korekčné, reedukačné, relaxačné, liečebno-rehabilitačné a iné,
- spolupracuje so zdravotníckym personálom,
- vytvára predpoklady pre ďalšie školské vzdelanie a na plnohodnotný život dieťaťa v spoločnosti.

Využíva špeciálne metódy, formy, prostriedky a uplatňuje všetky pedagogické a špeciálno-pedagogické zásady. Je dôležité, aby sa aj dieťa choré a zdravotne oslabené mohlo za každých okolností nenásilne rozvíjať, učiť a prežívať zážitky úspechu. S metodickými postupmi sa viaže aj využívanie špeciálnych učebných pomôcok

V materskej škole pri zdravotníckom zariadení je možné vyučovanie cudzích jazykov (pri splnení požiadaviek odbornosti vyučujúceho) a náboženskej výchovy a náboženstva (zabezpečujú registrované cirkvi a náboženské spoločnosti).

Organizácia denných činností v materskej škole pri zdravotníckom zariadení

Denný poriadok v materskej škole pri zdravotníckom zariadení je flexibilný, prispôsobený pravidelnému chodu, dennému režimu zdravotníckeho zariadenia a dennému liečebnému režimu jednotlivých detí. Usporiadanie denných činností zohľadňuje aktuálny zdravotný stav detí, prihliada na ich špecifické potreby, možnosti a záujmy (Harčariková, 2014).

Spolupráca so zákonnými zástupcami a inými odborníkmi

Rodina je významným výchovným činiteľom a svojim pozitívnym pôsobením na dieťa môže posilniť jednotnosť a účinnosť medicínskeho a pedagogického pôsobenia. Spolupráca medzi pedagogickými zamestnancami materskej školy a zákonnými zástupcami začína vzájomnou komunikáciou od ich prvého stretnutia, pokračuje počas liečebného procesu a v niektorých prípadoch aj po odchode dieťaťa zo zdravotníckeho zariadenia (Lukáčková – Sopúchová, 2011).

Učiteľka spravidla informuje zákonných zástupcov o tom, aké ciele materská škola pri zdravotníckom zariadení plní vo výchovno-vzdelávacej činnosti. Súčasne zákonných zástupcov oboznámi s možnosťami spolupráce, ktorej cieľom je vytvorenie konštruktívnej liečebnej klímy, ktorá pozitívne prispieva k liečebnému procesu a vo výchovno-vzdelávacej činnosti a je potrebná v rámci jednotného pôsobenia na dieťa. Obsahová náplň celej spolupráce sa konkretizuje vzhľadom na potreby chorého alebo zdravotne oslabeného dieťaťa. Učiteľka sa usiluje o vytvorenie a udržanie dobrého vzťahu so zákonnými zástupcami dieťaťa. Spoločne s nimi rieši výchovné problémy, poskytuje individuálne poradenstvo pri výchove dieťaťa v domácom prostredí, **v žiadnom prípade ale neposkytuje informácie o zdravotnom stave dieťaťa**. Tieto informácie podáva zákonným zástupcom len ošetrojúci lekár.

Cieľom spolupráce učiteľky materskej školy pri zdravotníckom zariadení so zákonnými zástupcami chorých a zdravotne oslabených detí je

- motivovať zákonných zástupcov a iniciovať vzájomnú spoluprácu,
- zapojiť zákonných zástupcov do života triedy ako pozorovateľov výchovy a vzdelania, učiteľov svojich detí, krátkodobých dobrovoľníkov,
- zapájať zákonných zástupcov do akcií organizovaných materskou školou pri zdravotníckom zariadení (kultúrne akcie, oslavy, výlety),
- vytvárať priestor na permanentnú komunikáciu a vzájomný dohovor,
- poskytovať zákonným zástupcom odborné rady (usmerňuje ich výchovu),
- pomôcť hľadať východiská pri riešení konfliktných situácií,
- využívať rôzne aktivity a stratégie pre kvalitnú spoluprácu.

Zákonným zástupcom treba umožniť, aby sa mohli zúčastniť výchovno-vzdelávacej činnosti, ktorú učiteľka uskutočňuje s ich hospitalizovaným dieťaťom. Priamym pozorovaním a následnou konzultáciou môže učiteľka inštruovať zákonných zástupcov o tom, ako využívať vhodné metódy a postupy pri výchove a vzdelávaní chorých detí. Účasť zákonných zástupcov

na výchovno-vzdelávacej činnosti pozitívne vplýva na psychiku chorého a zdravotne oslabeného dieťaťa a pomáha pri dosahovaní individuálnych výchovno-vzdelávacích cieľov (Lukáčková, Sopúchová, 2011).

Pri aktivitách so zákonnými zástupcami dieťaťa učiteľka diferencuje svoj prístup vzhľadom na rozdielnosť výchovného štýlu v jednotlivých rodinách. Je potrebné postupovať taktne, objektívne a trpezlivo, s maximálnou dávkou pedagogického optimizmu. Efektívnou spolupracou medzi zákonnými zástupcami a učiteľkami sa vytvárajú podmienky pre vzájomnú koordináciu pôsobenia na choré a zdravotne oslabené dieťa, čím vzniká priestor pre jednotný vplyv školy a rodiny.

Podľa potreby možno zákonným zástupcom ponúknuť kontakty na konzultáciu s inými odborníkmi v centrách špeciálno-pedagogického poradenstva a prevencie, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, so zdravotníckym personálom (klinickým logopédom, klinickým psychológom), prípadne odporúčať vhodnú odbornú literatúru.

V materských školách pri zdravotníckych zariadeniach má dôležitý význam spolupráca učiteľky s lekárom a zdravotníckym personálom, nakoľko prevažnú časť činností s dieťaťom vykonáva v jednote s plnením medicínskych požiadaviek. Konzultáciou s ošetrovateľom zisťuje dôležité údaje o dieťati, t. j. diagnózu, rozsah vyšetrení, predpokladanú dĺžku liečebného a rehabilitačného procesu a možnosť záťaže dieťaťa vo výchovno-vzdelávacej činnosti (Lukáčková – Sopúchová, 2011).

Informácie od lekára pomáhajú učiteľke pri konkretizácii výchovno-vzdelávacej činnosti tak, aby sa rešpektoval zdravotný stav dieťaťa. So zdravotnými sestrami učiteľka rieši prevažne konkrétne výchovné situácie a otázky dodržiavania denného režimu na príslušnom oddelení.

8.2.2 Špecifiká výchovy a vzdelávania v špeciálnej triede materskej školy

Podmienkou prijatia dieťaťa chorého alebo zdravotne oslabeného do *špeciálnej triedy* je špeciálnopedagogická diagnostika, v prípade potreby aj psychologická diagnostika v centre pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, odborná lekárska diagnostika (onkológ, neurológ, psychiater, internista a i.) a písomná žiadosť zákonného zástupcu.

Vzdelávanie dieťaťa v špeciálnej triede sa nepovažuje za školskú integráciu.

Počas denných činností učiteľka v primeranej miere využíva situačné rozhodovanie, ktoré rešpektuje záujmy, možnosti, potreby a emocionality chorého dieťaťa vzhľadom na jeho aktuálny zdravotný stav. Využíva špeciálne metódy, formy, prostriedky a uplatňuje všetky pedago-

gické a špeciálno-pedagogické zásady, ktoré sú podriadené zdravotnému stavu dieťaťa. Je dôležité, aby sa aj dieťa choré alebo zdravotne oslabené mohlo za každých okolností nenásilne rozvíjať, učiť sa a prežívať zážitky úspechu.

V prípade potreby musí byť dieťaťu umožnené prerušenie činností na potrebný čas, zaradenie vhodných relaxačných, resp. nenamáhavých aktivít (hra na koberci, vychádzka a iné). Vzdelávacia aktivita v špeciálnej triede pre deti choré alebo zdravotne oslabené sa realizuje analogicky ako v materskej škole bežného typu. Vzhľadom na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby detí sa pri výchove a vzdelávaní zohľadňujú vyššie uvedené špecifiká výchovy a vzdelávania. Ak zdravotné znevýhodnenie dieťaťu znemožňuje vzdelávať sa podľa príslušného vzdelávacieho programu, odporúčame dieťaťu vypracovať **individuálny vzdelávací program** (viď kap. 1.4).

8.2.3 Špecifiká výchovy a vzdelávania v školskej integrácii

Ak to zdravotný stav dieťaťa dovoľuje, môže sa vzdelávať **v triede materskej školy spolu s inými deťmi – v školskej integrácii.**

Podmienkou prijatia dieťaťa na školskú integráciu je *špeciálnopedagogická diagnostika*, v prípade potreby aj *psychologická diagnostika* v centre pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, *odborná lekárska diagnostika* (onkológ, neurológ, psychiater, internista a i.) a *písomná žiadosť* zákonného zástupcu.

Pri vzdelávacích aktivitách je potrebné využívať špeciálne metódy, formy, prostriedky a uplatňovať princíp aktivity dieťaťa **so zreteľom na jeho aktuálny zdravotný a psychický stav**. Je dôležité, aby sa aj dieťa choré alebo zdravotne oslabené mohlo za každých okolností nenásilne vyvíjať, učiť a prežívať zážitok. Predprimárne vzdelávanie je často neoddeliteľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o choré a zdravotne oslabené dieťa.

Pri výchove a vzdelávaní dieťaťa chorého alebo zdravotne oslabeného v školskej integrácii sa postupuje podľa vzdelávacieho programu pre deti choré a zdravotne oslabené pre predprimárne vzdelávanie. V spolupráci s centrom špeciálno-pedagogického poradenstva sa odporúča materskej škole vypracovať **individuálny vzdelávací program** (ďalej aj „IVP“). V IVP je potrebné, okrem iného, uviesť všetky špecifiká a obmedzenia vyplývajúce z choroby alebo zdravotného oslabenia dieťaťa vplývajúce na jeho výchovu a vzdelávanie v materskej škole.

Ak si to výchova a vzdelávanie dieťaťa chorého alebo zdravotne oslabeného vyžaduje, v závislosti od závažnosti jeho ochorenia, odporúča sa, aby v triede materskej školy bol aj **asistent učiteľa**.

8.2.4 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Denný poriadok rešpektuje zdravotný stav dieťaťa, prihliada na jeho špecifické potreby, možnosti, záujmy. V dennom poriadku sa pravidelne striedajú hry a činnosti podľa výberu detí, zdravotné cvičenia, vzdelávacie aktivity, pobyt vonku, činnosti zabezpečujúce životosprávu – osobná hygiena, stravovanie, odpočinok.

Uvádzame formy denných činností z aspektu špecifických potrieb detí chorých a zdravotne oslabených.

Hry a činnosti podľa výberu detí môžu byť spontánne alebo navodzované učiteľkou. Vedú dieťa k seberealizácii, sebazdokonaľovaniu, sebakontrolu, sebahodnoteniu a podporujú rozvoj sebaregulácie. Hra je najprirodzenejším prejavom aktivity dieťaťa, je jednou z vývojových potrieb a hlavnou činnosťou. Okrem iného *plní aj relaxačnú a terapeutickú funkciu*. Je prostriedkom, ktorý vyrovnáva záťaž organizovaných činností v zdravotníckom zariadení, jednostranných povinností a takých druhov činností, ktoré vyžadujú veľkú koncentráciu pozornosti a disciplinovanosti. Prostredníctvom hry sa dieťa odpútava od neprijemných zážitkov, ktoré sú spojené s aktuálnym zdravotným stavom a s jeho pobytom v zdravotníckom zariadení (Harčaríková a kol., 2013).

Hry a činnosti sa realizujú každodenne, plnia sa v nich špecifické ciele v závislosti od potrieb chorých a zdravotne oslabených detí. Plánovanie hier umožňuje učiteľke spájať spontánnu detskú aktivitu s cieľavedomou činnosťou a učením. Má vopred premyslený pedagogický zámer vyplývajúci z obsahu výchovno-vzdelávacej činnosti. Hra je zábavou a učenie formou hry umožňuje dieťaťu učiť sa prirodzeným uvoľneným spôsobom. Dieťa sa hrá a súčasne sa pri tejto činnosti učí. Hra a učenie sa interaktívne ovplyvňujú.

Zdravotné cvičenia obsahujú zdravotné, rehabilitačné cvičenia, cvičenia tvoriace súčasť špeciálno-pedagogickej starostlivosti, dychové a relaxačné cvičenia. Realizujú sa individuálne (napr. na lôžku) alebo skupinovo (v priestoroch na to určených) každodenne, v určitom čase s dodržaním zásad psychohygieny.

V ozdravovniach, liečebniach, sanatóriách a kúpeľoch vykonávajú zdravotné cvičenia zdravotnícki pracovníci (rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti), v nemocniciach sú uskutočňo-

vané pod vedením učiteľky materskej školy. V nemocniciach sa zdravotné cvičenia realizujú podľa aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa, pokynov ošetrojúceho lekára a zdravotníckeho personálu.

Pre deti choré a zdravotne oslabené sú do denných činností zaradené *zdravotné cvičenia* - realizujú sa individuálne (na lôžku) alebo skupinovo (v priestoroch na to určených) každodenne, v určitom čase s dodržaním zásad psychohygieny.

Vzdelávacia aktivita je aktivita vzťahujúca sa na sprostredkovanie vzdelávacích obsahov jednotlivých vzdelávacích oblastí, na postupné dosahovanie výkonových štandardov. Vzdelávacia aktivita je realizovaná za aktívnej spoluúčasti detí a učiteľky. Môže byť realizovaná ako samostatná organizačná jednotka alebo môže byť súčasťou všetkých ostatných denných činností. Časové trvanie rešpektuje individuálne možnosti chorého a zdravotne oslabeného dieťaťa, možnú dĺžku udržania pozornosti vzhľadom na jeho zdravotný stav, vývinové osobitosti a zákonitosti psychohygieny. Vzdelávacia aktivita nesmie dieťa preťažovať.

Pobyt vonku je plánovaná činnosť, ktorá zahŕňa vychádzky, pohybové a vzdelávacie aktivity, prípadne iné činnosti. Uskutočňuje sa za priaznivého počasia po konzultácií s ošetrojúcim lekárom s deťmi, ktorým to zdravotný stav dovolí. Realizuje sa za prítomnosti zdravotnej sestry alebo pomocného zdravotníckeho personálu. Je nevyhnutné pri pobyte vonku dodržiavať požiadavky bezpečnosti a ochrany zdravia detí a brať ohľad na ich zdravotný stav. Špecifikom sú ozdravovne, liečebne a kúpele, kde sa v rámci komplexnej rehabilitácie a liečebného procesu využíva na pobyt vonku klimatické prostredie.

Činnosti zabezpečujúce životosprávu sa uskutočňujú v stanovenom čase v súlade s režimom príslušných zdravotníckych zariadení.

8.2.5 Povinné materiálo-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania

Vybavenie tried v materskej škole pri zdravotníckom zariadení má zodpovedať skutočnosti, že deti predškolského veku sa hrajú v nízkych polohách, prípadne v sede na podlahe. Z tohto dôvodu je potrebné, aby podlahy boli čiastočne pokryté kobercom alebo sa používali žinenky či karimatky.

Osobitným špecifikom materskej školy v nemocnici je práca s ležiacimi pacientmi. Ide o deti, ktorým zdravotný stav nedovoľuje navštevovať herne a zúčastňovať sa na aktivitách spolu s ostatnými deťmi. Lekármi predpísaný pokoj na lôžku môže trvať niekoľko dní, ba aj týždňov. Učiteľka musí rozdeliť svoju pozornosť medzi všetky deti a nevynechá ani tieto.

Oživením vzdelávacích a iných aktivít pre ležiace hospitalizované deti je používanie rôznych špeciálno-pedagogických, didaktických pomôcok, ale aj využívanie informačno-komunikačných technológií.

Niektoré deti sa len oboznamujú s digitálnymi technológiami a získavajú základné elementárne zručnosti pri aktivitách s počítačom. Zdatnejšie deti si prostredníctvom počítačových programov pre materské školy /domáce zvieratá, ovocie a zelenina, Cirkus šaša Tomáša.../ rozvíjajú kritické myslenie, flexibilné rozhodovanie, komunikáciu a kooperáciu s učiteľkou. Veľmi pútavé pre deti sú aktivity s grafickými programami, pri ktorých získavajú základné zručnosti pri kreslení v grafickom programe Skicár, RNA a tablet. Po oboznámení sa s digitálnymi hračkami sa deti naučia podľa symbolov a znakov ovládať a využívať programovateľné hračky a riešiť algoritmy či pracovať s interaktívnymi knihami.

Aktivity s informačno-komunikačnými technológiami sú rôznorodé, zaujímavé, podporia u detí poznávanie nových vecí a prirodzenú detskú zvedavosť a hravosť.

V materských školách pri zdravotníckych zariadeniach je každé oživenie vzdelávacích a iných aktivít prínosom pre hospitalizované deti.

*

Pri predprimárnom vzdelávaní dieťaťa chorého alebo zdravotne oslabeného je dôležité, aby všetci učitelia, odborní zamestnanci, ktorí dieťa vzdelávajú alebo inak s ním pracujú:

- sa dôkladne oboznámili s diagnózou a prognózou dieťaťa,
- boli poučení o príznakoch ochorenia alebo zdravotného oslabenia, spôsoboch liečby, o situáciách, ktoré by mohli nastať počas jeho výchovy a vzdelávania (napr. záchvat a iné) i o pomoci, ktorú by dieťa mohlo potrebovať,
- akceptovali problémy dieťaťa spojené s jeho chorobou alebo zdravotným oslabením a rešpektovali špecifiká jeho osobnosti,
- zohľadňovali špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby dieťaťa, ktoré vyplývajú z jeho choroby alebo zdravotného oslabenia,
- rešpektovali správanie a prejavy dieťaťa spôsobené jeho chorobou alebo zdravotným oslabením,
- podporovali a primerane usmerňovali jeho sebarealizáciu,
- povzbudzovali dieťa a vytvárali podmienky a príležitosti pre jeho pozitívne hodnotenie,
- viedli dieťa k samostatnosti a primeranému sebahodnoteniu,
- kládli na dieťa primerané požiadavky, vyžadovali činnosti, ktoré môže s primeranou individuálnou pomocou učiteľa alebo iných zvládnuť,

- umiestnili dieťa v triede tak, aby mohlo vnímať učiteľku všetkými zmyslami,
- podľa možnosti posadili žiaka k takému spolužiakovi, ktorý bude schopný a ochotný mu v prípade potreby pomôcť,
- pri práci s dieťaťom používali vhodné pomôcky (po dohode so špeciálnym pedagógom),
- akceptovali a realizovali podmienky výchovno-vzdelávacieho procesu podľa konkrétnych odborných odporúčaní (predovšetkým lekára a iných zainteresovaných odborníkov),
- pravidelne informovali zákonných zástupcov o činnosti a vzdelávacích výsledkoch.

v prípade školskej integrácie:

- podľa potreby prizvali špeciálneho pedagóga (školského logopéda, asistenta učiteľa) k práci s dieťaťom,
- prekonzultovali pracovný postup vo výchovno-vzdelávacom procese so špeciálnym pedagógom,
- všetkými prostriedkami pomáhali a prispeli k jeho sociálnemu začleneniu, inklúzii,
- zachovávali diskretnosť o problémoch chorého alebo zdravotne oslabeného dieťaťa pred inými deťmi, rodičmi a pod. (Vladová, 2016).

Literatúra

HARČARÍKOVÁ, T.: *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených – teoretické základy*. Bratislava: Iris, 2011. 366 s. ISBN 978-80-89238-59-0.

HARČARÍKOVA, T. – KOLLÁROVÁ E.: *Základy pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených*. Bratislava: UK v Bratislave, 2016. ISBN 978-80-89726-81-3.

HARČARIKOVA, T.: *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených v kontextoch edukácie*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-631-7.

GOGOVA, T.– HARČARIKOVA, T. – KRAJČI, P. – NÉMETH O.: *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených ranného a predškolského veku*. IRIS Vydavateľstvo, 2013. ISBN 978-80-89238-82-8.

KIKUŠOVÁ, S. – KRÁLIKOVÁ, M.: *Dieťa a hra*. Bratislava: SOFA, 2004. ISBN 80-89033-42-3.

KNAPÍKOVÁ, Z. – KOSTRUB, D. – MIŇOVÁ, M.: *Aktivizujúce metódy a formy v práci učiteľky materskej školy*. Prešov: Rokus, 2002. ISBN 80-89055-18-4.

KOLEKTÍV AUTOROV: *Metodika predprimárneho vzdelávania*. Expresprint s.r.o., 2011. ISBN 978-80-968777-3-7.

KOLLÁROVÁ, E.: *Somatopédia pre učiteľov*. 1. vydanie. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 1991. ISBN 80-223-0451-4 31.00.

KOLLÁROVÁ, E.: Tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení jako pedagogický fenomén. In: LECHTA, V. [ed.]: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB. MKCH-10-SK-2016. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Standarty-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx> [cit. 2017-06-29].

VAŠEK, Š.: Špeciálno-pedagogická diagnostika. 5. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 2007. ISBN 978-80-89229-05-5.

VLADOVÁ, K.: Nemoc a zdravotní oslabení. In: LECHTA, V. a kol.: *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.

VLADOVÁ, K. – LUKÁČEKOVÁ, E. – SOPÚCHOVÁ, Z.: Vzdelávací program pre deti choré a zdravotne oslabené. ISCED 0 – predprimárne vzdelávanie. In *Štátny vzdelávací program ISCED 0 – predprimárne vzdelávanie*. Ministerstvo školstva Slovenskej republiky. Prievidza: Patria I., 2009, s. 149 – 157.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

ZÁKON č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Výchova a vzdelávanie detí s hluchoslepotou v predprimárnom vzdelávaní

Darina Tarcsiová, Ľubica Tkáčová

9.1 Charakteristika dieťaťa s hluchoslepotou v predškolskom veku

Hluchoslepotá (alebo duálne zmyslové postihnutie) patrí medzi najťažšie viacnásobné postihnutia a vzdelávanie týchto detí sa zásadne odlišuje od iných skupín detí s viacnásobným postihnutím. V súčasnosti je známych viac ako 50 syndrémov a porúch, ktoré majú za dôsledok hluchoslepotu a ich počet sa neustále zvyšuje (Gerinec, 2005).

Definovať a klasifikovať hluchoslepotu a jedincov s hluchoslepotou je pre ich heterogenitu problematické. Existujú dve skupiny definícií (medicínske a funkčné) a rozličné možnosti klasifikácie (Majewski, 2000; Ludíková, 2000):

- a) medicínske definície sa zameriavajú na stav sluchu a zraku, prípadne na ich funkčnosť. Ich výhodou je stanovenie konkrétnej hodnoty postihnutia sluchu a zraku, problematický je samotný proces a výsledky diagnostiky, hlavne u malých detí.
- b) funkčné definície vnímajú jedinca ako celok a hluchoslepotá sa definuje na základe vzťahu postihnutého k okoliu, schopnosti komunikácie s ním, ako aj možnosťami jeho socializácie.

Za dieťa s hluchoslepotou (ďalej aj „dieťa/deti s HS“) považujeme dieťa, ktoré z dôvodu duálneho zmyslového postihnutia má problémy s osvojením si jazyka a reči, obmedzenia v učení, vo vykonávaní každodenných aktivít, v samostatnom pohybe, komunikácii s okolím a o vzdelávaní. Nestačí využívať postupy/metódy vzdelávania pre jedincov len s poškodením zraku, alebo len s poškodením sluchu (Majewski, 2000, Brown, 2012), ale využívajú sa špecifické postupy, pretože dieťa nemôže byť zväčša umiestnené v špeciálnej škole pre deti so sluchovým alebo zrakovým postihnutím. Touto kombináciou vzniká kvalitatívne úplne nové a jedinečné postihnutie, so špecifikami vo všetkých oblastiach – komunikačnej, sociálnej, edukačnej atď. (Vašek a kol., 1999; Miles a Riggio 2011).

K ďalšiemu rozlišovaniu jednotlivcov s HS dochádza na základe pridružených porúch/postihnutí/ochorení, ktoré sa môžu/nemusia vyskytovať, v závislosti od etiológie (Majewski 2000). Ide o:

- a) mentálne postihnutie rôzneho stupňa,
- b) epilepsiu, ktorá sa často vyskytuje s mentálnym postihnutím,
- c) motorické postihnutie – poruchy manipulácie a lokomócie,
- d) vnútorné choroby – poruchy krvného obehu, štítnej žľazy, cukrovka atď.

McInnes – Treffry (1997), Ludíková (2000), Majewski (2000), Castro (in Tarcsiová, 2005), Miles, (2012) klasifikujú osoby s hluchoslepotou na základe rozličných hľadísk. Vzhľadom na zameranie príspevku sa budeme zaoberať len tými, ktoré sa viažu na deti, čiže do začiatku povinnej školskej dochádzky.

Podľa foriem hluchoslepoty:

- 1) vrodená hluchoslepotá (kongenitálna) – ide o deti, ktoré sú od narodenia postihnuté rozličným stupňom poruchy sluchu a zraku. Vo väčšine prípadov ide o vírusovú infekciu, ktorou bol zasiahnutý plod (napr. rubeola, cytomegalovírus), ale aj nedonosenosť a nízku pôrodnú hmotnosť.
- 2) geneticky podmienená hluchoslepotá – môže sa objaviť aj neskôr v živote, zväčša sa jedna o recesívny typ dedičnosti. Najznámejší je Usherov syndróm, ktorý je zodpovedný až za 50 % prípadov hluchoslepoty.
- 3) Hluchoslepotá ako dôsledok ochorenia, resp. úrazu v ranom období života – napr. zápal mozgových blán.

Podľa stupňa duálneho postihnutia:

- a) totálne nevidiaci a totálne nepočujúci,
- b) prakticky nevidiaci a prakticky nepočujúci,
- c) totálne nevidiaci a nedoslýchaví,
- d) totálne nepočujúci a slabozrakí,
- e) nedoslýchaví a slabozrakí.

Dôležité je aj to, kedy došlo k postihnutiu, ako aj to, či boli oba zmysly zasiahnuté súčasne alebo postupne. Ide o tieto skupiny:

- a) hluchoslepí od narodenia,
- b) osoby s vrodenou stratou sluchu a neskôr získaným poškodením zraku,
- c) osoby s vrodenou stratou zraku a neskôr získanou stratou sluchu,
- d) osoby s neskôr získanou stratou sluchu aj zraku.

Podľa kontaktu s okolitým svetom:

- a) skupina taktilná, prevažuje využívanie hmatu,
- b) skupina taktilno-vizuálna, využívajú zvyšky zraku, ale dominantnú úlohu má hmat,
- c) skupina vizuálno-taktilná, využívajú zvyšky zraku spolu s hmatom, ktorý má pomocnú úlohu,
- d) skupina vizuálna, prevláda využívanie zvyškov zraku,
- e) skupina vizuálno-auditívna, využívajú sa zvyšky sluchu aj zraku,
- f) skupina taktilno-auditívna, používajú sa zvyšky sluchu a hmat.

Heterogenita populácie spôsobuje, že každé dieťa môže mať na základe vyššie spomínaných hľadísk rozličné obmedzenia, ale aj rozličné možnosti, s čím súvisí vytvorenie vlastného, individuálneho spôsobu komunikácie, vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu a následne aj kvalita života. Základnou podmienkou vzdelávania je prekonanie izolácie, do ktorej sa dieťa dostalo poškodením najdôležitejších zmyslov. Z toho vyplýva, že pedagóg okrem sprostredkovania komunikácie zohráva/musí zohrávať aj úlohu sprostredkovateľa informácií o osobách a prostredí, v ktorom sa nachádzajú.

V prípade dieťaťa, ktoré je zaradené do skupiny detí s HS už v predprimárnom vzdelávaní, je predpoklad, že pôjde o dieťa s ťažšími poruchami sluchu a zraku, resp. s ďalším postihnutím, čo zásadným spôsobom ovplyvňuje celý výchovno-vzdelávací proces. Východiskom je rozvíjať základné oblasti – hrubá/jemná motorika, lokomócia, sebaobsluha a až následne nasleduje samotný vzdelávací proces.

Rozvíjanie komunikácie u detí s HS je najdôležitejšou, zároveň kruciálnou súčasťou ich vzdelávania, pričom komunikačný proces HS sa skladá z troch základných častí (Tarciová, 2005, s. 3):

- vytváranie prostredia, ktoré podporuje komunikáciu,
- používanie neformálnej (nesymbolickej) komunikácie,
- používanie formálnej (symbolickej) komunikácie.

Jednotlivé časti na seba nadväzujú, môžu sa aj čiastočne prekrývať. Primárne je potrebné vybudovať vzťah dôvery medzi špeciálnym pedagógom a dieťaťom, preto v úvode starostlivosti s dieťaťom pracuje menší počet osôb.

Cooleyová (in Kolenčíková, 1997) vymedzuje zásady pri komunikácii s hluchoslepými osobami vo všeobecnosti, ktoré je potrebné uplatňovať už u detí v predprimárnom vzdelávaní:

- 1) **oznámenie prítomnosti** – dieťaťu je potrebné oznámiť, že sa nachádzame v jeho prítomnosti/v miestnosti, pretože v mnohých prípadoch (vzhľadom na stratu sluchu, zraku, veľ-

kosť miestnosti, ďalšie zvuky, iné deti, osoby, atď.) vôbec nemusí zaregistrovať, že do miestnosti prišla iná osoba,

- 2) **identifikácia** – zároveň, ako osoba oznamuje, že je v miestnosti, sa musí identifikovať, oznámiť, kto je. Realizuje sa to prostredníctvom menného posunku (posunku na jeho meno a/alebo priezvisko) alebo taktilného kľúča (prsteň, hodinky, hlas, kučeravé vlasy). Vzhľadom na predpoklad, že u väčšiny detí s HS sa budú používať posunky, resp. určitý systém posunkovej komunikácie, je veľmi vhodné čo najskôr vytvoriť jednotlivým pedagógom menné posunky, ktoré budú používať všetci pracovníci školy. Vzhľadom na duálne zmyslové postihnutie je vhodné menný posunok vytvoriť tak, aby prezentoval nejakú charakteristiku osoby (napr. kučeravé vlasy, nosenie okuliarov, okrúhla tvar, začiatkové písmeno mena/priezviska atď.),
- 3) **anticipácia budúcnosti** – dieťa s HS musí mať možnosť vedieť, aká aktivita bude nasledovať, čo sa s ním bude robiť, resp. čo sa od neho očakáva (používame dotykové a predmetové kľúče). Napr. ak dieťaťu dáme do ruky lyžičku, informujeme ho, že ideme jesť a ono vie, že pôjdeme napr. cez dlhú chodbu, po schodoch,
- 4) **samostatnosť** – cieľom je čo najvyšší stupeň samostatného pohybu, preto využívanie predmetových a dotykových kľúčov musí byť jednotné u všetkých zainteresovaných osôb (pedagogických, odborných pracovníkov, rodičov), čo predpokladá vyžadovanie činnosti, ktoré už dieťa zvládlo, ich kontinuálne a dôsledné zaraďovanie a využívanie v harmonograme činností,
- 5) **možnosť výberu** – je potrebné podporovať samostatnosť dieťaťa, ktorá je veľmi dôležitá pre vzdelávanie. Dieťaťu sa snažíme ponúknuť dve alebo viacero možností, činností, aby si z nich samo jednu vybralo a tú sme realizovali (napr. ponúkneme mu dva druhy kociek – veľké a malé a dieťa si vyberie, s ktorými chce pracovať). Možnosť výberu je veľmi dôležitá v procese sebauvedomovania si dieťaťa, pre vyjadrenie jeho vlastných túžob a požiadaviek,
- 6) **ukončenie aktivity** – dieťa s HS musí vždy dostať informáciu, že daná aktivita sa končí. Je potrebné použiť signál (najlepšie posunok koniec) vyjadrujúci jej ukončenie, aby dieťa vedelo, že sa od neho niečo očakáva (napr. zaniest' tanier pri raňajkách, odovzdať výkres), resp. odchádza realizovať inú činnosť,
- 7) **naznačenie odchodu/lúčenie** – ak odchádzame z miestnosti/od dieťaťa musíme mu to taktiež oznámiť.

Uvedené zásady komunikácie sa využívajú pri všetkých činnostiach, všetkými pracovníkmi a je vhodné inštruovať aj zákonných zástupcov.

Dôležitú úlohu vo vzdelávacom procese a pri rozvíjaní komunikácie zohráva kvalita a kvantita kompenzačných pomôcok, ale aj schopnosť/možnosť ich adekvátne využívať, ktorá často závisí aj od ďalších, pridružených postihnutí (mentálne postihnutie, epilepsia).

9.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s hluchoslepotou

Pri výchove a vzdelávaní detí s HS sa postupuje podľa **Vzdelávacieho programu pre hluchoslepé deti pre predprimárne vzdelávanie (2017)**, ktorý vzhľadom na závažnosť a špecifiká postihnutia obsahuje špecifické oblasti, špecifické formy komunikácie a špecifické postupy, metódy a prostriedky.

V tomto vzdelávacom programe nie sú vypracované štandardy, ale pre deti s HS je stanovený obsah vzdelávania a špecifické ciele. Tie sú koncipované ako predpokladané cieľové požiadavky, ktoré by mali deti s HS (resp. s ďalším postihnutím, oslabením, ochorením) dosiahnuť na konci predškolského veku.

Deti sú schopné v závislosti od stupňa zmyslového, resp. ďalšieho postihnutia na elementárnej úrovni zvládnuť jednotlivé špecifické ciele, ktoré sú rozpracované vo vzdelávacích oblastiach.

Obsah vzdelávania sa rozpracúva na podmienky materskej školy pre deti s HS v školskom vzdelávacom programe a konkretizuje v plánoch výchovno-vzdelávacej činnosti, ktoré slúžia ako podklad pre špeciálneho pedagóga.

Vzhľadom na vysoko individuálnu potrebu komunikácie, podpory a vzdelávania a tým aj možné výsledky vzdelávania, pre každé dieťa s HS sa vypracováva **Individuálny vzdelávací program.**

9.2.1 Vzdelávacie oblasti

Vzdelávacia oblasť Jazyk a komunikácia – má najdôležitejšie postavenie, je bázou pre ďalšie vzdelávacie oblasti a zároveň sa komunikácia kontinuálne rozvíja a používa vo všetkých vzdelávacích oblastiach. Cieľom je rozvoj vhodnej formy komunikácie detí/dieťaťa s okolím s využitím rôznych komunikačných foriem vrátane augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (ďalej aj „AAK“). Rozvíjanie komunikácie sa realizuje vo všetkých denných činnostiach s cieľom rozvíjať vnímanie a porozumenie hovorenej reči a/alebo AAK, aktívne používať

náhradné a podporné komunikačné systémy na vyjadrenie vlastných pocitov, potrieb, názorov a postojov.

Obsah vzdelávania sa člení na dve časti, na a) rozvíjanie komunikačnej schopnosti, b) rozvíjanie grafomotorických zručností.

Úroveň, ktorú deti s HS v predprimárnom vzdelávaní dosiahnu, nie je možné dopredu presne naplánovať, komunikačná schopnosť sa u nich rozvíja veľmi pomaly, individuálnym tempom a prechádza štádiami, ktoré majú túto následnosť:

- *nesymbolická komunikácia* – napr. dotyk znamená chod',
- *používanie reálnych predmetov* – napr. lyžica znamená ideme jesť, topánky – ideme von,
- *používanie symbolických predmetov* – napr. kúsok poťahovej látky z auta znamená, že pocestujeme autom,
- *dvojrozmerná reprezentácia objektov* – obrázok, fotografia skutočného predmetu – obrázok matky znamená mama príde alebo ideš domov,
- *gestikulácia* – prirodzené gestá, ktoré imitujú konkrétne činnosti – jedenie, pitie, spánok,
- *posunková komunikácia* – prvky posunkového jazyka nepočujúcich,
- *taktilný posunkový jazyk* – prvky posunkového jazyka nepočujúcich realizované taktilne,
- *manuálne komunikačné formy založené na systéme hovoreného jazyka* – prstová abeceda, Braillovo písmo, dlaňové komunikačné systémy,
- *písmo*, resp. základy písma,
- *hovorený jazyk* – veľmi nízke percento hluchoslepých dosiahne túto úroveň.

Na elementárnej úrovni dominantným spôsobom komunikácie je **alternatívna a augmentatívna komunikácia (AAK)**, ktorá pre túto skupinu zahŕňa hlavne:

- komunikačný systém s obrazovými symbolmi – piktogramy,
- znak do reči – TTT systém,
- komunikačný systém Makaton,
- alternatívna výučba čítania s využitím globálnej metódy,
- sociálne čítanie,
- systém TEACCH.

Vzdelávacia oblasť Matematika s podoblasťami: čísla a vzťahy, geometria a meranie, logika. Deti sa oboznamujú s číselnými predstavami, číselným radom a základmi jednoduchých matematických operácií. V geometrii a meraní je dôležitá orientácia v priestore, deti sa oboznamujú s najjednoduchšími geometrickými útvarmi, manipulujú s nimi (porovnávanie, meranie, triedenie, priradovanie, usporadúvanie a rozvoj technickej a plošnej tvorivosti), čo tvorí prvky elementárnej logiky.

Vzdelávacia oblasť Človek a príroda – dieťa s HS poznáva svoje najbližšie okolie a utvára si k nemu citový vzťah. Člení sa do 4 podoblastí: vnímanie prírody, rastliny, živočíchy, človek, vnímanie prírody a prírodné javy. V každej z nich sa smeruje k jednoduchým biologickým klasifikáciám, ktoré majú ale pre deti praktický význam – napr. spoznávanie základných druhov zeleniny a ovocia, poznávanie zvierat a ich zvukov, zvládnutie jednoduchých lokomócií v prostredí s rozličnými druhmi povrchov a rozličnými pomôckami.

Vzdelávacia oblasť Človek a spoločnosť – ciele sú zamerané na základnú orientáciu v časových, priestorových, sociálnych a medziľudských vzťahoch. Vzdelávacia oblasť má viacero podoblastí: orientáciu v čase (režim dňa, poznávanie jednotlivých časových úsekov dňa, poznávanie dní v týždni, mesiacov podľa piktogramov), orientáciu v okolí, geografiu okolia – oboznamovanie a orientovanie sa v najbližšom okolí prostredníctvom dominant obce, mesta, v ktorom deti žijú. V dopravnej výchove sa dieťa zoznamuje s elementárnymi pravidlami cestnej premávky a dopravných pravidiel pod vedením dospelšej osoby a potrebu používania reflexných a ochranných prvkov. Ďalšie podoblasti (prosociálna výchova, ľudia v blízkom a širšom okolí, základy etikety, ľudské vlastnosti a emócie, prosociálne správanie) sa orientujú na rozvíjanie žiaducich osobnostných charakteristík dieťaťa s HS a jeho správanie sa v spoločnosti.

Vzdelávacia oblasť Človek a svet práce – rozvíjanie návykov a manuálnych zručností potrebných v bežnom živote (oboznámenie sa s rôznymi druhmi materiálov, hračkami, rozvoj jemnej motoriky, koordinácia oko – ruka, precvičovanie rôznych druhov úchopov, manuálne zručnosti v oblasti hygieny a sebaobsluhy, jednoduché výrobné postupy, napr. miesenie cesta).

Vzdelávacia oblasť Umenie a kultúra pôsobí na správanie a sebedovetomie detí s HS, dáva priestor pre uplatňovanie tvorivých schopností prostredníctvom vlastnej tvorby. Vzdelávacia oblasť má dve základné časti – hudobnú výchovu a výtvarnú výchovu.

Prostredníctvom hudobných činností dochádza okrem iného k rozvíjaniu sluchu a motoriky dieťaťa, zároveň sa podporuje i rozvoj rečových schopností (rytmické činnosti, vokálne činnosti inštrumentálne činnosti percepčné činnosti, hudobno-pohybové a hudobno-dramatické činnosti). V tejto oblasti sa využívajú hudobné nástroje Orffovho inštrumentára aj vlastnoručne zhotovené rytmické nástroje a pracuje sa s dieťaťom ruka v ruke.

Hlavným cieľom výtvarnej výchovy je dosiahnuť, aby dieťa pomocou jednoduchých výtvarných činností vyjadrovalo svoje predstavy, rozvíjalo si fantáziu a tvorivosť, získavalo a rozvíjalo si elementárne výtvarné schopnosti, zručnosti a návyky. Výtvarné činnosti sú aj spôsobom komunikácie s osobami v okolí.

Podstatnou zložkou výtvarnej výchovy je experimentovanie s farbami a ovládanie maliarskeho nástroja.

Vzdelávacia oblasť Zdravie a pohyb je zameraná na pohyb, podporu správneho psychosomatického a psychomotorického vývinu dieťaťa. Dôležitou súčasťou sú základné hygienické návyky a sebaobslužné činnosti. Súčasťou vzdelávacej oblasti sú i sezónne aktivity a výcviky, ktoré sa realizujú na základe možnosti danej materskej školy (predplavecké a plavecké výcviky). Ďalšie výcviky – lyžiarsky, korčuliarsky, jazda na bicykli sú podmienené druhom a stupňom postihnutia a ich realizácia je závislá od predpokladov dieťaťa/detí s HS, resp. sa realizuje v modifikovanej podobe (napr. jazda na trojkolke).

U detí s HS sú využívané aj prvky terapií, ktoré rozvíjajú a stimulujú poškodené alebo absentujúce zmysly. Ide o muzikoterapiu, canisterapiu, hipoterapiu, arteterapiu a hydroterapiu.

Výchovno-vzdelávací proces prebieha počas celého dňa, deti si sociálne zručnosti rozvíjajú v školskom internáte, ale aj mimo neho (na prechádzkach, výletoch, rozličných podujatiach), vhodné je aj využívanie multisenzorickej miestnosti Snoezelen.

Ďalším špecifickým postupom je Trailing – je to spôsob pohybu v priestore, v interiéri či exteriéri pomocou predpaženia. Ide o kľzavú prstovú techniku, pri ktorej sa nevidiaci pohybuje popri stene, dotýka sa jej chrbtom ruky, čím kontroluje jej smer a identifikuje prípadné odbočenia, dvere, okná a pod.

Pre detí s HS sa využívajú aj ďalšie špeciálne pomôcky, prostriedky a postupy, napr. malá izba, zrková stimulácia, bazálna stimulácia, orofaciálna regulačná terapia a pod.

Malá izba – aktívne učenie

U detí, ktoré majú zvyšky zraku, podporujeme vo zvýšenej miere pohybovanie sa (otáčanie



sa, lezenie, chodenie) a siahanie za vecami. Dieťa si potom pozoruje ruky, nohy, obzerá hračky, otáča ich v ruke, čiže si precvičuje aj jemnú motoriku.

Dieťa s ťažkou stratou zraku potrebuje nahradiť zrkové vnemy hmatovými a sluchovými, príp. podporiť zrkové vnímanie, pretože svet okolo neho akoby neexistoval ak sa ho nedotýka a nepočuje (ak mu napr. spadne hrkálka, nevidí a nepočuje to, preto ani nemá snahu ju hľadať).

U detí s pridruženou obmedzenou pohyblivosťou (napr. poruchy svalového tonusu) siahanie za predmetmi, natáčanie sa rukami na jednotlivé strany za vecami je predpokladom otáčania celého tela. Tieto aktivity umožňuje malá izba. Deti, ktoré nevidia, ale majú zvyšky sluchu, sa zase zamerajú na zvuky, hudbu, začínajú používať ruky na skúmanie sveta okolo seba a následne sa začnú aj pohybovať.

Malá izba podporuje u dieťaťa senzorickú integráciu, vnímanie priestorových vzťahov a má byť pre neho zábavou a zároveň aj výzvou. Jej veľkosť a vybavenie sa prispôsobuje vývinovej úrovni a potrebám dieťaťa.

U dieťaťa sa rozvíjajú úmyselné, cieleň pohyby, keď zaregistruje, že sa jeho činnosťou stalo niečo zaujímavé. Skúša rôzne druhy pohybov s/smerom k rozličným predmetom (kineseticko-pohybový zmysel) a postupne si uvedomuje, aké pohyby musí pri určitom predmete vykonať a pohyb si opakovaním činnosti s predmetom osvojuje. Pre malé deti predmety miznú, prestávajú existovať, ak nie sú v ich dosahu. Aby pochopili pojem stálosť predmetov, je potrebné opakovať aktivitu po prestávke 1 – 2 sekundy, čiže po veľmi krátkych časových úsekoch. V kontakte s dospelým takéto opakovanie (napr. aktivita chytiť, pustiť) nie je realizované. Ak dospelý vedie ruku dieťaťa, ono samo neusmerňuje svoj pohyb, nejde o vedomé siahanie po predmetoch, o jeho vlastný zámer, pretože to chce/realizuje dospelý. Preto je potrebné, aby dieťa samo experimentovalo, skúmalo predmety v stabilnom prostredí, musí ísť o jeho vlastnú aktivitu.

Hierarchia rozvíjania schopností dieťaťa v malej izbe:

A) Štádiá vývinu priestorových vzťahov

1.stupeň – náhodné pohyby, pomocou ktorých dieťa začína vnímať predmety.

2.stupeň – vedomé stláčanie alebo dotýkanie sa predmetov.

3. stupeň – chytenie a pustenie predmetu, za ktorým veľmi skoro nasleduje chytenie a držanie predmetov.

4. stupeň – okamžité opakovanie aktivity. Prekvapenie, vzrušenie, radosť na strane dieťaťa s cieľom opakovať aktivitu a tým získať hmatový/zvukový zážitok, nájsť určitý predmet. Na tomto stupni si už dieťa spája svoj zámer s určitým plánovaným zážitkom.

5. stupeň – rozličné spôsoby zaobchádzania s predmetom/predmetmi. Niektoré deti sú zajaté hmatovým skúmaním predmetov, nereagujú na zvuky, ktoré zároveň vytvárajú. Spájajú pohybové (kinestetické) a hmatové spôsoby zmyslového vnímania, iné začali so spájaním pohybových a sluchových zmyslov (skúmali zvuky, ktoré vytvárajú pri rýchlej/pomalej realizácii toho istého pohybu s predmetom). Predmet však hmatom neskúmali.

6. stupeň – dieťa začína počúvať, keď pohybuje a ohmatáva predmet alebo hmatom skúmať predmet, s ktorým pohyboval, a tak vytváral zvuk.

B) Integrácia zmyslového vnímania a pohybu.

7. stupeň – dieťa počas skúmania predmetu hmatom rýchle hľadá iný predmet, aby ich porovnálo. Podobným spôsobom môže vytvárať zvuky s jedným alebo dvoma predmetmi a porovnávať ich, alebo sa rýchle dotýka a chytá rôznych predmetov jeden po druhom – porovnáva ich umiestnenie či sa uisťuje o prítomnosti predmetu. Presne siaha po predmetoch v určitých smeroch a polohách.

Sekvenčné hry – dieťa napr. striedavo manipuluje s lyžičkami a tlačí kľúče na šálku. Alebo v tom istom slede opakovane manipuluje s predmetmi a objavuje, že ono samo vytvára všetky zvuky v malej izbe. Ide o proces sebauvedomovania, pretože samo sa rozhoduje, čo urobí. Cieľom je, aby dieťa malo presnú predstavu o priestore, rozložení a vlastnostiach predmetov.

Zraková stimulácia

Základom zrakovej stimulácie je využívanie farby, kontrastu, zvuku a v neposlednom rade hmatové podnety. Pri jej realizácii nie sú potrebné drahé hračky, oveľa efektívnejšie sú hračky a pomôcky vyrobené z predmetov bežne používaných v domácnosti. Filozofiou nácviku zrakovej stimulácie je poznatok, že deti nezačnú prejavovať základné schopnosti spontánne, je potrebné ich trénovať a učiť. Špeciálny pedagóg často vedie ruku dieťaťa, posúva mu nohy alebo telo tak, aby urobilo pohyby, ktoré sú nevyhnutné pre realizáciu danej úlohy a/alebo presviedča dieťa, aby sa pozeralo, počúvalo a potom napodobňovalo/realizovalo to, čo od neho pedagóg/dospelý očakáva. Je dôležité, aby sa dieťa na úlohu sústredilo a preto **nie je vhodné mať v okolí dieťaťa veľa predmetov, pretože ho môžu rozptyľovať**. Dieťa s HS sa

musí učiť pracovať so zrakom od začiatku starostlivosti, pretože v opačnom prípade nastáva zraková deprivácia a zrakové vnímanie zostane obmedzené aj neskôr.

Podmienky na realizáciu zrakovej stimulácie:

- 1) v pravidelných časových intervaloch (najmä vtedy, keď je dieťa schopné sa sústrediť),
- 2) v priestore upravenom na stimuláciu a bezpečnom pre pohyb dieťaťa,
- 3) s využívaním optických pomôcok,
- 4) s pomôckami vhodne podporujúcimi zrakové vnímanie (materiál, tvar, farba, kontrast, odlesk, jas, svetlo, zväčšenie atď.).

Podnety musia byť rôznorodé, aby dieťa nepresýtli a zároveň ho nenudili svojím stereotypom, nemali by vyvolávať v dieťati strach svojou nejasnosťou a mali by byť zrozumiteľné.

Všeobecné rady pre zrakovú stimuláciu:

- poskytnúť dieťaťu dostatočné množstvo príležitostí pre zrakové vnímanie a dbať na to, aby sme ho podnetmi príliš nezahltli,
- všímať si, či dieťa reaguje na rozsvietenie svetla v izbe, či sa do neho díva, či rado stojí pri okne, ako reaguje na prudké svetlo, či ho upúta alebo si zakrýva oči,
- všímať si, z akej vzdialenosti dieťa reaguje na svetlo, pohyb alebo predmet. Reakciou môže byť zameranie pozornosti, prerušenie činnosti, skludnenie, otočenie sa, ukázanie naň,
- zrakovú stimuláciu robíme v čase, keď je dieťa dobre naladené (napr. v čase jedenia, kúpania alebo akejkoľvek inej obľúbenej činnosti),
- zmeniť časť izby, prípadne vyhradiť si priestor (kútik), v ktorom budú umiestnené svetlá, hračky a predmety určené na rozvoj zrakového vnímania a pracovať v ňom v krátkych časových intervaloch,
- viesť dieťa dôsledne k tomu, aby zapájalo zrak do všetkých činností,
- približovať svetlo alebo predmet najprv zboku k vonkajšej strane očí, pretože tam sa videnie vyvíja najskôr a rozoznáva pohyb svetla a tieňa. Potom ukazovať predmet dieťaťu aj z iných strán (zhora, zdola, šikmo, priamo v strede tváre). Všímať si, na ktoré predmety dieťa reaguje a z akej vzdialenosti (či ho upúta svetlo alebo predmet len pri veľkom priblížení, alebo či je schopné ho sledovať aj z väčšej vzdialenosti),
- podporovať dieťa slovne: „Pozri sa na to. Pozri, čo robia tvoje ruky.“,
- vždy, keď dieťaťu niečo podávame, viesť ho k tomu, aby sa na predmet pozeralo, potom sa k nemu natiahlo, uchopilo ho. Ak je to potrebné/resp. možné, popísať slovne dieťaťu, kde sa predmet nachádza, ale najskôr sa musí na predmet pozrieť a až potom za ním siahnuť,

- podporovať zručnosť presne siahať za predmetom tým, že budeme požadovať, aby sa dieťa na predmet pozeralo, potom umiestnilo prst alebo ruku vedľa svojho oka a priamo sa potom načiahlo za predmetom,
- usilovať sa, aby sme nevedli ruku dieťaťa ani aktívne nepracovali za dieťa,
- trpezlivosť, pretože výsledky nemôžeme očakávať okamžite, ide o dlhodobý proces.

Odporúčania na zariadenie kútika:

1. svetlá stimulujúce zrak, napr. sviečky na vianočný stromček, vreckové baterky s farebnými filtrami (využiť umelohmotné misky poháriky),
2. stojanová lampu so žiarivkou, hračky a ďalšie predmety žiarivých farieb,
3. zrkadlo, hliníková fólia alebo iný kovový predmet odrážajúci svetlo (plechová krabička, vyhladený obal zo salónky), lesklé ozdoby a reťaze z farebných fólií na vianočný stromček a pod.,
4. predmety kontrastných farieb so šachovnicovým vzorom, čierne a biele kocky.

Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný, vývin podporujúci stimulačný koncept. Základnou požiadavkou bazálnej stimulácie je celistvosť, čiže jednotlivé oblasti na seba vzájomne nadväzujú a tvoria jednotný celok. Všetky sú rovnocenné a nie je možné nadradovať akúkoľvek z nich. Ide o: **vnímanie, myslenie, pocity, pohyb, komunikáciu, telesné skúsenosti a sociálne skúsenosti**.

V bazálnej stimulácii podnety delíme do dvoch rovín. Prvú tvoria základné podnety: somatické, vestibulárne a vibračné, druhou je rozširujúca stimulácia, ktorá v sebe zahŕňa podnety taktilno-haptické, chuťové, čuchové, sluchové a zrakové. Somatické podnety pôsobia na kožu a svaly dieťaťa a realizujú sa prostredníctvom dotyku, tlaku, pohybu a vnímaním teploty. Na zintenzívnenie možno využiť rôzne materiály.

Bazálnu stimuláciu začíname prihovaraním sa dieťaťu, dotknutím sa jeho ruky a to vždy na rovnakom mieste. Zároveň sa mu vždy potichu, rovnakým hlasom prihovárame, aby sme ho zbytočne nevystrašili. Je vhodné pustiť relaxačnú hudbu.

Ak sa bazálna stimulácia realizuje poležiačky, dieťa je prikryté a vždy, keď ho pomaličky rolovaním prikryvky odkrývame, tak ju jemne pritlačíme k jeho telu. Vždy postup komentujeme, a keď je odkryté, tak začneme stimulovať dýchanie.

Na spríjemnenie ležania ho obložíme rôznymi dekami a vankúšikmi a tejto polohe hovoríme **hniezdo**. Umožňuje dieťaťu si oddýchnuť, navodzuje uňho príjemné pocity, dáva mu pocit

bezpečia a zlepšuje vnímanie hraníc tela. Ak sa bazálna stimulácia realizuje keď dieťa sedí opreté o učiteľa, prihovárame sa mu pri hladkaní, prezliekaní alebo len počúvaní rozprávok a pesničiek.

Somatické podnety: napomáhajú k uvedomovaniu vlastného tela a vytváraniu telesnej schémy.

Vibračné podnety: umožňujú vnímať vlastný nosný aparát (kosti, kĺby), to, čo intaktné deti získavajú pri lezení alebo chôdzi. Možno ho stimulovať pomocou vibračných prístrojov, ktoré sa prikladajú na jednotlivé časti tela. Stimulácia začína vždy na päťach a končí pri hrudníku. Inou možnosťou stimulácie je vnímanie prirodzených vibrácií pri reči a to tak, že sa ruka dieťaťa priloží na hrudník hovoriacej osoby.

Vestibulárne podnety: pomáhajú vnímať a uvedomovať si zmenu polohy tela v priestore. Podnety sa poskytujú vo forme pomalého rytmického hojdania, kolísania alebo otáčania rôznymi smermi. Využiť možno hojdačky, veľké lopty alebo valce. Vestibulárna stimulácia zlepšuje svalový tonus a stabilitu tela. Vyvoláva v deťoch príjemné pocity a úsmev, buduje sa tým aj dôvera k osobe, ktorá dané cvičenia s nimi realizuje.

Taktilno-haptické podnety: aktivujú najmä oblasť rúk a vedú k aktívnemu dotýkaniu sa a uchopovaniu predmetov a tým k aktívnemu poznávaniu svojho okolia. Dôležité miesto tu má facilitácia – dieťaťu pomáhame poznávať daný predmet, jeho veľkosť, tvar, povrch alebo váhu.

Sluchové a zrakové podnety: nie sú viazané na telo, sú pre deti s HS náročné, zmyslom stimulácie je naučiť deti pozeráť sa a počúvať. Ponúkame kontrastné zvuky (hluk/ticho) aj obrazy (svetlý/tmavý). Vedeť k registrácií blízkych aj vzdialenejších predmetov, produkcii zvukov. Zvuky sa kombinujú s dotykom, vibráciou alebo pohybom.

Akustické podnety: rozpoznať zvuky v okolí, ktoré majú rôzny zdroj a môžu mať informačný charakter. Cieľom je naučiť deti, že hluk je možné vyprodukovať. Využívajú sa jednoduché ozvučené predmety, nástroje, ozvučené a vibračné hračky, reprodukováná hudba. Keď je zámerom dieťa zaktivovať, zvolíme namiesto meditatívnej hudby dynamickejšiu. **Orálne podnety:** aktivujeme oblasť úst, ide o senzibilizáciu úst pre najrôznejšie vnemy, zároveň učíme o vzťahu ruka – ústa. Učí sa aktivovať podnety čuchové – priradiť vôňu (matky a inej osoby), chuťové (rozpoznávať príjemné a nepríjemné). Učí sa teda poznávať, že ústa a nos môžu sprostredkovať užitočné vnemy.

Čuchové podnety: používame ľahké aromatické vône, navoňané vankúšiky, mydlá, ale aj bežné vône, napr. jedlá.

Vestibulárne podnety: vnímanie rozličných polôh – nahor, nadol, dookola, učí sa hlavou orientovať v priestore a tiež, že samo môže ovplyvniť svalový tonus. Používajú sa gymnastické lopty, valce hojdačka.

Orofaciálna regulačná terapia

Cieľom je stimulácia predverbálnych zručností tlakovou a vibračnou stimuláciou motorických bodov v oblasti úst a tváre. Upravuje sa svalový tonus, podporuje činnosť mimických svalov, aktivuje pohyblivosť jazyka, pozitívne pôsobí na satie, žuvanie a prehĺtanie potravy. U detí s ťažkým postihnutím sa využíva aj k ovplyvneniu dýchania, k eliminácii nadmernej salivácie (slinotok), k stimulácii správnej polohy pier, k zlepšeniu pohyblivosti jazyka, transportu slín a potravy a k aktivácii prehĺtacieho reflexu.

Prostredníctvom tonizácie a aktivácie kompletnej orofaciálnej muskulatúry sa ovplyvňujú funkcie tváre, jazyka, pôsobí na funkcie prehĺtania a žuvania a s tým súvisiace funkcie reči.

Využívané podnety sa delia na exteroceptívne (dotyk a hladkanie) a propioceptívne (vibrácia, tlak a ťah).

9.2.2 Organizačné podmienky na výchovu a vzdelávanie

Pri výchove a vzdelávaní detí s HS na predprimárnom stupni je dôležité vytvárať a následne dodržiavať rituály (denný systém, denný poriadok).

Trvanie jednotlivých foriem denných činností rešpektuje potreby dieťaťa s HS, možnú dĺžku udržania jeho pozornosti vzhľadom na vývinové osobitosti, druh a stupeň zmyslového, príp. ďalšieho postihnutia a zákonitosti psychohygieny. Môžu sa striedať s relaxačnými chvíľkami (relaxácia pri hudbe, svetelných efektoch, masáže, relaxačné hry) alebo prestávkami.

Formy denných činností nesmú deti s hluchoslepotou preťažovať a majú:

- zabezpečiť vyvážené striedanie činností (optimálny biorytmus, bezstresové prostredie),
- dodržiavanie zásad zdravej životosprávy (zdravý životný štýl) a pevne stanoveného času na činnosti zabezpečujúce životosprávu,
- vytváranie časového priestoru na hru a učenie/vzdelávanie.

Hry a hrové činnosti – ich súčasťou sú aj vopred plánované **vzdelávacie aktivity**. Hry a hrové činnosti sa môžu v rámci zostavovania denného poriadku zaradiť aj 2 – 3 krát v dopoludňajších a odpoľudňajších hodinách.

Pohybové a relaxačné cvičenia – obsahujú zdravotné cviky, relaxačné a dychové cvičenia. Realizujú sa každý deň v určitom čase s dodržiavaním psychohygienických zásad (pred jedlom, vo vyvetranej miestnosti, prípadne vonku). Tvoria súčasť denného poriadku, patria k vopred plánovaným aktivitám.

Vzdelávacia aktivita – ide o konkrétnu výchovno-vzdelávaciu činnosť, ktorá je súčasťou denného poriadku. Zastúpené je v nej spontánne (situačné učenie) a na základe vhodnej a účinnej motivácie aj cieľavedomé (zámerné – intencionálne učenie).

Výchovno-vzdelávacie požiadavky majú byť stanovené mierne nad hranicou rozvojových možností detí tak, aby ich mohli deti splniť, aby učenie pociťovali ako odmenu za vynaložené úsilie a boli motivované k ďalšiemu učeniu.

Pobyt vonku – realizuje sa každý deň, výnimkou sú len nepriaznivé klimatické podmienky (silný nárazový vietor, silný mráz, dážď). V jarých a letných mesiacoch sa čas pobytu vonku upravuje a zaraďuje sa dvakrát počas dňa, v dopoludňajších i odpoľudňajších hodinách.

Odpočinok – realizuje sa každý deň, najviac dve hodiny.

Činnosti zabezpečujúce životosprávu – realizujú sa v pevne stanovenom čase, odporúča sa dodržať trojhodinový interval medzi podávaním jedla.

Individuálna logopedická intervencia – realizuje sa pod vedením logopéda. Ak sú v škole vytvorené podmienky, realizuje sa trikrát týždenne v dopoludňajších hodinách. Logopéd spolupracuje na tvorbe individuálneho vzdelávacieho programu a obsah logopedických cvičení sa odvíja od komunikačnej schopnosti dieťaťa, bez ohľadu na jeho fyzický vek.

Špeciálne cvičenia – zamerané na **rozvíjanie zmyslového vnímania** (rozvoj zrakového, hmatového, sluchového, čuchového vnímania, koordinácie oko – ruka, rozvoj jemnej a hrubej motoriky, rozvoj komunikačných schopností, grafomotorické cvičenia). Realizujú sa denne v dopoludňajších i odpoľudňajších hodinách.

Rehabilitačná starostlivosť (ak sú vytvorené podmienky na škole) sa denne realizuje v dopoludňajších hodinách, vykonáva ju diplomovaný fyzioterapeut.

Výkony detí s hluchoslepotou v predprimárnom vzdelávaní sú individuálne limitované samotným postihnutím.

9.2.3 Povinné materiálo-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania

Usporiadanie triedy by malo: 1. umožniť komunikáciu pri spoločných činnostiach v hrových skupinách; 2. uľahčiť dieťaťu voľný kontakt s najbližším okolím; 3. uľahčiť dieťaťu prístup

k hračkám a pomôckam; 4. umožniť dieťaťu vytvárať hrové prostredie podľa vlastného zámeru; 5. byť bezpečné, hygienické a funkčné; 6. umožňovať dodržiavanie vopred stanovených pravidiel učiteľmi pri ukladaní hračiek a pri manipulácii s predmetmi, učebnými pomôckami.

Literatúra

BAASKE, K. H. a kol.: Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Taubblinde.

Bazálna stimulácia [on line] [cit.2017-05-24]. Dostupné na:

<http://www.inakobdareni.sk/rubriky/category/terapie-vyskusali-sme/article/bazalna-stimulacia.xhtml>.

BROWN, S.: *A Sign of the Times – Sense response to consultation*. 2012. [cit. 2011-12-07].

Dostupné na:

http://www.sense.org.uk/campaigns/consultation_responses/2004/briefmhealth.

Orofaciálna regulačná metodika. Fyzioterapia, 23 [on line] [cit.2017-05-24]. Dostupné na:

<https://fyzioterapiask.wordpress.com/nas-kolektiv/kin/23-orofacialna-regulacna-metodika/>.

GERINEC, A.: *Detská oftalmológia*. Martin: Osveta, 2005.

KOLENČÍKOVÁ, J.: Spôsobu a formy komunikácie u hluchoslepých. In *Štylistika neverbálnej komunikácie*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1997, s. 112 – 120. ISBN 80-88868-20-3.

LUDÍKOVÁ, L.: *Vzdělávání hlucholepých I*. Praha: Scientia, 2000.

MAJEWSKI, T.: Charakteristika hluchoslepých osôb a ich hlavné problémy. In KOWALIK, S. – BANKA, A.: *Perspektivy rehabilitace hluchoslepých*. Praha: Wa2gner Press, 2000, s. 33 – 39.

McINNES, J.M. – TREFFRY, J. A.: *Deaf – Blind Infants and Children*. Toronto Buffalo London: University of Toronto Press, 1997.

MILES, B., RIGGIO, M.: *Understanding Deafblindness*. 2011. [cit. 2011-12-17]. Dostupné na:

http://www.perkins.org/assets/downloads/remarkable_conv_chapter_2.pdf:

TARCSIOVÁ, D.: *Hluchoslepe osoby a ich komunikačný systém*. In *Efeta – otvor sa*, roč. 15, č. 1. 2005, s. 2 – 6.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

VAŠEK, Š. – VANČOVÁ, A. – HATOS, G. a kol.: *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999.

Výchova a vzdelávanie detí s viacnásobným postihnutím v predprimárnom vzdelávaní

Alica Vančová, Iris Domancová

10.1 Charakteristika dieťaťa s viacnásobným postihnutím v predškolskom veku

Závažnejšie postihnutia, poruchy, chyby a narušenia (a to najmä vrodené a vývinové) sa pomerne často združujú, majú tendenciu vyskytovať sa spoločne a ich nositeľ tak môže byť postihnutý viacerými chybami, postihnutiami. Je zrejmé, že v populácii sa dá identifikovať skupina osôb, ktoré vykazujú príznaky súčasného výskytu viacerých postihnutí. Táto skupina je však značne heterogénna z hľadiska kombinácií konkrétnych postihnutí u jednotlivých osôb, z hľadiska druhu, stupňa, typu či formy jednotlivých postihnutí v kombináciách, z hľadiska ich etiológie (príčin), symptomatológie (príznakov a prejavov), z hľadiska doby vzniku, z hľadiska veku osôb, z hľadiska ich perspektív a prognózy v oblasti zdravotného stavu, osobnostného rozvíjania, z hľadiska ich potrieb a nárokov na špeciálne služby a starostlivosť, z hľadiska možností ich pracovného uplatnenia atď. Je preto veľmi ťažké takúto heterogénnu skupinu osôb všeobecne charakterizovať.

V prípade vzájomného kombinovania rôznych postihnutí, narušení a porúch vykazované symptómy takýchto kombinácií nie sú len súčtom, zlúčením prejavov jednotlivých postihnutí, ale sa v rámci daných kombinácií „znásobujú“, sú vo vzájomnej súčinnosti, pričom ich charakteristiky sa vekom, vývinom, ale aj špeciálnymi intervenciami medicínskymi, liečebno-rehabilitačnými, psychologickými a psychoterapeutickými, špeciálnopedagogickými, liečebno-pedagogickými, ako aj vďaka ostatným mechanizmom komplexnej rehabilitačnej starostlivosti menia.

Pojem „**viacnásobné postihnutie**“ je podľa Š. Vaška (1996) charakterizovaný z hľadiska poruchy informačného toku ako základného predpokladu edukácie. U ľudí s viacnásobným postihnutím sa teda v „dôsledku pôsobenia viacerých limitujúcich faktorov môžu vyskytovať ťažkosti v recepcii informácie, pri jej centrálnom spracovaní alebo v expresii, tiež v ich kombináciách. Viacnásobné postihnutie sa vyskytuje v rôznych početných variáciách, v rámci ktorých je nutné kvôli interindividuálnym rozdielom k jednotlivcom pristupovať prísne individuálne“ (Vašek, 1996, s. 163 – 164).

Etiologické faktory (príčiny) viacnásobných postihnutí sú veľmi rôznorodé. Často dochádza ku kombinovaniu príčin alebo je etiológia nejasná, resp. nie je poznaný mechanizmus vzniku poruchy aj pri známej etiológii. Príčiny môžu zapôsobiť v rôznych etapách vývinu jednotlivca. Môžu spôsobiť viac alebo menej závažné kombinácie rôznych prejavov, príznakov porúch, narušení či deficitov. V zásade možno povedať, že najzávažnejšie viacnásobné postihnutia sú spravidla vyvolané príčinami pôsobiacimi v štádiu prenatálneho vývinu, keďže práve ony majú najväčší dopad na formovanie materiálnej biologickej bázy budúcich porúch, chýb, deficitov, neschopností, postihnutí.

Ako základné skupiny príčin viacnásobných postihnutí je možné vyčleniť nasledujúce:

infekcia alebo intoxikácia	poruchy tehotenstva
indikácie psychického charakteru	vplyvy materiálneho prostredia
traumy alebo fyzikálne faktory	chromozomálne abnormality
vývinové poruchy	vplyvy sociálneho prostredia
metabolické a nutričné činitele	genetické vplyvy
ochorenie CNS a zmyslových orgánov	mechanické poškodenia
ochorenia mozgu veľkého rozsahu	neznáme prenatálne, perinatálne a
kombinácie príčin	postnatálne vplyvy

Jednotlivci s viacnásobným postihnutím predstavujú nezanedbateľnú časť populácie. Majú tendenciu zvyšovania výskytu, vyznačujú sa mimoriadnou heterogénnosťou a variabilitou príznakov, prejavov a z nich plynúcich špeciálnych výchovných a vzdelávacích potrieb. Vzhľadom na spomínanú heterogénnosť a variabilitu nie je možné presne určiť výskyt viacnásobných postihnutí v populácii. Takisto je náročné určiť početnosť a výskyt v rámci jednotlivých kategórií viacnásobných postihnutí. V prípade hlbokých stupňov postihnutí v kombináciách predstavuje výskyt veľmi malé percento z populácie vo všeobecnosti – zhr-

ba od 0,1 % do 1 %, približne 4 z každej tisícky osôb v populácii sú hlboko viacnásobne postihnuté, pričom primárnym alebo dominantným (vedúcim) symptómom je mentálna retardácia. Rôzne vzájomné kombinácie ťažkých a ťažkých so strednými stupňami postihnutí a porúch predstavujú približne 2 %–2,5 % v rámci populácie. Jednotlivci so vzájomnými kombináciami ľahkých stupňov postihnutí a narušení, najmä porúch učenia, psychosociálnej narušenej správy a mierne podpriemerného intelektu predstavujú asi 90 % všetkých jednotlivcov klasifikovaných ako postihnutých či narušených (Vančová, 2010).

Najväčší výskyt ťažších viacnásobných postihnutí sa viaže na poškodenie mozgu, centrálného nervového systému (CNS). Preto sa najčastejšie výskyt viacnásobných postihnutí spája s mentálnou retardáciou a mentálna retardácia je najčastejšie sa vyskytujúcim postihnutím v rámci viacnásobných postihnutí. Z tohto dôvodu aj v rámci pedagogiky ľudí s viacnásobným postihnutím je kombináciám zmyslových, telesných a zdravotných postihnutí či komunikačných alebo emocionálnych a sociálnych narušení s mentálnym postihnutím a mentálnou retardáciou venovaná zvýšená pozornosť, pretože (ako vyplýva aj z predchádzajúceho textu) práve mentálne postihnutie a mentálna retardácia vstupuje najčastejšie do kombinácií s inými postihnutiami a je v nich spravidla najzávažnejším symptómom. Pre možnosti rozvíjania osobnosti takto postihnutých ľudí je to výrazne determinujúcim (určujúcim, podmieňujúcim) faktorom (Vančová, 2010).

V kombináciách postihnutí, narušení či porúch s mentálnou retardáciou možno zaznamenať rôzne (prakticky všetky) druhy, stupne, formy a typy mentálnej retardácie s rôznou dobou vzniku, s rôznymi etiologickými faktormi, ako aj geneticky podmienené, vrodené či získané iné postihnutia, narušenia, poruchy, choroby rozličnej závažnosti a etiológie. Preto je dosť náročné uvádzať všeobecnejšie charakteristiky takýchto kombinácií.

Najväčší výskyt viacnásobných postihnutí so symptómami mentálneho postihnutia (mentálnej retardácie) je očakávateľný a aj identifikovaný vtedy, ak majú rovnaké etiologické faktory pôsobiace počas prenatálneho vývinu, pri pôrode alebo zkrátko po pôrode a poškodzujúce mozog a CNS. V takýchto prípadoch obvykle v rámci jednotlivých viacnásobných postihnutí je evidentná mentálna retardácia, telesné postihnutia, zdravotné postihnutia, zmyslové poruchy, poruchy a narušenia v oblasti motoriky, komunikácie, správy, a to obvykle v ťažších stupňoch. Dá sa povedať, že existujú isté diagnózy, ktoré predpokladajú výskyt viacnásobných postihnutí. Takými sú predovšetkým detská mozgová obrna (DMO), hypotyreóza, Fetálny alkoholický syndróm, Wolfov syndróm, Patauov syndróm, Edwardsov syndróm, Fröhlichov syndróm, Syndróm Cri-du-Chat, epilepsia, Downov syndróm a mnohé iné.

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že čím závažnejší je stupeň mentálneho postihnutia (mentálnej retardácie), tým závažnejší bude aj stupeň ďalších postihnutí, ktoré sa s ním kombinujú a tým vyššia bude aj ich početnosť. Taktiež je veľmi pravdepodobné, že čím je ťažší stupeň prejavov a príznakov „jednotlivých“ telesných či zmyslových porúch a komunikačných narušení, tým závažnejšie v negatívnom zmysle budú jeho (ich) vplyvy na oblasť kognície a mentálnych schopností vôbec.

Niektorí odborníci viacnásobné postihnutie kategorizujú (členia) do týchto štyroch skupín:

1. mentálne postihnutie s ďalším(i) postihnutím(iami) – predstavuje najpočetnejšiu skupinu viacnásobných postihnutí,
2. hluchoslepota (je ich najťažšou formou),
3. poruchy správania v kombinácii s ďalším(i) postihnutím(iami) či narušením(iami),
4. viacnásobné postihnutie bez pridruženého mentálneho postihnutia.

Iní autori pristupujú k nasledujúcemu vyčleneniu kategórií viacnásobného postihnutia:

- **kombinácie stredných, ťažkých a hlbokých stupňov postihnutí, porúch, narušení**, v rámci tejto kategórie výrazne najpočetnejšiu skupinu predstavujú kombinácie s mentálnou retardáciou – údaje hovoria o viac ako 50 %. Táto kategória sa obvykle označuje ako **ťažké viacnásobné postihnutie**,
- **kombinácie ľahkých stupňov postihnutí, porúch, narušení či deficitov**, pričom ide predovšetkým o kombinácie špecifických vývinových porúch učenia, emocionálnej a sociálnej narušenosti, resp. psychosociálneho narušenia, podpriemerného intelektu v pásme ľahkej mentálnej retardácie alebo v hraničnom pásme, prípadne bez prítomného mentálneho postihnutia. Sprievodnými prejavmi sú najmä funkčné poruchy psychických procesov a v menšej miere motorické a zmyslové poruchy. Jednotlivci s poruchami učenia, psychosociálnou narušenosťou a ľahkou mentálnou retardáciou (resp. hraničným pásmom) predstavujú 90 % všetkých jednotlivcov klasifikovaných ako postihnutých (resp. majúcich špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby). Táto kategória sa obvykle označuje ako **ľahké viacnásobné postihnutie**.
- **hluchoslepota**, ktorá sa z pohľadu výchovy a vzdelávania poníma ako ťažké viacnásobné postihnutie, pokiaľ je vrodená alebo získaná pred ukončením vývinu reči. V tomto prípade je jej dôsledkom vážna retardácia psychických a najmä kognitívnych procesov a myslenia. Pokiaľ vznikla po ukončení vývinu reči, intelekt nemusí byť znížený. V oboch prípadoch však jednotlivci s hluchoslepotou majú viac alebo menej závažné problémy realizovať komunikačné a sociálne interakcie. Autori udávajú výskyt jednotlivcov s hluchoslepotou na 4 až 8 na 100 000 v rámci populácie.

Z hľadiska špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb a nárokov na špeciálno-pedagogickú starostlivosť, podporu a služby je možné skupiny ťažkých a ľahkých viacnásobných postihnutí charakterizovať takto:

1. Ľahké viacnásobné postihnutia, u nositeľov ktorých v procese výchovnej rehabilitácie dominuje edukácia alebo špeciálna edukácia zameraná na dosiahnutie takej úrovne vzdelanosti, vychovanosti a rozvoja osobnosti, ktorá umožní viacnásobne postihnutým jednotlivcom získať kvalifikáciu na výkon pracovných činností v rámci riadneho zamestnania, ktoré si nájdu sami alebo s pomocou inštitúcií podporovaného zamestnávania. Ďalej je cieľom pripraviť ich na reálny život tak, aby sa dokázali s minimálnou podporou alebo aj bez nej integrovať do daných životných podmienok a prostredia a dosiahli primeranú kvalitu života. Aktivity špeciálnej edukácie sa majú uskutočňovať prevažne v bežných školách a zariadeniach. V procese učenia u nich dominuje verbálno-kognitívne a sociálne učenie. Proces rozvíjania osobnosti môže byť podľa potrieb podporovaný korekčnými, reedukačnými, kompenzačnými a stimulačnými aktivitami (obvykle len v menšej miere a časovo obmedzene). U niektorých jednotlivcov je potrebné komunikačný proces podporovať suplementárnym (doplňkovým) využívaním metód a techník augmentatívnej a alternatívnej komunikácie. Používanie kompenzačných pomôcok nie je rozsiahle, vychádza z potrieb individua. Špeciálne úpravy fyzického prostredia nie sú nutné, resp. len v malej miere. V procese výchovnej rehabilitácie je potrebný individualizovaný prístup a tímová spolupráca. Taktiež spolupráca s rodičmi. Proces výchovnej rehabilitácie môže byť podľa potrieb dopĺňaný podpornými liečebnorehabilitačnými, terapeutickými činnosťami. Socializačná prognóza je dobrá – jednotlivci sú spravidla schopní adaptovať či integrovať sa do daného životného prostredia, primerane sa zamestnať a žiť relatívne samostatný a nezávislý život. Miera úspešnosti však závisí aj od konkrétnych podmienok daného životného prostredia a možností podpory procesu včleňovania (Vančová, 2010).

2. Ťažké viacnásobné postihnutia, u nositeľov ktorých sú v procese výchovnej rehabilitácie zastúpené špeciálna edukácia, stimulácia, reedukácia, korekčné a kompenzačné aktivity. Špeciálnu edukáciu je často nutné obmedziť len na základy. Cieľom výchovnej rehabilitácie je dosiahnutie optimálnej úrovne rozvoja osobnosti s perspektívou relatívne samostatného fungovania v bežných alebo len elementárnych praktických životných situáciách. Prostriedkom na dosiahnutie cieľa je vývinové podnecovanie kognitívnych procesov, senzomotoriky, sebaobsluhy, komunikácie, emocionality, sociálnych zručností, žiaducich foriem sociálneho správania, autoregulácie. V procese učenia u nich dominuje reflexné a percepčnomotorické učenie s prvkami verbálnokognitívneho a sociálneho učenia. Aktivity výchovnej rehabilitácie sa uskutočňujú takmer výlučne v špeciálnych školách a zariadeniach, resp. v špecifických

komunitách. Nevyhnutnou súčasťou facilitácie (podpory) procesu rozvíjania osobnosti sú stimulačné a liečebnorehabilitačné aktivity. Komunikačná schopnosť je výrazne narušená a treba ju budovať na masívnom využívaní alternatívnej a augmentatívnej komunikácie (často je to jediná možnosť). Používanie špeciálnych pomôcok a technických prostriedkov je nevyhnutné. Často sú potrebné špeciálne úpravy fyzického prostredia. Všetky aktivity výchovnej rehabilitácie sa uskutočňujú na báze striktnej individualizácie. Nevyhnutný je tímový prístup a spolupráca s rodičmi. Význam výchovnej rehabilitácie spočíva v podpore procesu socializácie, i keď s vedomím, že títo jednotlivci budú vyžadovať rôzne modely špeciálnej starostlivosti a podpory po celý život (Vančová, 2010).

Tab. 1 Hlavné rozdiely medzi kategóriou osôb s ľahkým a ťažkým viacnásobným postihnutím (Vančová, 2001, 2010)

<i>Kategória osôb</i>	<i>s ľahkým viacnásobným postihnutím</i>	<i>s ťažkým viacnásobným postihnutím</i>
<i>Výchovná rehabilitácia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • dominuje edukácia a špeciálna edukácia; 	<ul style="list-style-type: none"> • zastúpená špeciálna edukácia, stimulácia, reedukácia, korekčné a kompenzačné činnosti
<i>Cieľ výchovnej rehabilitácie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • získanie kvalifikácie na výkon pracovnej činnosti; • príprava na reálny život s minimálnou podporou; • integrovanie do bežného života; • dosiahnutie primeranej kvality života 	<ul style="list-style-type: none"> • dosiahnutie optimálnej úrovne osobnosti; • dosiahnutie relatívne samostatného fungovania v bežných alebo len elementárnych životných situáciách; • podnecovanie kognitívnych procesov, senzomotoriky, sebaobsluhy, komunikácie, emocionality, sociálnych zručností, autoregulácie
<i>Edukácia v zariadeniach</i>	<ul style="list-style-type: none"> • uskutočňovaná špeciálna edukácia prevažne v bežných školách a zariadeniach 	<ul style="list-style-type: none"> • uskutočňovaná výlučne v špeciálnych školách a zariadeniach, resp. v špecifických komunitách
<i>Proces učenia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • dominuje verbálno-kognitívne a sociálne učenie 	<ul style="list-style-type: none"> • dominuje reflexné a perцепčno-motorické učenie s prvkami verbálno-kognitívneho a sociálneho učenia;
<i>Proces rozvíjania osobnosti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • podporovaný korekčnými, reedukačnými, kompenzačnými a stimulačnými aktivitami (v menšej miere) 	<ul style="list-style-type: none"> • nevyhnutné sú stimulačné a liečebno-rehabilitačné aktivity;
<i>Komunikačný proces</i>	<ul style="list-style-type: none"> • podporovaný suplementárnym využívaním metód a techník augmentatívnej a alternatívnej komunikácie 	<ul style="list-style-type: none"> • nutné budovať ho na masívnom používaní augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (často je to jediná možnosť);
<i>Špeciálne pomôcky a technické prostriedky</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nie sú nutné a rozsiahle, vychádzajú z potrieb individua 	<ul style="list-style-type: none"> • sú nevyhnutné;
<i>Fyzické prostredie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • úpravy nie sú nutné, resp. len v malej miere 	<ul style="list-style-type: none"> • úpravy sú často potrebné

<i>Prístup a podporné aktivity pri výchovnej rehabilitácii</i>	<ul style="list-style-type: none"> • individualizovaný prístup a tímová spolupráca s rodičmi; • podľa potreby sa využívajú liečebno-rehabilitačné, terapeutické činnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • striktná individualizácia; • tímový prístup a spolupráca s rodičmi je nevyhnutná;
<i>Socializácia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • socializačná prognóza dobrá; • schopnosť adaptovať a integrovať sa; • primerane sa zamestnať; • žiť relatívne samostatný život (v závislosti od konkrétnych podmienok) 	<ul style="list-style-type: none"> • podpora socializácie; • vyžadujú si rôzne modely špeciálnej starostlivosti a podporu po celý život

10.2 Špecifiká predprimárnej výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím

Dieťa s viacnásobným postihnutím môže byť vzdelávané

- a) v špeciálnej materskej škole,
- b) v špeciálnej triede pre deti s mentálnym postihnutím alebo iným zdravotným postihnutím materskej školy,
- c) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej integrácii.

Pri výchove a vzdelávaní **dieťaťa s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím** sa postupuje podľa Vzdelávacieho programu pre deti s mentálnym postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017).

Dieťa s kombináciami rôznych postihnutí bez mentálneho postihnutia sa vzdeláva podľa príslušných vzdelávacích programov pre deti so zdravotným postihnutím pre predprimárne vzdelávanie (2017).

Hlavným cieľom výchovy a vzdelávania je optimálny rozvoj komplexnej osobnosti dieťaťa s rešpektovaním jeho osobitostí a špeciálnych výchovných a vzdelávacích potrieb vyplývajúcich z viacnásobného postihnutia.

Špecifické ciele výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím sú koncipované ako predpokladané cieľové požiadavky k rozvinutiu kľúčových spôsobilostí detí s viacnásobným postihnutím na úrovni, ktorá je pre ne dosiahnuteľná v predprimárnom vzdelávaní.

Výchova a vzdelávanie poskytuje východiskovú bázu pre postupné rozvíjanie kľúčových spôsobilostí detí s viacnásobným postihnutím ako základu všeobecného vzdelania prostredníctvom cieľov uvedených v príslušných vzdelávacích programoch pre deti so zdravotným postihnutím s prihliadnutím na ďalšie postihnutia alebo narušenia.

A. Vančová (2010) uvádza, že prostriedok špeciálnej edukácie predstavujú špeciálnopedagogické edukačné intervencie. Výsledkom špeciálnej výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím by mala byť podpora socializačného procesu v jeho komplexnosti na základe systematických a cielených edukačných aktivít, v súčinnosti a za podpory nevyhnutných korekčných, stimulačných, terapeutických, rehabilitačných, reedukačných, kompenzačných, diagnostických a rediagnostických činností. Pokroky v rozvíjaní motoriky, senzori-ky, sebaobsluhy, kognície, komunikácie, emocionality, sociability a správania detí s viacnásobným postihnutím dosahujeme aj za pomoci špeciálnych pomôcok a technických prostriedkov.

Cieľ výchovy a vzdelávania detí s viacnásobných postihnutím sa dosiahne vtedy, ak sa budú plniť základné úlohy výchovy a vzdelávania, ktoré sa konkretizujú pre jednotlivé skupiny detí pri rešpektovaní charakteristík a závažnosti prítomných postihnutí, veku a ich individuálnych špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb.

Za **základné úlohy** výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím možno považovať⁵²

- optimálne uspokojovať špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby detí s viacnásobným postihnutím,
- zabezpečiť osvojenie si stanoveného obsahu výchovy a vzdelávania v plnom rozsahu alebo aspoň jeho podstatných súčastí,
- podporovať optimálny rozvoj kognitívnych procesov a komunikačných predpokladov, schopností a zručností,
- podporovať optimálny rozvoj motoriky, senzori-ky,
- podporovať optimálny rozvoj sebaobsluhy a samostatnosti v nej,
- podporovať optimálny rozvoj emocionality,
- podporovať osvojovanie si žiaducich foriem správania,
- podporovať optimálny rozvoj adaptačných schopností ako predpokladov sociálneho učenia a procesu integrácie do spoločnosti,
- podporovať proces rozvoja pojmovej, praktickej, sociálnej a emocionálnej inteligencie,
- podporovať budovanie mechanizmov autoregulácie,
- podporovať budovanie čo najvyššej úrovne samostatnosti a nezávislosti,
- podporovať proces komplexnej rehabilitácie.

⁵² V závislosti od špecifik daného viacnásobného postihnutia (poznámka editorov).

Všeobecné ciele a úlohy výchovy a vzdelávania sa konkretizujú pre jednotlivé deti s viacnásobným postihnutím, pričom rešpektujeme charakteristiky a závažnosť viacnásobných postihnutí, vek detí a ich špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.

Aby sa dosiahli stanovené ciele a úlohy výchovy a vzdelávania, musia sa dodržiavať aj určité **princípy, zásady** (Vašek, 1996, s. 93).

Princípy výchovy a vzdelávania jednotlivcov s viacnásobným postihnutím sú formulované na základe praktických skúseností potvrdených vedeckým výskumom a znovu overených v praxi.

V procese výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím sa môžu uplatňovať aj **nasledujúce princípy**⁵³:

- **princíp komplexnosti a orientácie na osobnosť** – znamená, že viacnásobné postihnutie je komplexné postihnutie, dieťa s viacnásobným postihnutím treba chápať a posudzovať ako komplexnú osobnosť (nie jeho izolované prejavy),
- **princíp interakcie a komunikácie** – keďže edukácia je založená na interakcii a komunikácii, znamená to vytváranie takých komunikačných situácií, ktoré vedú k interakciám a reciprocite v nich,
- **princíp kooperácie** – znamená realizovanie takej edukácie, ktorá nechápe jednotlivca ako pasívneho prijímateľa edukačných intervencií, ale ako aktívneho „spoluvtorcu“ edukácie,
- **princíp diferenciacie a individualizácie** – znamená rešpektovanie individuálnych osobitostí, špecifik a špeciálnych edukačných potrieb každého konkrétneho dieťaťa,
- **princíp normalizácie** – znamená zabezpečiť, aby sa edukácia detí s viacnásobným postihnutím na čo najviac styčných bodoch prelínala s edukáciou intaktných; taktiež aby si inštitúcie nevyberali deti podľa „vhodných a prispôsobivých“ detí, ale aby sa inštitúcie prispôbovali potrebám a schopnostiam detí.

Š. Vašek (1996, s. 93) k špeciálnopedagogickým princípom – zásadám priraduje aj:

- **princíp kompenzacionalizácie** – zameranie na rozvoj a využívanie kompenzačných mechanizmov jednotlivca,
- **princíp ortofunkcionalizácie** – vytváranie a rozvíjanie žiaducich funkcií postihnutého,
- **princíp hyperemocionalizácie** – posilňovanie „osobných citov“ a citového prežívania u postihnutých,
- **princíp detenzionalizácie** – uvoľňovanie tenzií, stavov napätia u postihnutých,

⁵³ V závislosti od špecifik daného viacnásobného postihnutia (poznámka editorov).

- **princíp substitucionalizácie** – nahrádzanie poškodených senzorických kanálov inými,
- **princíp synergetizácie** – spájanie podnetov a reakcií do celkov v záujme vyvolania väčších účinkov.

Podľa viacerých odborníkov zameraných na problematiku výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím je potrebné, aby sa výchova a vzdelávanie realizovala prostredníctvom **princípu individualizácie**. Pre dieťa s viacnásobným postihnutím, ktoré postupuje podľa **individuálneho vzdelávacieho programu**, ktorý je vypracovaný s prihliadnutím na aktuálny stav dieťaťa a podľa jeho individuálnych schopností. V závislosti od jeho individuálnych schopností je možné individuálny vzdelávací program tvoriť podľa vzdelávacieho programu pre deti s mentálnym postihnutím, prípadne podľa vzdelávacích programov pre deti s príslušným zdravotným znevýhodnením s prihliadnutím na ďalšie prítomné postihnutia.

Dôležitou úlohou pre špeciálneho pedagóga je výber a aplikácia **špeciálnych vyučovacích metód a foriem práce**. Metódy a formy práce by mali byť optimalizované a zároveň by mali spĺňať požiadavku špecifickosti. Ak sú správne použité metódy, ľahšie sa dosahuje stanovený edukačný cieľ (Vančová, 2010).

Základnými metódami využívanými vo výchove a vzdelávaní detí s viacnásobným postihnutím sú **stimulácia, korekcia, kompenzácia**.

Špeciálna **stimulácia** predstavuje súbor aktivít, ktorých cieľom je podnecovať a podporovať žiaduce vývinové zmeny a pokroky v procese učenia a rozvíjania osobnosti jednotlivca, predovšetkým pôsobením na oblasť motoriky, senzoriky a komunikácie. Podstatou je vytváranie relevantného prostredia, ktoré provokuje jednotlivca k prejavom a výkonom na základe podmieneno-reflexnej činnosti a tým k aktívnemu učeniu. Vychádza z predpokladu, že aj ťažko mentálne alebo viacnásobne postihnutý jednotlivec má mať možnosť samostatne aktívne prostredie preskúmať a tak získavať isté skúsenosti, rozvíjať schopnosti a získavať zručnosti a poznatky. Stimulačné aktivity sa uplatňujú najmä u jednotlivcov, ktorých psychomotorický vývin je na úrovni intaktného novorodenca, dojčťa či batolťa až do úrovne trojročného dieťaťa, čo ale nevyklučuje ich použitie aj u starších jednotlivcov.

Kompenzácia predstavuje „súbor aktivít zameraných na vyrovnanie alebo nahradenie zníženého výkonu orgánu či funkcie úpravou alebo zvýšením činnosti iných orgánov, funkcií. O kompenzácii možno hovoriť i vtedy, keď sa špeciálne upravuje obsah vzdelávania či spôsoby jeho sprostredkovania postihnutému jednotlivcovi“ (Vašek, 1996, s. 32).

Korekcia je termín, ktorý označuje špeciálnopedagogické aktivity, ktoré sú zamerané na nápravu, úpravu a opravu chybnej funkcie, orgánu alebo správania (Vašek, 1996).

Aktivity zamerané na vyrovnanie alebo nahradenie zníženého výkonu orgánu či funkcie úpravou alebo zvýšením činnosti iných orgánov, funkcií, alebo na nápravu, úpravu a opravu chybných funkcií, orgánu alebo správania realizujeme s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav dieťaťa s viacnásobným postihnutím, na jeho prítomné postihnutia.

Zovšeobecnene sa dá povedať, že u detí s mentálnym a viacnásobným postihnutím treba uplatňovať všetky zložky výchovnej rehabilitácie, keďže proces rozvíjania osobnosti takto postihnutých je nutné podporovať výchovno-vzdelávacími, ale aj stimulačnými, korekčnými, reedukačnými a kompenzačnými aktivitami. Tieto sa navzájom prelínajú a nedá sa jednoznačne povedať, ktoré z týchto aktivít sú „dôležitejšie“. V závislosti od mnohých premenlivých prejavov viacnásobných postihnutí a z nich plynúcich špeciálnych výchovných a vzdelávacích (edukačných) potrieb v istých obdobiach prevládajú niektoré a v iných obdobiach zase iné aktivity spadajúce pod rámec výchovnej rehabilitácie. Ďalej je nevyhnutné uvedomiť si, že obzvlášť u detí s ťažkým mentálnym a viacnásobným postihnutím treba chápať proces výchovnej rehabilitácie ako súčasť širšieho procesu komplexnej rehabilitácie, keďže proces rozvíjania osobnosti je dôležité podporiť aj liečebnou, resp. zdravotnou rehabilitáciou, ako aj prvkami sociálnej a pracovnej rehabilitácie.

Ak má byť výchova a vzdelávanie detí s viacnásobným postihnutím efektívna, reflektujúca vyššie uvedené prístupy a tendencie, musí zodpovedať istým kritériám⁵⁴:

- ▶ vychádzať z individualít detí s viacnásobným postihnutím a z nich plynúcich špeciálnych výchovných a vzdelávacích potrieb,
- ▶ dieťa s viacnásobným postihnutím chápať ako komplexnú osobnosť v procese vývinu, zmien a nie ako súbor statických izolovaných prejavov vyplývajúcich z postihnutia,
- ▶ orientovať sa nie na hľadanie a popisovanie neschopností, nespôsobilostí, nedostatkov a toho, čo a prečo nedokáže, ale na identifikáciu existujúcich využiteľných „kapacít“ dieťaťa a identifikáciu a realizáciu účinných špeciálnopedagogických intervencií sledujúcich strešný cieľ výchovy a vzdelávania,
- ▶ dieťa chápať a posudzovať v interakcii s jeho užším výchovno-vzdelávacím a širším spoločenským prostredím,
- ▶ dieťa chápať ako aktívneho „spoluvorcu“ výchovy a vzdelávania, nie pasívneho prijímateľa,

⁵⁴ V závislosti od špecifik daného viacnásobného postihnutia (poznámka editorov).

- ▶ vychádzať z toho, že každý, aj hlboko mentálne a viacnásobne postihnuté dieťa, je v určitej miere prístupný aktivitám podnecujúcim proces učenia a rozvíjajúcim jeho osobnosť,
- ▶ výchovu a vzdelávanie orientovať na zmysluplnosť a využiteľnosť obsahu v situáciách praktického reálneho života,
- ▶ vytvárať podmienky na priechodnú obojstrannú komunikáciu dieťaťa s okolím,
- ▶ dbať na intenzívnu spätnú väzbu,
- ▶ vytvárať výchovno-vzdelávacie prostredie zbavené stresu, frustrácie, minimalizujúce nežiaduce prejavy správania a akceptujúce dieťa s viacnásobným postihnutím,
- ▶ výchovno-vzdelávacie aktivity sprevádzať komplementárnymi (sprievodnými) aktivitami stimulačnými, kompenzačnými, korekčnými, reedukačnými, ako aj relaxačnými, terapeutickými,
- ▶ vychádzať z dôslednej vstupnej a priebežnej špeciálnopedagogickej diagnostiky ako kľúčového faktora určujúceho výber a vhodnosť špeciálnopedagogických intervencií,
- ▶ výchovu a vzdelávanie chápať ako proces, v ktorom sa má odraziť aj tímový prístup k dosiahnutiu strešného cieľa výchovy a vzdelávania,
- ▶ dôležitá a potrebná je kooperácia s rodičmi a inými odborníkmi zaoberajúcimi sa konkrétnym dieťaťom.

Je však zrejmé, že aby bola výchova a vzdelávanie efektívna a dosiahla svoj cieľ, princíp individualizácie a aj vyššie spomenuté kritériá sa budú uplatňovať s ohľadom na relatívne ohraničené kategórie detí s viacnásobným postihnutím.

S prihliadnutím na to, že u detí s viacnásobným postihnutím je výrazne narušený a obmedzený proces komunikácie, uplatňujú sa **metódy a techniky augmentatívnej a alternatívnej komunikácie** (ďalej aj „AAK“). Najčastejšími uplatňovanými metódami AAK sú ukazovanie, gestikulácia (posunky), mimika, motorické znaky (prstová abeceda), obrázkové systémy (fotografie, verné zobrazenia, piktogramy), MAKATON, systémy používajúce multimediálnu komunikáciu, techniky bazálnej stimulácie (Vančová, 2010).

Po ukončení predprimárneho vzdelávania s prihliadnutím na svoje možnosti môže dieťa s viacnásobným postihnutím pokračovať vo vzdelávaní spravidla na základných školách pre ten druh zdravotného postihnutia, ktoré u dieťaťa prevažuje. V ojedinelých prípadoch je možná aj školská integrácia, pričom je potrebné spolupracovať s centrom špeciálnopedagogického poradenstva a vytvoriť potrebné primerané podmienky na ďalšie vzdelávanie dieťaťa s viacnásobným postihnutím.

10.2.1 Špecifiká výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím

Podmienkou prijatia dieťaťa s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím do špeciálnej materskej školy, špeciálnej triedy materskej školy alebo na školskú integráciu do bežnej materskej školy je psychologická a špeciálnopedagogická diagnostika v centre špeciálno-pedagogického poradenstva. V prípade potreby sa vyžaduje aj odborná lekárska diagnostika (neurológ, psychiater, foniatier, ORL, oftalmológ, ortopéd a pod.).

Špeciálnopedagogická diagnostika detí s viacnásobným postihnutím je zameraná na identifikáciu, analýzu, monitorovanie a hodnotenie prejavov a výkonov dieťaťa so spätnou väzbou a analýzu špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb v týchto kľúčových oblastiach – komunikácia, motorika, emocionalita, správanie, senzorika, sebaobsluha, kognitívne procesy, spôsobilosti pre sociálne interakcie, orientácia v prostredí, autoregulácia. Je súčasťou multidisciplinárnej priebežnej vývinovej diagnostiky (medicínska diagnostika, psychologická diagnostika, sociálna diagnostika).

Pri **organizácii podmienok** v jednotlivých formách výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím je potrebné postupovať individuálne podľa výsledkov špeciálnopedagogickej a inej odbornej diagnostiky a v spolupráci s rodičmi (resp. zákonnými zástupcami).

Okrem **povinného a odporúčaného personálneho zabezpečenia**, ktoré je uvedené vo vzdelávacom programe pre deti s mentálnym postihnutím (2017), je potrebné, aby v materskej škole, kde sú vzdelávané deti s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím, pracoval aj pomocný zdravotnícky personál. V triede pre deti s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím pracujú spravidla dvaja špeciálni pedagógovia alebo učiteľ a asistent učiteľa (najvhodnejšie pedagóg mentálne postihnutých a pedagóg sluchovo, zrakovo alebo telesne postihnutých, alebo logopéd.)

Materiálno-technické a priestorové zabezpečenie výchovy a vzdelávania definuje príslušný Vzdelávací program pre deti s viacnásobným postihnutím (2017). Dôležité je vytvárať učebne alebo triedy vybavené viacúčelovým nastaviteľným (rastúcim) nábytkom, s priestorom pre relaxáciu a nenáročnú pohybovú aktivitu počas vyučovania, učebne pre jednotlivé vzdelávacie oblasti (predmety) vybavené špeciálnym nábytkom, prístrojmi, pomôckami, technikou, materiálmi, priestory pre telovýchovné aktivity s bezpečným povrchom,

náradím a náčiním, priestory vybavené odpočinkovým nábytkom, priestory pre učenie s pomôckami pre relaxáciu.

Súčasťou interiéru materskej školy je minimálne jedna trieda – herňa (denná miestnosť), vo vnútornom prostredí triedy je potrebné vymedziť priestor pre relaxáciu a odpočinok a jedna spálňa (v prípade, že rozloha priestoru materskej školy neumožňuje vytvorenie samostatnej, oddelenej herne, je priestor miestnosti rozdelený minimálne nábytkom tak, aby umožňoval nerušený popoludňajší odpočinok detí na ležadlách, ktoré sú prispôsobené potrebám detí s viacnásobným postihnutím). Podľa individuálnych potrieb detí s viacnásobným postihnutím sú ležadlá doplnené aj o kompenzačné a fixačné prvky.

Vo vnútornom prostredí triedy materskej školy je potrebné vymedziť aj priestor pre individuálnu prácu dieťaťa s viacnásobným postihnutím, relaxačné kútky s možnosťou zaujatia pohodlnej sedacej alebo ležiacej polohy podľa potrieb a zdravotných obmedzení dieťaťa s viacnásobným postihnutím a priestor na odkladanie potrebných kompenzačných pomôcok.

Pre deti s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím je potrebné zabezpečiť špeciálne kompenzačné a učebné pomôcky.

Školský vzdelávací program musí byť vypracovaný v súlade s princípmi a cieľmi výchovy a vzdelávania platnej legislatívy a s príslušným štátnym vzdelávacím programom a vzdelávacím programom pre deti s mentálnym postihnutím.

V ostatných rokoch sa osvedčili najmä pri výchove a vzdelávaní detí s ťažkými viacnásobnými postihnutiami špeciálne metodiky, ako napr. **bazálna stimulácia, snoezelen** a ďalšie.

Bazálna stimulácia znamená ponuku elementárnych podnetov vo svojej najjednoduchšej podobe. Základnou požiadavkou bazálnej stimulácie je celistvosť. To znamená, že jednotlivé oblasti na seba vzájomne pôsobia a spolu tvoria jednotný celok. Všetky oblasti sú rovnocenné a nie je možné nadradovať ktorúkoľvek z nich. Ide o nasledujúce oblasti: vnímanie, myslenie, pocity, pohyb, komunikácia, telesné skúsenosti a sociálne skúsenosti. V rámci bazálnej stimulácie možno vyčleniť ponuky podnetov v dvoch rovinách. Prvú rovinu tvoria základné podnety (somatické, vestibulárne a vibračné). Druhá rovina je rozširujúca stimulácia, ktorá v sebe zahŕňa podnety: taktilno – haptické, chuťové, čuchové, sluchové a zrkové.

Somatické podnety pôsobia na kožu a svaly dieťaťa. Stimulácia sa deje prostredníctvom dotyku, tlaku, pohybu a vnímaním teploty. Základným prostriedkom je dotyk, ktorým sa snažíme sprostredkovať pozitívnu telesnú skúsenosť. Na zintenzívnenie možno využiť rôzne ma-

teriály. Somatické podnety ďalej napomáhajú k uvedomovaniu vlastného tela a vytváraniu telesnej schémy, ktorá je u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím nediferencovaná.

Vibračné podnety umožňujú dieťaťu pocítiť vlastný nosný aparát (kosti, kĺby), keďže deti s ťažkým viacnásobným postihnutím nedokážu získať skúsenosti, ktoré sa bežne získavajú pri lezení alebo chôdzi. Pomáha dieťaťu vnímať chvenie alebo zvuky a vnímať smer, odkiaľ prichádzajú. Nosný aparát možno stimulovať pomocou vibračných prístrojov, ktoré sa prikladajú na jednotlivé časti tela. Dieťa tak získa aspoň základné povedomie o vlastnom tele a telesnej schéme. Stimulácia začína na päťach a končí pri hrudníku. Inou možnosťou stimulácie je vnímanie prirodzených vibrácií a to tak, že sa ruka dieťaťa priloží na hrudník hovoriacej osoby.

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

Taktilno-haptické podnety majú aktivovať najmä oblasť rúk a viesť k aktívnemu dotýkaniu sa a uchopovaniu predmetov. Svoje miesto tu má aj facilitácia, keď dieťaťu pomáhame poznávať daný predmet, jeho veľkosť, tvar, povrch alebo váhu. Dieťa sa učí funkčne využívať ruky na aktívne poznávanie svojho okolia.

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

Sluchové a zrkové podnety už nie sú viazané na telo a preto je pre deti s ťažkým postihnutím náročné tieto podnety spracovať. Zmyslom stimulácie je naučiť deti pozeráť sa a počúvať. Ponúkame kontrastné zvuky (hluk – ticho) aj obrazy (svetlý – tmavý). Deti vedieme k registrácii blízkych aj vzdialenejších predmetov, produkcii zvukov. Je vhodné zvuky kombinovať s dotykom, vibráciou alebo pohybom.

Snoezelen je špecifický tým, že je uplatniteľný u všetkých cieľových skupín, či už z pohľadu veku alebo schopností. Nekladie nároky na intelektové alebo iné schopnosti, a tak je vhodný aj pre deti s ťažkým postihnutím (bola to pôvodná a hlavná cieľová skupina Snoezelenu). V stručnosti možno Snoezelen definovať ako navodenie pohody a pocitov upokojenia prostredníctvom multisenzorického podnecovania.

Snoezelen sa realizuje v špecificky upravenom prostredí (multisenzorické prostredie/miestnosť) s hudbou, zvukmi, svetelnými efektmi, vôňami a rôznorodými predmetmi alebo komponentmi. Má u dieťaťa navodiť pocit bezpečia a uvoľnenia. Svojou štruktúrou a vybavením zároveň podnecuje a motivuje dieťa k aktivite a získavaniu nových skúseností. Multisenzorická miestnosť má byť miestnom, kde má dieťa dostatok času a priestoru na skúmanie a interakciu s objektmi.

Pokiaľ je to čo i len trochu možné, má mať možnosť voľby. Priestor, čas a právo výberu súvisí so základným princípom Snoezelenu „nič sa nemusí, všetko je dovolené“. Veľmi dôležité je sprostredkovanie hlavne pozitívnych skúseností a pozitívnej spätnej väzby. U dieťaťa by mali byť posilnené kompetencie aktívne a samostatne manipulovať s objektmi v miestnosti, dostávať od nich spätnú väzbu (vo forme zvuku alebo svetla), a teda mať možnosť ovládať a kontrolovať svoje prostredie, čo prispieva k rozvoju dieťaťa. Snoezelen je prostriedkom na rozvoj všetkých zložiek osobnosti dieťaťa s viacnásobným postihnutím, nielen na relaxáciu alebo stimuláciu zmyslového vnímania. Okrem toho slúži aj na elimináciu nevhodného správania a budovanie vzťahu s osobou, ktorá dieťa pri Snoezelene sprevádza. Multisenzorické prostredie/miestnosť možno vybaviť širokou škálou objektov, ktoré sa bežne používajú alebo sú určené primárne pre Snoezelen. Môže byť zamerané na stimuláciu jedného alebo dvoch zmyslových systémov, alebo je vybavené na stimuláciu všetkých zmyslov. Vestibulárny a propioceptívny systém môže stimulovať vodná posteľ (stále je základným elementom mnohých miestností), polohovacie vaky, hojdačky, poprípade bazén naplnený guľkami. Na stimuláciu hmatu možno použiť rôzne hračky alebo predmety rôznej štruktúry, tvaru, veľkosti alebo váhy. Inou možnosťou je inštalácia hmatovej steny alebo panelu. Na stimuláciu čuchu sa používajú rôzne vône, ktoré sú použité cielene na dosiahnutie určitého stavu alebo dotvoria celkovú atmosféru miestnosti. Nezanedbateľné sú hudba a zvuky. Hudba ako nosný alebo dotvárajúci prvok by mala spĺňať určité kritériá. Dieťa v miestnosti zvuky nielen vníma (prostredníctvom hudby, hračiek alebo jednoduchých nástrojov), ale malo by byť vedené aj k vlastnej produkcii zvukov. Vhodné je spájať zvuky so svetlom alebo vibráciami. Zrakové podnety poskytuje samotné osvetlenie miestnosti, ktoré môže byť volené cielene. Špecifické postavenie majú komponenty ako vodné valce, optické vlákna, projektory s točiacimi sa obrazcami. Veľmi intenzívny podnet sprostredkuje UV svetlo a UV reaktívne (fosforeskujúce) predmety, ktoré vytvárajú silný kontrast oproti ostatnému prostrediu a stimulujú dieťa k aktivite.

Podľa A. Vančovej (2002) môžeme zaradiť aj *orafaciálnu stimuláciu*, ktorá predstavuje súbor pohybov a úkonov realizovaných špeciálnym pedagógom, ktoré majú za cieľ stimulovať neuromotoriku tváre, líc, pier, jazyka, podnebia, hltana a doceliť pozitívne pokroky v dýchaní, saní, žuvaní, hryzení, hltaní, pití a sekundárne aj v reči.

Ďalej A. Vančová (tamtiež) uvádza, že úspech výchovy a vzdelávania detí s ťažkým viacnásobným postihnutím závisí aj od jeho podpory ďalšími aktivitami a intervenciami v rámci procesu komplexnej rehabilitácie, a to najmä od liečebno-rehabilitačnej, medikamentóznej, terapeuticknej, pracovno-rehabilitačnej, sociálno-rehabilitačnej a poradenskej podpory.

10.2.2 Špecifiká výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím bez mentálneho postihnutia

Najvhodnejší spôsob výchovy a vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím v kombinácii s iným postihnutím bez prítomného mentálneho postihnutia poskytujú špeciálne materské školy zamerané na ten druh postihnutia, ktorý je v kombinácii postihnutí pre daného dieťa determinujúci, resp. ktorý je najzávažnejší. S prihliadnutím na závažnosť prítomných postihnutí dieťa postupuje v príslušnej špeciálnej materskej škole alebo v materskej škole podľa vzdelávacieho programu určeného pre daný druh postihnutia, prípadne v rámci školského vzdelávacieho programu sa mu môže poskytovať výchova a vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu.

Pri výchove a vzdelávaní detí s viacnásobným postihnutím bez mentálneho postihnutia platia ustanovenia, ktoré sú uvedené vo vzdelávacích programoch pre príslušné druhy postihnutia s prihliadnutím na druhy a stupne postihnutia dieťaťa.

Literatúra

BAJO, I., VAŠEK, Š.: *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN: 80-967180-1-0.

GOGO VÁ, T. – KASTELO VÁ, A. – PREČUCHOVÁ ŠTEFANOVIČOVÁ, A. – ŠULOVSKÁ, M. – VANČOVÁ, A.: *Pedagogika mentálne a viacnásobne postihnutých raného a predškolského veku*. Bratislava: IRIS, 2013. ISBN 978-80-89238-90-3.

HALLAHAN, D. P. – KAUFFMAN, J. M.: *Exceptional learners: Introduction to special education*. 10th edition. Boston: Ailyn and Bacon, 2005. ISBN 0205444210.

- JAKABČIC, I. – POŽÁR, L.: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: IRIS, 1995. ISBN: 80-88778-11-5.
- JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s telesným a kombinovaným postihnutím*. Praha: TRITON, 2001. ISBN: 80-7254-192-7.
- KOZÁKOVÁ, Z.: *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-0991-7.
- LUDÍKOVÁ, L.: *Kombinované vady*. 1. vydanie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-1154-7.
- MATULAY, K. a kol.: *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. ISBN: 70-077-86.
- MÜLLER, O.: *Dítě se speciálními potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN: 80-2440-231-9.
- MÜLLER, O.: *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN: 80-244-0207-6.
- PIPEKOVÁ, J.: Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In Vítková M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 20004. 2. vydanie. ISBN: 80-7315- 01-9.
- PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN: 80-7315-120-0.
- POŽÁR, L.: *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 1. vydanie. ISBN: 978-80-8082-147-0.
- RZYMANOVÁ, M.: *Vzdelávanie a výchova ťažko a kombinovane postihnutých detí pomocou IKT*. 2012. [online], [cit. 2012-05-21]. Dostupné na internete: <http://www.infovek.sk/predmety/specskoly/doc/zsskusIKT.php>.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace – vzdělávání, výchova, péče*. Praha: Portál, 2003. 2. vydanie. ISBN: 80-7178-821-X.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7.
- TURČÁNI, M. – POLÁK, J.: Nový pohľad na pedagogický aspekt multimediálnej počítačovej podpory vysokoškolskej výučby. [online]. In *Technológia vzdelávania* č. 2/2003. ISSN: 1338-1202.
- VANČOVÁ, A.: *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 001. ISBN: 80-9671-807-X.
- VANČOVÁ, A.: *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2005. 1. vydanie. ISBN: 80-9687-976-6.
- VANČOVÁ, A.: *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Kinezis Klub Tatry, 20010. ISBN: 9788097022815.
- VANČOVÁ, A. – ČAČOVÁ, S.: Možnosti aplikácie stimulačných metód vrátane Snoezele-mu u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím v procese výchovnej a komplexnej rehabilitácie. In *Komplexná rehabilitácia viacnásobne postihnutých – niektoré nové metodiky a programy*. Bratislava: MABAG, spol. s r. o., 2009. 1. vydanie. ISBN: 978-80-89113-43-9.
- VANČOVÁ, A.: Súčasný možnosti a inovácie vo vzdelávaní detí raného a predškolského veku s mentálnym postihnutím (výskumná analýza). In *Paedagogica specialis* 28, Bratislava: Iris, 2014, s. 6-31. ISBN 978-80-223-3691-8.
- VÁŠEK, Š.: *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapientia, 1996. ISBN: 80-9671-803-7.

VAŠEK, Š.: *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2006. 2. doplnené vydanie. ISBN: 80-8922-902-6.

VAŠEK, Š.: *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2008. 4. doplnené vydanie. ISBN: 978-80-89229-11-6.

VAŠEK, Š.: Miesto a význam pedagogiky viacnásobne postihnutých v systéme speciálnej pedagogiky. In *Zborník Edukáciou k integrácii viacnásobne postihnutých detí*. Bratislava: IUVENTA, 2011 ISBN: 80-8684-12-5.

VÍTEK, J. – VÍTKOVÁ M.: *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví*. Brno: Paido, 2007.

Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie. Vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 15. mája 2017 pod číslom 2017-2127/20564:14-10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017.

Príloha 1

Individuálny vzdelávací program pre dieťa so zdravotným znevýhodnením

(Vzor)

Osobné údaje dieťaťa

Meno:

Dátum narodenia:

Trieda:

Základné údaje o dieťati vyplývajúce z odborných vyšetrení

a) Závery psychologického vyšetrenia:

b) Závery zo špeciálnopedagogického vyšetrenia:

c) Závery z iných odborných vyšetrení:

(Na základe správ z odborných vyšetrení je potrebné uviesť druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia.)

Doterajšia psychologická a špeciálnopedagogická intervencia:

(Uvedie sa v prípade predošlej intervencie školského zariadenia poradenstva a prevencie, školského špeciálneho pedagóga alebo psychológa, prípadná psychologická alebo špeciálnopedagogická starostlivosť poskytovaná mimo rezortu školstva.)

Závery pedagogickej diagnostiky:

(Vypracuje ju triedny učiteľ v spolupráci s ostatnými pedagógmi.)

Špecifiká školského prostredia a výchovno-vzdelávacieho procesu *(požiadavky)*

Požiadavky na úpravu prostredia školy a triedy:

(Uvedie sa v prípade, ak dieťa potrebuje bezbariérový prístup, špecifickú úpravu jeho pracovného miesta, miesta na rôzne činnosti, rovesnícku pomoc/súčinnosť a iné.)

Úprava organizácie výchovno-vzdelávacieho procesu:

(Uviesť, či je dieťa vzdelávané v bežnej triede formou školskej integrácie; či má niektoré činnosti zabezpečované mimo svojej triedy; podľa ktorého vzdelávacieho programu bude vzdelávané; forma komunikácie – napríklad alternatívna a augmentatívna komunikácia, posunkový jazyk, reliéfne obrázky pre nevidiace deti a pod.)

Aplikácia špeciálnych výchovno-vzdelávacích postupov:

(Uviesť odporúčané postupy, ktoré zohľadňujú špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby dieťaťa.)

Zabezpečenie kompenzačných a špeciálnych učebných pomôcok:

(Uvedú potrebné kompenzačné a špeciálne učebné pomôcky.⁵⁵)

⁵⁵ Kompenzačnými a špeciálnymi učebnými pomôckami pre deti so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sa zaoberá interný metodický materiál Štátnej školskej inšpekcie, dostupný na www.ssiba.sk.

Zabezpečenie personálnej podpory:

(Popis špeciálnopedagogickej, logopedickej, psychologickej podpory, podpory asistentom učiteľa a/alebo inej. Intervencie odborných zamestnancov poskytované v školskom zariadení výchovného poradenstva a prevencie, príp. v zdravotníckom zariadení, treba uviesť vrátane ich frekvencie.)

Dlhodobé a krátkodobé ciele výchovno-vzdelávacieho procesu

a) Dlhodobé ciele

(na jeden školský rok.)

b) Krátkodobé ciele

(na jeden – dva mesiace alebo štvrťrok, s postupným dopĺňaním.)

Individuálny vzdelávací program vypracovali:

Triedny učiteľ:

Špeciálny pedagóg:

Schválil: *(pečiatka a podpis riaditeľa materskej školy)*

dňa:

S individuálnym vzdelávacím programom boli oboznámení:

zákonný zástupca dieťaťa: *(podpis)*

ostatní vyučujúci dieťaťa: *(meno a podpis vyučujúcich)*

Priebežné hodnotenie výchovno-vzdelávacích výsledkov dieťaťa

(Priebežné hodnotenie sa vykonáva spravidla štvrťročne a je súčasťou tohto dokumentu).

ISBN 978-80-8118-197-9

EAN 9788081181979